PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU
ORAZ TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO.

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK XLVII. — 1908.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1908.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLVII „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Wyciągi.

W każdym numerze.

IV. Odcinek.

IV. a) Życiorysy.

V. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VI. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. Wydz. matem.-przyr.

Posiedzenie z dn.: 2 grudnia 1907—63; 7 stycznia 1908—89; 3 lutego 1908—175; 3 lutego 1908—251; 6 kwietnia 1908—306; 4 maja 1908—307; 1 czerwca 1908—363; 22 czerwca 1908—389; 6 lipca 1908—445; 12 października 1908—547; 9 listopada 1908—619.

Towarzystwo naukowe warszawskie. Wydział matem.-przyr.

Posiedzenie z dn.: 20 lutego 1908—167; 5 marca 1908—167; 2 kwietnia 1908—252; 23 czerwca 1908—547.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

XXXI. Walne Zgromadzenie d. 10 lipca 1908—592.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn.: 11 grudnia 1907—8; wyborcze 18 grudnia 1907—51; 29 stycznia 1908—76; 8 lutego 1908—150; 19 lutego 1908 167; 4 marca 1908—188; 18 marca 1908—226; 1 kwietnia 1907—226; 8 kwietnia 1908—278; 29 kwietnia 1908—293; 6 maja 1908—337; 20 maja 1908—337; 3 czerwca 1908—363; 17 czerwca 1908—562; 21 października 1908—592; 4 listopada 1908—607; 11 listopada 1908—620; 18 listopada 1908—642; 2 grudnia 1908—692.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dn.: 24 stycznia 1908—64; 31 stycznia 1908—76; 21 lutego 1908—151; 28 lutego 1908—176; 13 marca 1908—188; 27 marca 1908—214; 3 kwietnia 1908—226; 10 kwietnia 1908—266; 1 maja 1908—278; 8 maja 1908—279; 15 maja 1908—324. Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII. 413. 424. 446. 483. Posiedzenie XVIII z dn.; 9 października 1908—577; Pos. XIX 23 października 1908—578; 6 listopada 1908—621; 25 listopada 1908—662; 4 grudnia 1908—663.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie delegatów we Lwowie d. 28 czerwca 1908 r. 376 i 400.

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy Galicyjsk.

Posiedzenie 9 marca 1908—323; 16 maja 1908—324

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie z dn.: 29 stycznia 1907—78; 26 lutego 1907—78.

Towarzystwo lekarzy przemyskich.

Posiedzenie z dn.: 7 lutego 1908—151; 21 lutego 1908—176; 13 marca 1908—188; 3 kwietnia 1908—227; 30 kwietnia 1908—267; 4 czerwca 1908—365. Posiedzenie naukowe do 21 sierpnia 1908—504.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn.: 27 stycznia 1908—89; 19 listopada 1907—189; 26 listopada 1907—189; 3 grudnia 1907—202; 17 grudnia 1907—215; 4 lutego 1908—215; 18 lutego 1908—216; 25 lutego 1908—216; 3 marca 1908—216; 17 marca 1908—217; 31 marca 1908—227; 7 kwietnia 1908 252; 14 kwietnia 1908—267; 22 kwietnia 1908—325; 28 kwietnia 1908 350; 5 maja 1907—351; 19 maja 1907—377; 26 maja 1907—377; 2 czerwca 1908—390; 16 czerwca 1908—401; 15 września 1908—562; 29 września 1908—621; 6 października kliniczne 1908—622; 20 października 1908—663; 27 października 1908—692.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Walne zgromadzenie d. 18/31 stycznia 1908—177; Ogólne inauguracyjne posiedzenie w d. 11/24 lutego 1908—228; Posiedzenie wydziału lekarskiego 7/24 marca 1908—253; Ogólne posiedzenie 21 marca (3 kwietnia) —294; Posiedzenie 4 (17) kwietnia 1908—595; 25 kwietnia (8 maja) 1908—607.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d.: 14/27 listopada 1907—9; 5 grudnia 1907—32; 19 grudnia 1907—77; 9 stycznia 1908—228; 6 lutego 1908—254; Odczyt S. Trzebińskiego 1908—326; Posiedzenie 7 maja 1908—504; 10/23 września 1908—664 18/28 października 1008—664.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 22 listopada 1907; 5 grudnia 1907 9; 20 grudnia 1907; 3 stycznia 1908—76; 7 lutego 1808—177; 21 lutego 1908—201; 6 marca 1908—215; 20 marca 1908—279; 3 kwietnia 1908—280; Walne zebranie 25 kwietnia 1908—325; Zebranie 22 maja 198—389; 12 czerwca 1908—390; 13 czerwca 1908—390; 4 września 1908—513; 18 września 1808—513; 2 października 593; Walne zebranie 24 października 1908—594.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Sprawozdanie roczne z działalności w r. 1907 - 152. Posiedzenie w d.: 28 marca 1908—285; 25 kwietnia 1908—295; 9 maja 1908—291; 10 lipca 1908—457; 15 listopada 1908—534; 24 września 1908—607; 31 października 1908—665.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

A) Medycyna publiczna.

W sprawie pomijania niemieckiego przemysłu lekarskiego. Dr Stefan Rudzki **90.**

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski **228. 241. 255. 267. 280.**

Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dn. 1/IV 1906 r. do 1/I 1908 r. Dyr. Dr Kazimierz Dłuski i b. kierownik pracowni M. Rozpędnikowski **307. 679.**

Działalność c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w r. 1907. Dr Leonard Bier st. inspektor Zakładu **338.**

W sprawie szpitala św. Ludwika w Krakowie. Prof. Dr St. Ciechanowski **464.**

Praktyka wolna czy upaństwowienie lekarzy? Dr med. Hewelke O. **547. 564.**

Sprawy sanitarne w Sejmie 580.

Z wycieczki do uzdrojowisk południowych. Dr Stan. Lewicki **643.** 679.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy. Zjazd Związku galicyjskich lekarzy rządowych. Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Miejskie biuro sanitarne w Jarosławiu 11.

Nieczytelność recepty lekarskiej. Wyrok saskiego lekarskiego sądu honorowego. W sprawie tajemnicy lekarskiej. Z państwa partactwa leczniczego 12

W sprawie społecznego położenia lekarzy. Czy lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia za leczenie osoby zamożnej w klinice lub poliklinice. Śmiertelność w różnych krajach Europy. Ciekawy proces o odszkodowanie 25.

Etruscy dentyści przed 2300 laty. Zwalczanie chorób wenerycznych 26.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy polskich w Warszawie. Sprawy sanitarne w Austryi. Sprawa zezwolenia na zabieg operacyjny u małoletnich 40.

Warszawskie stow. lekarzy polskich 51. 65. 78. 153. 178. 202. 256. 379.

Komisya sanitarna parlamentu austryackiego. Brak lekarzy w armii austryackiej 52.

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy 65. 191.

Szybki przyrost lecznic prywatnych 66.

Sprawa lekarzy szkolnych. Pomnożenie ćwiczeń cielesnych w szkołach. Fizyczne wychowanie dzieci w Warszawie. Wzajemne zawiadamianie się władz pogranicznych o ch robach zakaźnych. Międzynarodowy zarząd Zdrowia w Paryżu 66.

W sprawie lekarzy szkolnych. Ruch przedwyborczy lekarzy galicyjskich. Międzynarodowy zjazd przeciwgruźliczy 78.

„Die Gurgel von Berlin“ 79.

Nocna ekspedycya w aptekach Urząd zdrowia publicznego w Austryi. Pierwsza lekarka naczelna. Ograniczenie płodności wśród robotników 92.

Państwowy urząd zdrowia w Austryi. Budżet sanitarny Austryi na rok 1908. Położenie lekarzy rządowych w Galicyi. Wydział Tow. Samopomocy lekarzy 104. 178. 191. 327. 379.

Ograniczenie partactwa lekarskiego w Niemczech. Statystyka m. Krakowa. Zmniejszenie się śmiertelności w Londynie. Towarzystwo zwalczania chorób płciowych 105.

Lekarz w Wydziale krajowym galicyjskim. Wybory do Sejmu galicyjskim 153.

Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych. Zwalczanie partactwa lekarskiego. Liczba lekarzy w Austryi. Kiła w Hiszpanii 154.

Egzamin na lekarza sztabowego 178.

Towarzystwo samopomocy lekarzy 202.

Taryfa lekarska. Zasadnicza rozprawa co do Kas chorych. Czy lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności za zaniedbanie badania promieniami Röntgena? Nadużycia przy ogłaszaniu konkursów. Hygiena młodzieży szkolnej w Galicyi 203.

Organizacya lekarzy. Państwowy Związek organizacyi lek. ustr. Miejska Kasa chorych w Krakowie 217.

Towarzystwo hygieniczne warszawskie 230.

Szczególny wyrok sądowy 231.

Reforma sanitarna w Austryi. Służba okręgowa lekarska w Czechach. Popieranie zdrojowisk polskich. „Therm“. przyrząd do odkażania formaliną Dwumilionowy fundusz do zwalczania gruźlicy 268. 283.

Lekarze a Kółka rolnicze. Zwalczanie partackich środków. Ustawa o chorobach zakaźnych 268

Szpitalnictwo niemieckie. Doniosłość hygieny 269.

Szczepienie w Krakowie 283.

Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie. Konkurencya w zawodzie lekarskim. Zestawienie strat w wojnie 313.

Sprawa wód mineralnych krajowych. Przeciw zdrojowiskom niemieckim. Szpitalnictwo niemieckie. Codex alimentarius austriacus. Państwowy główny urząd zdrowia w Austryi. Kasa chorych majsterska w Krakowie 296.

Partactwo lecznicze w Saksonii 297.

Domy lekarskie. Popieranie zdrojowisk polskich. W sprawie mamek 327.

Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy we Lwowie. Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu lekarskiego w Krakowie 339.

Sprawy sanitarne w parlamencie austryackim. Szpitalnictwo w Galicyi 340.

Kasy macierzyńskie. Polityka a medycyna 341.

Popieranie zdrojowisk polskich. Walka z gruźlicą w Niemczech. Lekarze szpitalni. Dom lekarski w Marienbadzie 353.

B) Statystyka i epidemiologia.

VIII. Wiadomości bieżące.

IX. Nekrologia.

X. Bibliografia.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.

Czas odnowić przedpłatę na rok 1908

Do dzisiejszego nru załącza się prospekt p. t.: „Sanatoryum Dra Bindera „Stefanie“ w Meranie“.

Rok XLVII. Kraków, dnia 4 stycznia 1908. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Szczepienie Pirquetowskie tuberkuliny i odczyn spojówkowy Calmettea.

Podał
Dr Witold Skórczewski.

W berlińskiem Towarzystwie lekarskiem w dniach 8 i 15 maja zeszłego roku podał C. Pirquet nowy sposób rozpoznawania gruźlicy zapomocą szczepienia kropli 25% roztworu starej tuberkuliny Kocha na rankę szczepienną. Opierając się na wyniku szczepień u około 500 dzieci wypowiedział on zapatrywanie, że obrzmienie i zaczerwienienie miejsca szczepionego pojawia się jedynie u dzieci gruźliczych. Tylko u dzieci w późnych okresach gruźlicy, wyniszczonych, charłaczych lub też w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych odczynu nie było. Spostrzegł Pirquet dalej, że wraz z wiekiem odczyn dodatni bywa coraz częstszym i tłomaczy to częstością zakażenia gruźliczego. Znaczenie rozpoznawcze odczynu przypisuje tylko szczepieniu u dzieci; szczepieniu u dorosłych wybitnego znaczenia nie przypisuje, wypowiada jedynie przypuszczenie, że dokładne poznanie odczynu, jego sposobu przebiegania może i tutaj nasunąć odpowiednie wskazówki. Prawie równocześnie ogłosił w tygodniku lekarskim wiedeńskim (Nr. 28, 1907) statystykę 700 szczepień u 360 dzieci (zob. tablicę).

Niemal współcześnie G. Calmette. lekarz francuski (Presse médic. Nr. 49. 1907), polecił wkraplania do worka spojówkowego 1% roztworu tuberkuliny, pozbawionej gliceryny. U ludzi chorych na gruźlicę występować ma potem nastrzykanie spojówki powiekowej, załamka, a nawet gałkowej, obrzmienie jej, łzawienie, skąpy wysięk surowiczowłóknikowy. Równocześnie w Nr 33 »Clinique« zwraca Calmette uwagę na wartość swego odczynu przy rozstrzygnięciu zagadnienia dziedziczności gruźlicy, a Nr 56 »Presse médic.« dodaje do skąpej liczby 25 spostrzeżeń pierwotnych, cały szereg spostrzeżeń lekarzy francuskich, które podtrzymują w całej pełni wartość odczynu spojówkowego.

Mimo krótkiego czasu oba odczyny, a w szczególności podany przez Calmettea, mają już wcale pokaźne piśmiennictwo. I tak odczyn spojówkowy stosowali u większej liczby chorych i wyniki oglosili Letulle (»Presse médic.« 53), Comby (»Presse médic.« 64), Lessier i Challier (»Presse médic.« 98), Prouff (»Gaz. d'hôpit.« 89, ref. »D. Med. Wochen.«), Schenk i Seiffert (»Münch. Med. Wochen.« 46), Francke (»Deut. Med. Wochen.« 48), Köhler (»Deut. Med. Wochen.« 50), Citron (»Berl. Klin. Wochen.« Nr 33), Cohn (»Berl. Klin. Wochen.« 47), Eppenstein (»Med. Klin.« 36), Masenti (»Riform. medic.« 46, ref. »D. Med. Wochen«), Salvolini (»Riform. medic.« 42, ref. »D. Med. Wochen«), Bing (»Hospitalstid.« 45, ref. »D. Med. Wochen.«), z Polaków K. Rzętkowski i B. Dębiński (»Gaz. lek.« 1907, 46). Wszyscy ci autorowie, prócz Binga, uważają odczyn spojówkowy za bardzo dobry sposób rozpoznawczy w gruźlicy, zupełnie nie niebezpieczny, przebiegający miejscowo, bez odczynu ogólnego.

Znacznie mniejsze piśmiennictwo posiada dotychczas odczyn skórny Pirqueta. Bandler i Kreibich (»Deut. Med. Wochen.« 40), Engel i Bauer (»Berl. Klin. Wochen.« 37), Duker (»Tijdsch. voor Genesk.« 12, ref. »D. Med. Wochen.«), z Polaków Kramsztyk (»Medycyna« 1907, 47—48) opierają się na zbyt małej ilości spostrzeżeń. Moro i Doganow spostrzegali po wykonaniu szczepień Pirqueta u zołzowych dzieci występowanie pryszczykowego zapalenia rogówki.

Oba odczyny stosował Hirschler (»Wien. Medic. Presse« 40), Massalongo (»Riform. medic.« 47, ref. »D. Med. Wochen.«). Massalongo wypowiada zdanie, że mają one mniejsze znaczenie rozpoznawcze, niż wstrzykiwanie tuberkuliny. W ostatnim również czasie Lenhartz na posiedzeniu Związku lekarzy w Hamburgu zestawił 111 przypadków równoczesnego stosowania obu odczynów. Wstrzykiwania tuberkulinowe u chorych, u których były odczyny dodatnie, dawały również dodatnie wyniki. U 15 chorych, leczonych tuberkuliną, odczyny wypadały słabiej, albo ujemnie.

Odczyn dodatni po szczepieniu. jak również odczyn spojówkowy i wstrzykiwanie tuberkuliny opiera się według Pirqueta (»Wien. Med. Presse« 48) na zasadzie t. zw. odczynu szczepiennego wczesnego (vaccinale Fruhreaction) i świadczy o obecności antytuberkuliny w ustroju szczepionym. Citron (»Berl. Klin. Wochen.« 36) przypuszcza, iż bakterye gruźlicze, wydzielając łączące się z receptorami komórek ustroju produkta przemiany materyi, wytwarzają swoistą nadczułość komórek wobec tuberkuliny. Po wprowadzeniu jej do ustroju tworzą się obfite niweczniki, wywołujące swą chemotaktyczną własnością sprawę fagocytozy

i otoczenie ogniska gruźliczego przez ciałka białe (Ummantelung).

Z polecenia mego szefa, Prof. W. Jaworskiego, zacząłem stosować szczepienia skórne, jakoteż odczyn spojówkowy na materyale kliniki lekarskiej U. J. Szczepienia skórne wykonywałem według podań Pirqueta 25% rozczynem starej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Do szczepień używałem przytępionego obosiecznego lancetu, którym zadawałem przez skręcenie nieznaczną rankę (ekskoryacyę).

Ranek takich robiłem na ramieniu chorego trzy, na dwie dolne wprowadzałem rozczyn tuberkuliny, górną pozostawiałem jako kontrolną. Odczyn zauważyć można czasem już po 6 godzinach, po 24 godzinach jest wyraźny, a po 48 godzinach dochodzi do szczytu. Polega on na bądź bardziej rozlanym, bądź ograniczonym obrzęku w miejscu szczepienia. W środku miejsca szczepienia zauważyć można guzek, nieraz blady i wyniosły, rzadko tylko dochodzi do wytworzenia się wybitnych pęcherzyków, wypełnionych treścią płynną, nieco żółtawą, przezroczystą. Zwykle już po 48, 72 godzinach obrzęk się zmniejsza, zaczerwienienie utrzymuje się dłużej, a kiedy zginie, pozostaje przez kilka tygodni plama barwikowa. Objawów ogólnych, wzniesienia się ciepłoty, zapaleń rogówki, nie zauważyłem nigdy. Niewielu chorych z wybitnym odczynem skarżyło się na swędzenie miejsc szczepionych, u jednego chorego zauważyłem nieznaczne powiększenie i bolesność gruczołu w pasze. Oceniając odczyn, rozważałem zarówno natężenie odczynu, jak i jego wielkość, i tak odczyny, których wielkość przenosiła 2 cm. w średnicy (ranka szczepienna = 2 mm.) uważałem za bardzo wybitne, powyżej 1 cm. za wybitne, dodatnie około 1 cm.; ślady odczynów zaliczam do wyników ujemnych.

Równocześnie u większej połowy chorych wkraplałem do worka spojówkowego 1% rozczyn dawnej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej lub też wyrabianą przez zakład Pasteurowski w Lille »Tuberkulinum-Test«. Odczyn zjawiał się czasem już po 4 godzinach, po 10 bywał zwykle wyraźnym, a po 24—48 godzinach dochodził do szczytu natężenia. Polegał on na obrzmieniu i nastrzykaniu spojówki powiek, załamka, w razie wybitnego odczynu i gałki, na obrzmieniu i zaczerwienieniu mięska, na skąpym zazwyczaj wysięku surowiczo-włóknikowym. Chorzy skarżą się na mierny ból i łzawienie. U kilku chorych spostrzegłem drobne podspojówkowe wybroczyny.

Wykonałem szczepień skórnych tuberkuliny 119 u 100 chorych. Z 55 wyników dodatnich, 6 było bardzo wybitnych, 8 wybitnych, z 45 ujemnych 6 było słabych. U 12 chorych, klinicznie gruźliczych, 11 razy otrzymałem wynik dodatni, raz ujemny, u 5 podejrzanych o gruźlicę wynik dodatni. U 83 niegruźliczych 41 odczynów dodatnich, 42 odczynów ujemnych. Odczyny u chorych gruźliczych były znacznie wybitniejsze, niż u niegruźliczych.

U 60 chorych stosowałem równocześnie wkraplania spojówkowe Calmettea. Na 17 odczynów dodatnich, 3 razy odczyn był bardzo wybitny, 4 razy wybitny, na 43 odczyny ujemne 4 razy odczyn słaby. Na 9 chorych, klinicznie gruźliczych, 8 razy odczyn był dodatni, u 9-tego ujemny, jednak chory ten był leczony tuberkulolem; u trzech podejrzanych o gruźlicę wynik był dodatni, z tych jeden słabo dodatni, u klinicznie nie gruźliczych 7 razy odczyn wypadł dodatnio, 41 razy odczynu nie było. Również i tutaj odczyn u gruźliczych bywał znacznie wybitniejszym, niż u nie gruźliczych.

Porównując oba odczyny u klinicznie niegruźliczych otrzymałem wyniki oba dodatnie u 5 chorych, oba ujemne u 22 chorych, szczepienie skórne dodatnie, a spojówkowe ujemne u 13 chorych, szczepienie skórne ujemne, a spojówkowe dodatnie u 3 chorych.

Wbrew podaniu Cohna u 2 chorych na dur brzuszny odczyn Calmettea był ujemny, odczyn Pirqueta u jednego dodatni, u drugiego ujemny. U 2 chorych sekcyonowanych, u których szczepienie Pirqueta nie dawało odczynu, sekcya nie stwierdziła zmian gruźliczych.

Statystykę dotychczas ogłoszonych, a mnie dostępnych wyników podaję na załączonej tablicy:

Autor	Liczba chorych	Rodzaj odczynu	% dodatnich wyników		
			u gruźliczych	u podejrzanych	u niegruźliczych
Citron	90	spojówkowy	80·64	80	2 2
Eppenstein		„	72·35	40	
Schenk	100	„	78·57	30	5·77
Lessier i Chalier	185	„	80	50	16
Francke	24	„	100		22
Lenhartz	111	„	89	36	36
Köhler	175	„	95	nie podaje	nie podaje
Kliniczne szczepienia	60	„	88·8	66·6	14 56
Pirquet	360	skórny u dzieci	86	16	nie podaje
Bandler i Kreibich	63	skórny nierozcieńczoną tuberkuliną	84		33
Lenhartz	111	skórny	75	36	45
Kliniczne szczepienia	100	„	89·6	100	50·4

Materyał, którym rozporządzałem, był zbyt mały, aby wydać jakikolwiek sąd o obu metodach. Sąd taki możnaby wydać jedynie na podstawie wielkiego materyału sekcyjnego. Stwierdzić jedynie mogłem, że wynik szczepienia Pirqueta u chorych, klinicznie nie gruźliczych, częściej bywa dodatni, niż odczyn spojówkowy Calmettea; na zmiany gruźlicze, klinicznie stwierdzane, zdają się oba sposoby być jednakowo czułe. Prócz tego zauważyć należy (tak, jak to wielokrotnie podnoszono), iż chociaż odczyn spojówkowy ma tę wyższość nad szczepieniem skórnem, że nie potrzebujemy używać przy nim lancetu, to jednak bywa on niejednokrotnie dla chorych przykrzejszy z po-

wodu bólu i łzawienia, a również nie możemy ściśle określić jego wielkości, ale jedynie natężenie; wreszcie często trudno go wykonać przy przewlekłym nieżycie spojówek.

Panu Prof. Jaworskiemu dziękuję za zachętę i za wskazówki podczas pracy.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

Do sprawozdań o zastosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych przybyło w ostatnich czasach kilka nowych, zajmujących się występowaniem odczynu na skórze po zaszczepieniu jadów gruźliczych, oraz na spojówce oka po wkropleniu ich do worka spojówkowego. Pierwszą wzmiankę o odczynie skórnym uczynił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w d. 15 maja 1907 r. lekarz wiedeński v. Pirquet[1]), podając, że we wszystkich tych przypadkach, w których istniały kliniczne znamiona gruźlicy, powstawał zawsze odczyn, o ile gruźlica nie przebiegała pod ostrą postacią, lub o ile u chorego dziecka nie było objawów wyraźnej chery. W liczbach odsetkowych wypadał wynik dodatni bardzo korzystnie, bo na 100 szczepień stwierdzano odczyn 88 razy. Odnosiło się to do dzieci zupełnie małych. U dzieci starszych widywał v. Pirquet odczyn skórny także i w takich przypadkach, w których na podstawie badania klinicznego nie można było rozpoznawać gruźlicy. Liczba ich była stosunkowo dość znaczna, bo wynosiła 16%.

Już w następnym miesiącu, t. j. w czerwcu, mówił w paryskiej akademii umiejętności Vallée[2]) o doświadczeniach swoich, wykonywanych na zwierzętach w celu stwierdzenia sprawozdania v. Pirqueta. Wyniki ich, zupełnie między sobą zgodne, przemawiają korzystnie o wartości rozpoznawczej szczepień tuberkuliny na skórze: U zwierząt, zakażonych gruźlicą, powstawał zawsze bardzo wyraźny odczyn, u zwierząt zdrowych nie spostrzegano go nigdy.

Postępując dalej w swoich badaniach, zgromadził v. Pirquet bardzo poważny materyał, obejmujący 988 spostrzeżeń i zdał z nich sprawę w sekcyi chorób dzieci na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w odczycie p. t.: »O rozpoznawczem zużytkowaniu allergii« [3]). Mógł już wtedy nietylko bardziej stanowczo mówić o wartości rozpoznawczej swych badań, ale nadto porównać wyniki szczepień tuberkuliny z wynikami wkraplań słabszych rozczynów tego przetworu do oka, poleconych przez Wolf-Eisnera, a potem przez Calmettea[4]). Oceniając te dwa sposoby, oświadczył się stanowczo za szczepieniem, jako za sposobem pewniejszym.

O wartości rozpoznawczej szczepień skórnych wypowiedzieli już bardzo wcześnie swe zdanie Bagińsky i Moser.

Pierwszy[5]) z nich przyznaje, że odczyn występuje istotnie nader rychło po zaszczepieniu dzieci gruźliczych i jest bardzo wyraźny. Mimo to nie może wyniku ujemnego uważać za dowód braku gruźlicy, gdyż widział przypadek, w którym po wstrzykiwaniach tuberkuliny występował bardzo wyraźny ogólny odczyn, a po szczepieniu nie było żadnej zmiany na skórze. Zdanie Bagińskyego, jakkolwiek ze wszechmiar zasługuje na uwagę, nie może z tego powodu mieć rozstrzygającego znaczenia, że opiera się na skąpym materyale.

Ważniejszem jest sprawozdanie Mosera[6]) na posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznej i chorób dzieci w Wiedniu. Opierało się ono na spostrzeżeniach, poczynionych w 120 przypadkach, z których 28 było przedmiotem badania pośmiertnego. W 17 z nich nie uzyskano za życia odczynu skórnego, natomiast sekcya wykryła w 3 zmiany gruźlicze. Były to wszakże przypadki z wybitną cherą.

Równocześnie z przytoczonemi powyżej sprawozdaniami, które bądź co bądź przemawiają korzystnie o wartości rozpoznawczej sposobu v. Pirqueta, odzywały się głosy niekorzystne. Najpoważniejszym z nich jest oświadczenie Arloinga[7]) z Lyonu, wypowiedziane na jednem z czerwcowych posiedzeń Towarzystwa biologicznego w Paryżu. Stanął on w zupełnej sprzeczności z Valléem, podając, że u zwierząt jest odczyn skórny zjawiskiem co do wyrazistości niestałem, a nadto, że występuje zarówno u zdrowych, jak i u chorych zwierząt Wobec tego odmówić mu trzeba znaczenia rozpoznawczego, Prawie zupełnie tak samo wyrażali się Defour i Sicard[8]) na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu.

Skutkiem różnych zdań, odzywających się o tej sprawie, potrzebne są niewątpliwie jeszcze dalsze badania, nie ograniczające się do spostrzeżeń u dzieci i doświadczeń, czynionych na zwierzętach, ale obejmujące, o ile możności, jak największy materyał kliniczny. Prac takich jest dotychczas nie wiele. W dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem zaledwo kilka z tych, które zasługują na większą uwagę.

Pierwsza z nich Citrona[9]) z Berlina opiera się na 90 spostrzeżeniach. Wśród nich było 31 przypadków niewątpliwej gruźlicy, 14 podejrzanych o gruźlicę, 45 innych chorób. U chorych, należących do pierwszej grupy, wystąpił odczyn 26 razy, u osób z trzeciej grupy 11 razy, u osób z drugiej grupy raz.

Drugie sprawozdanie, ogłoszone przez Frankego[10]) z Hamburga, streszcza własne spostrzeżenia autora w przypadkach chorób ócz, a oprócz tego podaje wiadomość o wynikach badań, wykonywanych na chorych oddziału chorób wewnętrznych Dra Ratiena w szpitalu Maryi w Hamburgu. Obejmuje ono 36 przypadków. Wśród nich było 24 spostrzeżeń u osób chorych na oczy, a 12 przypadków pochodziło z oddziału wspomnianego szpitala. U wszystkich

---

[1]) Pirquet: Deutsche med. Wochschft 1907, Nr. 22, str. 905.
[2]) Vallée: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 32, str. 1320.
[3]) v. Pirquet: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 40, str. 1668.
[4]) Calmette; Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 32, str. 1320.
[5]) Bagińsky: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 22, str. 905.
[6]) Moser: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 45, str. 1888.
[7]) Arloing: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 32, str. 1320.
[8]) Defour i Sicard; Ibidem.
[9]) Citron: Berl. klin. Wochschr. 1907, Nr. 33.
[10]) Franke: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 48, str. 1983.

polegało badanie na śledzeniu odczynu spojówkowego. Odczyn wyraźny występował u osób, należących do pierwszej grupy, w 10 przypadkach. W 6 z nich rozpoznawał Franke choroby ócz pochodzenia zołzowego, względnie gruźliczego (»es handelte sich dabei um 6 Patienten mit ausgesprochenen tuberkulösen respektive skrofulösen Augenerkrankungen«); u reszty, t. j. u 4 osób, nie mógł Franke wykryć zmian, któreby nakazywały przypuszczać gruźlicę. Z 12 chorych szpitalnych oddziaływało 10. W żadnym z badanych przypadków nie wykryto swoistych laseczników gruźlicy.

Trzecia większa praca, sprawozdanie Epsteina[11]), opierające się na badaniu 226 chorych, nie było dla mnie dostępne w oryginale. Wobec tego nie mogę streścić wyników, uzyskanych przez tego autora. Zaznaczę tylko, że nie były dla oceniania samego sposobu badania niekorzystne.

Poważnym materyałem z oddziału A. Frankla w berlińskim szpitalu Urbana rozporządzał Z. Cohn[12]), przeprowadzając badania odczynu spojówkowego po wkropleniu $1^0/_0$ rozczynu tuberkuliny. Na rodzaj chorych i wyniki doświadczeń daje pogląd zestawienie, przytoczone według oryginału:

Osób gruźliczych 86. Wynik dodatni u 60, ujemny u 26.

Osób podejrzanych 32. Wynik dodatni u 23, ujemny u 8, wątpliwy u 2.

Osób niegruźliczych 192. Wynik dodatni u 10, ujemny u 178.

Streszczając swoje spostrzeżenia, wysnuwa Cohn ostateczne wnioski w formie oględnej w następujący sposób: 1) Wynik dodatni po wkropleniu tuberkuliny do worka spojówkowego przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za obecnością gruźlicy. 2) Wynik ujemny nie wyłącza stanowczo gruźlicy, gdyż mniej więcej w połowie przypadków ciężkiej postaci tej choroby nie można otrzymać odczynu. 3) Chorzy na dur odznaczają się, zwłaszcza podczas zdrowienia, wielką wrażliwością na działanie tuberkuliny. 4) U osób niegruźliczych powstaje po wkropleniu w tem samem oku wrażliwość wygórowana, u osób gruźliczych nader często także w drugiem. 5) Wstrzykiwania tuberkuliny, wykonane w pewien czas po wkropleniu, wzniecają na nowo miejscowy odczyn spojówkowy, lub też wywołują go, jeśli pierwotne wkropienie nie wywołało odczynu.

Gdybyśmy na podstawie ogłoszonych dotychczas wyników badań wyrobić sobie chcieli jasne pojęcie o rozpoznawczej wartości miejscowego odczynu, zjawiającego się po zastosowaniu tuberkuliny, to istotnie trudnoby było o sąd zupełnie stanowczy. Odnosimy tylko wrażenie, że nowy sposób badania ma pewne zalety, że wyróść z niego mogą istotne korzyści, ale wrażenia tego nie możemy jeszcze dokładnie skrystalizować, nie umiemy poznać, co w niem jest tylko podmiotowem uczuciem, a co posiada podstawy ściśle i przedmiotowe. Ostateczne rozstrzygnięcie wątpliwości jest tu tem bardziej wskazane, skoro chodzi o rzecz wielkiej wagi praktycznej, mającej znaczenie nie tyle może dla kliniki, ile dla codziennej praktyki lekarskiej. Wszakże gruźlica jest chorobą bardzo powszechną, a rozpoznanie jej w samych początkach sprawiać może bardzo poważne trudności.

Mając na celu wypróbowanie odczynu miejscowego po zastosowaniu tuberkuliny i ocenianie wyników nie należy sądzić według tej miary, którą stosować wolno wobec swoistych znamion w przebiegu innych chorób, n. p. przy ocenianiu odczynu Widala w durze brzusznym. Pamiętać trzeba koniecznie, że gruźlica bywa nie tak rzadko chorobą tylko anatomiczną, t. j. że na zewnątrz nie objawia się takimi przypadłami, któreby ją czyniły przedmiotem badania klinicznego same przez się. A dalej trzeba mieć i to na oku, że u wielu osób znaleść można w szczytach płuc pewne zmiany fizyczne, a więc tem samem przypuszczać gruźlicę i mylić się w tem przypuszczeniu. W pierwszym przypadku pojawić się może odczyn, chociaż go nie oczekujemy, w drugim może go nie być zupełnie, również wbrew oczekiwaniom.

Obecność lub brak odczynu wprowadzić trzeba w związek przyczynowy z obecnością lub brakiem w ustroju, albo lepiej w surowicy krwi, pewnych ciał swoistych, związków dotychczas jeszcze ściśle i dokładnie nie poznanych, które wobec drobnoustrojów i jadów gruźliczych nie zachowują się obojętnie i przypuścić, że działanie odtruwające tych związków złączone jest z działaniem drażniącem i że przekrwienie, które nazywamy swoistym odczynem, jest wyrazem tego podrażnienia.

Sposób badania odczynu tuberkulinowego jest i przy szczepieniach skórnych i przy wkraplaniach na spojówkę bardzo prosty. Szczepienie polega na tem, że nożykiem robi się kilka płytkich, gęsto obok siebie leżących nacięć skóry i odsłania w ten sposób siatkę naczyń włosowatych a następnie wkrapla się na to miejsce kroplę $25^0/_0$ rozczynu pierwotnej tuberkuliny Kocha (Alttuberkulin). Odczyn, o ile powstaje, zjawia się czasem już po kilku godzinach; częściej wszakże dopiero po kilkunastu. Zasadniczo polega on na zaczerwienieniu i zgrubieniu skóry, różnego zresztą stopnia. Bardzo często bywa to zaczerwienienie największe w obrębie zgrubienia, które pierścieniem otacza zaszczepione miejsce. Zmiana miejscowa utrzymuje się rozmaicie długo. W jednych przypadkach znika w przeciągu 2—3 dni, w innych trwa nawet kilkanaście dni.

Przy wkraplaniach na spojówkę posługujemy się stosownie do wskazówek Calmettea rozczynem o wiele słabszym. Przeważnie używano rozczynu $1^0/_0$. Calmette radził w celu usunięcia możliwego wpływu gliceryny strącać ze starej tuberkuliny istotę działającą na pomocą $75^0/_0$ wyskoku, a po wysuszeniu osadu rozpuszczać go w wodzie w stosunku 1:100. Ten sposób postępowania, wskazany może przy pierwszych próbach, wydaje mi się obecnie zbytecznym. Wystarczy najzupełniej zwykły rozczyn oryginalnej tuberkuliny. Wkrapla się z niego do worka spojówkowego jedną kroplę. Odczyn zjawia się zazwyczaj rychlej, aniżeli odczyn skórny. Stopień jego bywa rozmaity. U jednych osób powstaje mniej lub więcej silne przekrwienie spojówki powiekowej; u drugich zaczerwienia się także spojówka gałki ocznej, u innych wreszcie nastaje, obok przekrwienia, rodzaj zapalenia spojówki z wydzieliną śluzowo-ropną. Właściwego zapalenia spojówek, a tem mniej zapalenia głębszych części oka, nie widziałem nigdy, nawet w tych przypadkach, w których do doświadczenia używano rozczynu silniejszego, aniżeli $1^0/_0$.

Różnice co do stopnia oddziaływania spojówek za-

[11]) Epstein: Med. Klinik. 1907, Nr. 36.

[12]) Sigismund Cohn: Berliner klin. Wochschr. 1907, Nr. 47.

chęciły Citrona do rozróżnienia trzech okresów odczynu. Odróżnianie takie, zresztą dość dowolne, ma tę dodatnią stronę, że pozwala na ściślejsze i jednostajniejsze określanie przebiegu i stopnia oddziaływania. Podobnie jak odczyn skórny znika i zaczerwienienie spojówek rozmaicie szybko. W każdym razie nie trwa zaczerwienienie spojówek, z małymi wyjątkami. tak długo, jak zaczerwienienie i obrzęk skóry.

Po tych uwagach przychodzę do omówienia własnych spostrzeżeń, poczynionych na chorych z oddziału wewnętrznego tutejszego szpitala.

Materyał, użyty do doświadczeń, obejmuje dotychczas 104 przypadki, rozdzielone na cztery grupy.

W grupie pierwszej mieszczą się chorzy z wybitnymi objawami gruźlicy. Rozpoznanie stwierdzono w każdym przypadku badaniem bakteryologicznem plwocin. Liczba tych chorych wynosi 57. Odczyn tak skórny, jak spojówkowy, występował u 48 chorych [13]), nie otrzymano go u 9 chorych. Ci ostatni, z wyjątkiem dwóch tylko, byli przedmiotem badania pośmiertnego, które stwierdziło bardzo rozległe zmiany gruźlicze w płucach, a przeważnie także i w innych narządach. W dwóch z tych przypadków, w których pod koniec życia były objawy zapalenia opon mózgowych, wykryła sekcya rozsiewającą się ostrą gruźlicę. Z pośród chorych, wrażliwych na szczepienie, względnie wkraplanie tuberkuliny, zmarł tylko jeden skutkiem gwałtownego, nie dającego się zatamować krwotoku.

W grupie drugiej mamy chorych, podejrzanych o gruźlicę tak na podstawie wyniku badania fizycznego, jak i dalszego przebiegu, u których jednak nie można było w początkach spostrzegania wykryć laseczników Kocha, bądź dlatego, że nie odkrztuszali plwocin, bądź też dlatego, że plwociny odkrztuszane pochodziły nie z ognisk gruźliczych w płucach, lecz z górnych dróg oddechowych. Liczba tych spostrzeżeń obejmuje 12 przypadków. W każdym z nich stwierdzano wyraźny odczyn spojówkowy i skórny.

Opis historyi chorób kilku z tych spostrzeżeń, podany w streszczeniu, posłużyć może do lepszego objaśnienia korzyści, osiągniętych przez zastosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

1) Nikola B., lat 40, dozorca lasowy, przyjęty na oddział 13. XI. 1907. Chory podaje, że od kilku miesięcy doznaje przypadłości w zakresie narządu pokarmowego, że niema apetytu i traci siły. Badanie stwierdza, co następuje: Odżywienie zaledwo mierne, skóra blada. Wyraz twarzy pognębiony. Język miernie obłożony, trzęsie się nieco. Klatka piersiowa wogóle dość wątła. W szczycie prawym nieznaczne przytłumienie odgłosu, zresztą odgłos wypukowy wszędzie jawny; granice płuc nieco obniżone. Szmery oddechowe wszędzie zaostrzone, tu i owdzie furczenia i świsty. Kaszel nieznaczny, plwocina skąpa śluzowa. Brzuch płaski, miernie tkliwy. Wątroba wyraźnie macalna, zbitsza. Żołądek nieco rozszerzony, nad jelitem grubem kruczenie. Badanie treści żołądkowej stwierdza obniżenie siły wydzielniczej błony śluzowej żołądka obok osłabienia siły ruchowej. W kale oprócz nieznacznej ilości śluzu, pochodzącego z jelit grubych, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Skład moczu prawidłowy. Ciepłota ciała prawidłowa. Odczyn skórny i spojówkowy po zastosowaniu tuberkuliny występuje w miernym stopniu. W dalszym przebiegu stwierdzono kilkakrotnie nieznaczne wzniesienia ciepłoty ciała, dochodzące najwyżej do 37·5° C. Stan chorego nie poprawiał się zupełnie, jego wejrzenie pogarszało się nawet, skargi na przypadłości żołądkowe powtarzały się stale. D. 3. XII. pojawił się silniejszy kaszel, wśród którego odkrztusił chory mierną ilość krwi. Dnia następnego stwierdzono gorączkę, dochodzący do 38·2° C. Gorączka ta, o przebiegu zupełnie nieregularnym, utrzymuje się do tej chwili. W szczycie prawym pojawiają się od czasu do czasu rzężenia. Badanie bakteryologiczne plwociny, przedtem bezowocne, wykryło w ostatnich dniach obecność laseczników gruźlicy.

2) D. N., lat 35, urzędnik w instytucyi prywatnej. Przyjęty na oddział 17. XI. 1907. Chory pochodzi rzekomo ze zdrowej rodziny. W pierwszych latach życia miał przebyć zapalenie płuc, później nie chorował nigdy, w szczególności nie zapadał na nieżyty dróg oddechowych. Mniej więcej przed 6 tygodniami utworzył się na karku czyrak miernych rozmiarów. Ciepłoty ciała wtedy nie mierzono, ale chory podaje, że przez szereg dni miewał dreszczyki, doznawał uczucia gorączki, a nawet miewał lekkie poty. Stan ten trwał około 2 tygodni. Czyrak zaczął się goić, ale mimo to ogólny stan chorego nie poprawiał się. Apetyt nie powracał, w brzuchu pojawiały się od czasu do czasu lekkie bole. Około 29. X. wystąpił silny ból w prawem podżebrzu, który się rozprzestrzeniał na całą dolną część prawej strony klatki piersiowej. Około 10. XI. wystąpił jeszcze silniejszy kłujący ból po lewej stronie klatki piersiowej. Przez cały ten czas gorączkował chory stale; tor gorączki był zwalniający. Po raz pierwszy badałem go d. 14. XI. w jego mieszkaniu i stwierdziłem wtedy wyraźne objawy suchego zapalenia opłucnej po stronie lewej, obok tego upośledzenie ruchomości dolnego brzegu płuca prawego w częściach bocznych i przednich, przytłumienie odgłosu w szczycie prawym nieznaczne, zaostrzenie szmerów oddechowych i przedłużenie wydechu w szczycie po stronie lewej. Narząd krążenia prawidłowy; tętno znacznie przyspieszone; w czasie badania wynosiła jego liczba 130. Wątroba i śledziona niemacalna; w jelitach mierna ilość kału. Rozpoznanie sprawiało w tym czasie poważne trudności wobec braku wyraźnych objawów płucnych jako takich z jednej strony, a przypuszczenia, uzasadnionego do pewnego stopnia rozwojem choroby po miejscowem ropieniu (czyrak), że może cała sprawa polega na zakażeniu ropnem, z drugiej strony. Uwzględniając te okoliczności, że chory nie miewał w ostatnich czasach wyraźnych dreszczów, ani obfitszych potów, że śledziona i wątroba nie były powiększone, przypuszczałem raczej rozwijającą się gruźlicę, a powstanie choroby po czyraku poczytywałem za wynik przypadkowego zbiegu okoliczności. W ciągu następnych 3 dni zmniejszyły się dolegliwości podmiotowe, zależne od zapalenia opłucnej, do tego stopnia, że chorego można było przenieść do szpitala d. 17. XI. Z dalszego przebiegu zasługują na podniesienie następujące szczegóły: W pierwszych dniach pobytu odkrztusił chory kilkakrotnie nieco krwawej plwociny, a nawet czystą krew. Pochodzenia tego krwioplucia nie można było uzasadnić obecnością sprawy zapalnej w płucach i najprędzej należało ją odnieść do zmian wykrytych w szczytach płuc już przy pierwszem badaniu, a to tembardziej, skoro tak szczepienie tuberkuliny na skórze, jak wkroplenie jej do oka wywołało bardzo wyraźny odczyn. Przypuszczenie to zdawała się potwierdzać także i ta okoliczność, że w związku z krwiopluciem nie podniosła się ciepłota ciała, ani nie wystąpiły inne objawy ogólne, przydarzające się niemal stale w zapaleniu płuc. W drugim tygodniu pobytu w szpitalu zaczął się chory uskarżać na ponowny ból w prawej stronie klatki piersiowej u dołu. Badanie nie stwierdzało nigdy objawów świeżego zapalenia opłucnej, natomiast w toku spostrzegania, coraz wyraźniej występowały znamiona zwyrodnienia włóknistego prawej opłucnej. Kilkakrotnie powtarzane nakłucia po tejże stronie stwierdziły brak płynu w jamie opłucnej, a natomiast tak znaczną zbitość opłucnej, że nawet stosunkowo cienka igła zpotykała się z wielkim oporem. Dwukrotnie jeszcze powracało przypuszczenie ropienia wobec tworzących się zakrzepów żylnych, raz w kończynie dolnej prawej, drugi raz w żyłach klatki piersiowej po stronie prawej. Zwłaszcza za drugim razem bardzo podejrzanym wydawał się obrzęk skóry, jako możliwe następstwo sprawy ropnej, toczącej się czy to w okolicy nerki, czy pod przeponą. Stosunkowo rychłe ustąpienie obrzęku nakazało porzucić to przypuszczenie. A przyszło to tem łatwiej, skoro rozpoznanie gruźlicy jako przyczyny podstawowej całego obrazu choroby stało się pewniejsze przez wyraźne objawy zagęszczenia płuc w szczycie lewym i przez wystąpienie w tem miejscu dość licznych rzężeń. Chory znajduje się w tej chwili jeszcze w szpitalu, a przez dalsze spostrzeganie przebiegu choroby będzie prawdopodobnie można rozpoznanie gruźlicy uzasadnić także badaniem bakteryologicznem, które dotychczas nie dało dodatniego wyniku wobec braku odpowiedniego materyału do badania.

3) Maksim M., l. 20, ślusarz z Sarajewa, przyjęty na oddział 20. XI. 1907. Od kilku dni bole w klatce piersiowej i mę-

[13]) W tem 2 przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej.

czący kaszel. Dawniej miał być zawsze zdrów. Na zapytanie wprost wystosowane w tym kierunku, podaje, że stosunkowo często zapadał na nieżyty, a przed trzema laty odpluwał nawet przez jakiś czas krew. Badanie stwierdza, co następuje: Wzrost i budowa dobre, mięśnie silnie rozwinięte. Klatka piersiowa nieco dłuższa, niezbyt silnie wysklepiona; poruszalność jej wogóle dobra, z wyjątkiem okolicy szczytu po stronie lewej. Odgłos opukowy w dołku nadobojczykowym lewym i nadgrzebieniowym lewym mniej jawny. Ruchomość szczytu mniejsza, aniżeli po stronie prawej. Na całej klatce piersiowej sporo nieżytowych suchych rzężeń obok powszechnego zaostrzenia szmerów. Badanie innych narządów nie stwierdza żadnych zboczeń. W czasie dwutygodniowego pobytu chorego stwierdzono kilkakrotnie podniesienie się ciepłoty, dochodzące do 37·7° C. Odczyn skórny i oczny wyraźny. Przed wyjściem chorego ze szpitala stwierdzono w szczycie lewym obok opisanych już zmian opukowych wyraźne zaostrzenie szmeru wdechowego i przedłużenie szmeru wydechowego. Objawy nieżytu oskrzelowego rozlanego ustąpiły zupełnie, chory przestał kaszleć, ale pomimo to jeszcze w wilię dnia, w którym opuszczał szpital było krótkotrwałe podniesienie ciepłoty.

Przypadek ten należy do rzędu bardzo pospolitych spostrzeżeń, szczytowej ograniczonej gruźlicy. Ale właśnie dlatego zasługuje na szczególną uwagę ze względów praktycznych. Jemu podobnych spostrzegaliśmy w ostatnich czasach kilka i one właśnie zdawały się przemawiać najbardziej na korzyść rozpoznawczych wkraplań i szczepień tuberkuliny. (Dok. nast.)

Z Kliniki lekarskiej prof. W. Obrazcowa w Kijowie.

Odczyn oczny na tuberkulinę, jako środek rozpoznawania gruźlicy.

Podał

Dr A. Bylina, ordynator Kliniki.

(Wykład w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie).

Straszne spustoszenia, jakie gruźlica sprawia w szeregach ludności, zmuszają lekarzy do ciągłego poszukiwania środków rozpoznawania i zwalczania groźnego tego cierpienia. Gruźlica jest dla nas tem straszniejszym wrogiem, iż pole jej niszczycielskiej działalności jest olbrzymio szerokie; zaczynając od najbardziej powierzchownie leżącego narządu, jakim jest skóra i kończąc na najgłębszych narządach naszego ustroju, gruźlica wszędzie się wciska, wszystko niszczy. Stąd też i metody rozpoznawcze muszą być bardzo rozmaite. To też obecnie dla wykrycia zakażeń gruźliczych używamy wszelkich sposobów współczesnego badania.

Do roku 1881, w którym Robert Koch odkrył swoistego pasożyta, w rozpoznawaniu gruźlicy odgrywały główną rolę sposoby fizyczne; Laënnec pierwszy dał im ścisłą podstawę naukową, a następcy genialnego klinicysty doprowadzili badania fizyczne do stopnia znakomitej dokładności.

Epokowe odkrycie Kocha na pozór zmniejszyło znaczenie fizycznych sposobów badania; sądzono, że żmudne oglądanie, obmacywanie, opukiwanie i osłuchiwanie można zastąpić prostem i często łatwem wykryciem swoistych prątków. I chociaż złudzenie trwało niedługo, przyniosło jednak niemałą szkodę. Bądź co bądź jednak, odkrycie Kocha stanowi olbrzymi krok naprzód w sprawie rozpoznawania gruźlicy: do dawnych fizycznych sposobów badania przyłączył się nowy, bakteryologiczny; jednocześnie została poznana istotna przyczyna gruźlicy.

Wymienione sposoby miały tę wielką wadę, iż nie pozwalały wykryć początkowych, nieznacznych lub głęboko usadowionych spraw gruźliczych. Tę lukę miała wypełnić tuberkulina; odrzucona jako środek leczniczy, próbowała zająć miejsce w szeregu środków rozpoznawczych. W tej nowej roli tuberkulina zyskała uznanie, a i lecznicze jej własności w ostatnich czasach coraz liczniejszych znajdują zwolenników.

Jednakże tuberkulina, wstrzyknięta w celu rozpoznawczym, wywołuje u osób, cierpiących na gruźlicę, nietylko mniej lub więcej znaczny odczyn miejscowy, lecz i ogólne zaburzenia, które niekiedy dochodzą do stopnia bardzo ciężkich powikłań. Już to jedno tylko znacznie zmniejsza zakres wstrzykiwań tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

Bezpieczniejszą pod tym względem mogłaby być podana przez Arloinga serodyagnostyka; lecz badania kolegi Żebrowskiego najlepiej nas przekonały, jak mało w gruźlicy oczekiwać możemy obecnie korzyści od metody, która w innych sprawach zakaźnych olbrzymie oddaje usługi.

Dotychczas nie mamy przeto sposobu, któryby łatwo, ściśle i bez szkody dla chorego pozwalał rozpoznać gruźlicę w jej początkowym okresie, w narządach położonych głęboko, dla bezpośredniego badania niedostępnych.

Każdy więc zrozumie to zajęcie, jakie wywołał odczyt prof. Calmettea, w d. 17 czerwca r. b. w paryskiej Akademii Umiejętności: Calmette twierdził, że odkrył nowy sposób rozpoznawania gruźlicy, sposób, polegający na swoistym odczynie ocznym na tuberkulinę u osobników, cierpiących na gruźlicę. Calmette miał jednak poprzedników, o których należy słów parę powiedzieć.

Pirquet z Wiednia już dawniej wskazał, iż gdy w nacięty naskórek wetrzemy odrobinę tuberkuliny, to już po 24—48 godzinach wyraźnie występuje miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia skóry; następnie w tem samem miejscu pojawia się niewielki obrzęk, w kształcie grudki *(papula)*, niekiedy na szczycie grudki tworzy się pęcherzyk, a pod naskórkiem zbiera się nieco przejrzystej żółtawej cieczy; w ciągu tygodnia zjawisko stopniowo znika. Ten odczyn skórny, jak twierdzi Pirquet, występuje wyłącznie u osobników, dotkniętych gruźlicą. Badania Ferranda i Lemairea dowiodły, że drobnowidowa budowa grudki, powstałej na miejscu zaszczepienia tuberkuliny, niema cech swoistych, właściwych tworom gruźliczym; niemniej jednak znacznie się różni od budowy guzków, powstałych wskutek szczepienia jadów błoniczych lub sublimatowej (0,2%) gliceryny.

Gdy Pirquet czynił próby ze swym odczynem skórnym, Calmette w Lille badał, jak oddziaływa na tuberkulinę spojówka oka. By uniknąć drażniącego spojówkę działania gliceryny przetworu Kocha, używał Calmette wyłącznie tuberkuliny, strąconej 95° wyskokiem. Osuszony proszek rozpuszczał w wyjałowionej wodzie w stosunku 1 na 100 (5 miligramów tuberkuliny na 10 kropel wody). Gdy tuberkulina zupełnie rozpuści się w wodzie, co następuje mniej więcej w godzinę, Calmette jedną kroplę roztworu wpuszcza do oka. Kroplę należy wpuszczać do wewnętrznego kąta oka, w pobliżu mięska łzowego.

Po trzech, częściej po pięciu godzinach, występują u osobników, dotkniętych gruźlicą, pierwsze oznaki odczynu: spojówka tak gałki, jak i powiek w wewnętrznym kącie oka wyraźnie się zaczerwienia; najsilniej jednak występuje

przekrwienie na mięsku łzowem. Tętniczki spojówki są znacznie rozszerzone, spojówka i mięsko stopniowo brzękną, wydzielają mniej lub więcej obfity wysięk śluzowo-ropny; łzawienie jest zwiększone. Do najwyższego rozwoju dochodzą pomienione zjawiska między godzinami 6 i 10. Po 24—48 godzinach odczyn stopniowo znika i wszystko powraca do stanu prawidłowego.

Badani, jak twierdzi Calmette, bólu w oku nie doświadczają i uskarżają się jedynie na łzawienie i zwiększoną wydzielinę. W niektórych przypadkach odczyn występuje znacznie później, po 12, nawet po 24 godzinach, i znika po 72 godzinach, rzadko jeszcze później. Te późne, zresztą dość rzadkie, odczyny, mogą być jednak bardzo wyraźne. Odczyn wcale nie występuje u osobników charłaczych lub blizkich śmierci.

Tak się rzecz ma u osób, dotkniętych gruźlicą. U wolnych od spraw gruźliczych odczyn, według słów Calmettea, nie występuje wcale; co najwyżej spostrzega się u takich osób tylko lekkie zaczerwienienie spojówki, bez przekrwienia mięska łzowego, bez zwiększonej wydzieliny.

Do 13 lipca r. b. badał Calmette swą metodą 115 chorych, w tej liczbie 36 dzieci i 79 dorosłych. Odczyn dodatni otrzymał u 61, ujemny u 54. Odczyn dodatni otrzymał Calmette raz u chorego na zapalenie stawów zniekształtniające; odczyn ujemny — dwa razy u chorych z lekkiem stłumieniem nad jednym ze szczytów. Prócz własnych, przytacza Calmette i wyniki badań innych autorów, którzy podali mu wyniki swych spostrzeżeń. Badano 85 osób; odczyn był dodatni — w 48 przypadkach, ujemny — w 37. Odczyn dodatni otrzymano raz (Prouff) u alkoholika i raz (Desplats) u cierpiącego na tętniaka tętnicy głównej i leczonego jodem.

Badania Combyego, przeprowadzone nad 132 dziećmi, są zupełnie zgodne z wynikami Calmettea. W dwóch przypadkach Comby, zapuszczając dzieciom kroplę 1% rozczynu tuberkuliny, otrzymał nadmiernie silny odczyn, który trwał do 8 dni; to go zmusiło używać rozczynu 1 na 200 ($^1/_2$%) i przy tym słabszym rozczynie spostrzegał umiarkowane zjawiska odczynu. U badanych 132 dzieci otrzymał Comby wynik dodatni 62 razy, ujemny — 70 razy. Sekcya, zgodnie z wynikiem odczynu, stwierdziła 4 razy obecność sprawy gruźliczej, 6 zaś razy — brak jej. Grasset przytacza 31 spostrzeżeń; pomiędzy niemi otrzymał on odczyn dodatni u chorego na padaczkę, u którego klinicznie nie zdołano wykryć zmian gruźliczych. Citron badał 90 chorych. Wśród 45, u których nie wykryto gruźlicy, raz jeden otrzymał wynik dodatni; z 31 przypadków, w których, według danych klinicznych, była gruźlica, mimo to 6 razy otrzymano odczyn ujemny. Letulle podaje wyniki badania 66 chorych, u których stwierdzono klinicznie zmiany gruźlicze; odczyn oczny dodatni otrzymał Letulle 63 razy, ujemny — 3 razy, w tem: dwa razy u chorych blizkich zejścia śmiertelnego i raz u chorego, w którego plwocinie nie można było wykryć prątków swoistych. Przy tem zaznacza Letulle, iż nie widział zależności pomiędzy siłą odczynu i stopniem rozwoju sprawy gruźliczej.

Należy tu słów parę powiedzieć o tem, jak powstaje odczyn oczny, jakie są jego przyczyny. Już z góry można orzec, iż odczyn oczny jest widomym obrazem walki, jaką ustrój toczy z dostającą się doń tuberkuliną. A że ustrój ludzki jest zdolny wytwarzać środki, do walki tej niezbędne, świadczą o tem badania ostatnich czasów. Prace Arloinga i Courmonta dowiodły, iż surowica osobników gruźliczych zawiera swoiste aglutyniny; a chociaż serodyagnostyka gruźlicy, jak już o tem wspominałem, nie jest jeszcze w praktyce możliwą, nie mniej jednak jest rzeczą pewną, iż ustrój te ciała wytwarza. Czy surowica chorych na gruźlicę zawiera bakteryolizyny, dotychczas ściśle nie rozstrzygnięto; badania jednak, wykonane przez Marzagalliego i Figariego w pracowni Maragliano czynią prawdopodobnem, że i swoiste bakteryolizyny ustrój gruźliczy zdolny jest wytwarzać. Oto są niektóre ze środków, wytwarzanych przez ustrój dla walki z zakażeniem. Ustrój nie zakażony gruźlicą nie posiada tych środków, niezbędnych do walki; gdy zaś zakażenie nastąpi, wytwarza je z czasem, stopniowo. Stąd jest jasnem, dla czego odczyn oczny nie występuje u osobników zdrowych, u których niema gotowego zapasu środków do walki z jadem. Ustrój zaś, dawniej zakażony gruźlicą, który już zdążył wytworzyć niezbędne środki do walki z wrogiem, przy wprowadzeniu tuberkuliny do oka wysyła tam swe niweczniki; część niweczników wytwarzają na miejscu komórki, bezpośrednio podrażnione jadem. Widomym zaś obrazem tej walki staje się odczyn oczny.

Przechodzę do wyników własnych badań, dokonanych częścią w klinikach lekarskiej i chirurgicznej, częścią w szpitalu miejskim w Kijowie. Próby wykonywałem, posługując się »Tuberculin-Test« z Instytutu Pasteura w Lille. Flakonik zawiera 0,005 gr. czystej tuberkuliny. Całą tę ilość rozpuszczałem w 10 kroplach wyjałowionej wody; kropla więc rozczynu zawierała pół miligrama tuberkuliny. Taką ilość wpuszczałem, odciągnąwszy dolną powiekę, do wewnętrznego kąta oka; dolną powiekę przez kilka sekund trzymałem odwiniętą ku dołowi.

Za odczyn dodatni uważam tylko taki, gdy widoczne jest zaczerwienienie mięska łzowego; samo tylko przekrwienie spojówki, bez zaczerwienienia mięska łzowego, nie jest dowodem odczynu dodatniego.

Wszystkich prób wykonałem dotychczas 53. Wyniki w krótkości były następujące:

1. P., 56 lat. Rozpoznanie kliniczne: *Tumor pulmonis sinistri.* (Rozpoznanie anatomiczne: *Sarcoma pulmonis sin.* Ognisk gruźliczych sekcya nie wykryła). Odczyn ujemny.

2. J., 40 lat. Odczyn dodatni.

3. Z., 28 lat. *Endocarditis exacerbata.* Ujemny.

4. W., 25 lat. *Tbc. pulmonum; peritonitis tuberculosa; arthritis tuberculosa.* (W plwocinie liczne laseczniki Kocha). Dodatni.

5. K. *Pleuritis exsudativa serosa chron. sinistra.* (W plwocinie i wysięku laseczników nie wykryto). Ujemny.

6. M., 42 lat. *Pyelonephritis calculosa, hydronephrosis dextra.* Ujemny.

7. W., 26 lat. *Stenosis et insufficientia valvulae mitralis.* Ujemny.

8. B., 35 lat. *Typhus abdominalis.* Ujemny.

9. C., 19 lat. *Tbc. pulmonis dextri; peritonitis chrinica.* Dodatni.

10. B., 49 l. *Osteomyelitis tibiae tuberculosa, tbc. pulmonum.* (W plwocinie laseczniki Kocha). Dodatni.

11. N., 20 lat. *Sarcoma renis.* Ujemny.

12. D., 21 lat. *Orchitis tuberculosa.* Dodatni.

13. R., 24 lat. *Coxitis tuberculosa.* Dodatni.

14. R., 25 lat. *Tumor (carcinoma?) coeci.* (Operacya wykryła: *tuberculosis coeci*). Dodatni.

15. J., 36 l. *Phlegmone manus; arthritis purulenta carporadialis.* Ujemny.

16. C., 27 lat. *Echinococcus hepatis.* Ujemny.

17. Z., 11 lat. *Pleuritis exsudativa serosa acuta.* Ujemny.
18. G. *Vitium cordis.* Dodatni.
19. Z., 26 lat. *Nephritis haemorrhagica chronica.* Dodatni.
20. G. *Vitium cordis.* Ujemny.
21. Z., 38 lat. *Gonitis rheumatica.* Ujemny.
22. S., 22 lat. *Vulnus sclopetarium* (rana postrzałowa). Dodatni.
23. L., 9 lat. *Tuberculosis articulationis talo-tibialis.* Dodatni.
24. B., 28 lat. *Luxatio cubiti inveterata.* Dodatni.
25. N., 26 lat. *Tumor (carcinoma?) testiculi.* Dodatni.
26. W., 30 lat. *Hernia, vitium cordis, pneumonia.* Dodatni.
27. S., 43 lat. *Leucaemia myelogenes.* Ujemny.
28. P., 22 lat. *Cystis lienis (echinococcus?)* Ujemny.
29. B., 22 lat. *Appendicitis acuta.* Dodatni.
30. M., 66 lat. *Neoplasma malignum pulmonis sinistri.* Ujemny.
31. F., 37 lat. *Ulcus ventriculi.* Ujemny.
32. G., 34 lat. *Carcinoma pylori.* Dodatni.
33. W., 39 lat. *Vitium cordis.* Ujemny.
34. S., 45 lat. *Tuberculosis vesicae urinariae.* Dodatni.
35. K., 10 lat. *Tuberculosis calcanei.* Dodatni.
36. B., 11 lat. *Luxatio inveterata cubiti.* Dodatni.
37. R., 12 lat. *Fractura femoris dextri.* Dodatni.
38. T., 9 lat. *Kyphosis tuberculosa.* Dodatni.
39. T., 16 lat. *Ambustura pectoris, abdominis et femoris.* Dodatni.
40. S., 22 lat. *Typhus abdominalis.* Ujemny.
41. K., 25 lat. *Polyposis recti.* Ujemny.
42. S., 17 lat. *Tuberculosis calcanei.* Dodatni.
43. L., 16 lat. *Osteomyelitis acuta femoris.* Dodatni.
44. F., 15 lat. *Osteomyelitis acuta fibulae.* Dodatni.
45. O., 17 lat. *Phthisis pulmonum, haemoptoë.* Dodatni.
46. T., 54 lat. *Phthisis pulmonum.* Dodatni.
47. P., 16 lat. *Enteritis acuta.* Dodatni.
48. K., 22 lat. *Pneumonia tuberculosa.* Dodatni.
49. D., 31 lat. *Febris recurrens.* Ujemny.
50. P., 17 lat. *Enterocolitis catarrhalis acuta.* Ujemny.
51. B., 22 lat. *Pneumonia crouposa.* Ujemny.
52. B., 28 lat. *Intoxicatio c. acido sulfurico.* Dodatni.
53. M., 20 lat. *Typhus abdominalis.* Dodatni.

Tak więc wśród 53 dokonanych prób 31 razy otrzymałem odczyn dodatni, 22 razy — ujemny. We wszystkich 13 przypadkach, gdzie klinicznie rozpoznaną była gruźlica, otrzymałem odczyn dodatni. Prócz tego również dodatni odczyn otrzymałem w 18 przypadkach, gdzie klinicznie mało lub wcale nie było wskazówek obecności sprawy gruźliczej. W jednym z tych przypadków (Nr 14), w którym klinicznie rozpoznano raka kątnicy, operacya, zgodnie z dodatnim wynikiem odczynu Calmettea, stwierdziła obecność gruźlicy kątnicy. Raz jeden sekcya, zgodnie z ujemnym odczynem ocznym, stwierdziła brak sprawy gruźliczej (Nr 1).

W próbach moich odczyn tylko 5 razy wystąpił po 4-5 godzinach; najczęściej występował po 10-12; parę razy — zaledwie po 24 godzinach. Ustępował całkowicie po 2—3 dniach.

W pięciu przypadkach odczyn był bardzo silny, z obrzękiem i zaczerwienieniem powiek, obfitą śluzoworopną wydzieliną, silnem łzawieniem, paleniem i kłuciem. Po 2—3 dniach wszystkie zjawiska ustępowały bez śladu. Podniesienia się ciepłoty, jak również i innych ogólnych objawów, nie spostrzegłem ani razu.

W reszcie przypadków odczyn miał przebieg umiarkowany, łagodny.

Na ogół więc wyniki prób moich są mniej więcej zgodne z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów.

Najtrudniej odpowiedzieć na pytanie, jaką wartość rozpoznawczą posiada odczyn Calmettea. W próbach moich we wszystkich tych przypadkach, w których za pomocą dawnych, klinicznie ścisłych sposobów, rozpoznaną była gruźlica, odczyn oczny dał wynik dodatni, to jest zgodny z rozpoznaniem klinicznem. Lecz jednocześnie otrzymałem odczyn dodatni w tych 18 przypadkach, w których klinicznie nie było wskazówek obecności zmian gruźliczych. Poprzednio już wspomniałem, że u jednego z tych chorych, u którego rozpoznano raka kątnicy, a odczyn Calmettea był wyraźnie dodatni, operacya stwierdziła gruźlicę kiszki ślepej.

Czy więc odczyn oczny jest czulszy, niż dawne sposoby badania i zdoła wykryć ogniska gruźlicze tak drobne, lub tak ukryte, że ich za pomocą innych obecnych metod rozpoznać nie możemy; czy też ten odczyn nie jest swoisty i występuje i tam, gdzie gruźlicy niema?

Pytanie to przyszłość rozstrzygnie, gdy przez wielką liczbę sekcyi można będzie sprawdzić wyniki prób i badań klinicznych. Obecnie to tylko można powiedzieć, że odczyn Calmettea nie usunie dawnych sposobów badania i rozpoznawania gruźlicy, sposobów fizycznych, bakteryologicznych i biologicznych, których dziś używamy; odczyn oczny nie uczyni ich zbytecznymi. Lecz w nowym sposobie przybywa nam jeszcze jeden środek rozpoznawczy, który w wielu przypadkach może oddać wielkie usługi; a każdy lekarz wie, iż rozpoznanie cierpienia tem jest prawidłowsze, im ściślej zostało potwierdzone przez najliczniejsze i możliwie różnorodne sposoby badania.

Zasługa więc Calmettea i jego poprzedników polega na tem, iż podając swój nowy bioskopiczny sposób, zwiększył liczbę środków rozpoznawania tak strasznej choroby, jaką jest gruźlica.

Piśmiennictwo. 1) Calmette: Un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme: L'»ophtalmo-réaction« à la tuberculine. (Presse Méd. 1907, Nr 49). — 2) Calmette, Breton, Painblan, Petit: Utilisation pratique de l'ophtalmo-réaction pour le diagnostic de la tuberculose chez l'homme. (Presse Méd. 1907, Nr 50). — 3) Letulle: L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. (Presse Méd. 1907, Nr 53). — 4) Citron: Ueber Tuberculoseantikörper und das Wesen der Tuberculinreaktion. (Berl. klin. Wochenschr. 1907, Nr 36). — 5) Engel u. Bauer: Erfahrungen mit der von Pirquet'schen Tuberkulinreaktion. (Berl. klin. Wochensch. 1907, Nr 37). — 6) Comby: Oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. (Presse méd. 1907, Nr 64). — 7) Olmer et Terras: Cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Ophtalmo-réaction. (Presse med. 1907, Nr 75). — 8) Ferrand et Lemaire: Etude clinique et histologique de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants (Presse méd. 1907, Nr 78). — 9) Pirquet: Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kinderalter. (Wien. med. Wochenschr. 1907, Nr 28).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 11. grudnia 1907.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 31.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto jednomyślnie Dra Karola Morawskiego.

3) Kol. prym. Borzęcki przedstawia chłopca 10-letniego **ze zmianą barwikową włosów głowy.** Zmiana ta umieszczona w okolicy kości potylicznej przedstawia się w obrębie włosów ciemno-blond jako ognisko wielkości przekroju pomarańczy, barwy czarnej. Skóra w obrębie tej zmiany nie różni się co do ubarwienia od reszty skóry.

4) Nastąpiły wykłady kol. insp. Biera: **O molu mącznym** i 5) kol. Dra Spiry: **O zaburzeniach słuchowych u dzieci.** W dyskusyi brali udział koledzy: Karpiński, Hirsch, Prof. Lewkowicz i prelegenci. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 14/27. listopada 1907.

Przewodniczący kol. Rumszewicz. Członków obecnych 39. Na porządku dziennym: 1) Odczyt kol. Januszkiewicza: **Pharyngitis keratosa punctata** (ukaże się w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Obniski spostrzegał wraz z kol. Trofimowym i Sągajłą podobny przypadek, dotyczący 38-letniej kobiety, który skończył się wyzdrowieniem bez operacyi, przy zastosowaniu płukań (*Tra Menthae*, *Ratanh. i Myrrh.* z gliceryną). — Kol. Sochacki przypomina, że w przypadku Januszkiewicza on właśnie polecił sok cytrynowy, wychodząc z przypuszczenia, iż rozwijanie się choroby, o której mowa, może stać w związku z niedomogą wydzielniczą żołądka, w którym to przypadku wprowadzanie do ustroju kwasów (solnego, jeszcze lepiej niż cytrynowego) byłoby wskazane. — Kol. Sągajło kilkakrotnie z powodzeniem stosował do pendzlowania miejsc dotkniętych, karbolowo-kamforowy rozczyn Chlumskyego. — Prelegent stwierdza, iż w jednym z jego przypadków w istocie pomogło pendzlowanie kwasem cytrynowym, które zresztą w innych razach zawodziło; sądzi, że przy leczeniu omawianej choroby należy unikać środków zwiększających zbitość tkanek, stosując natomiast środki rozmiękczające, któreby ułatwiały wypadanie czopków.

2) Odczyt kol. Byliny: **Odczyn oczny tuberkulinowy, jako środek rozpoznawania gruźlicy** (ogłoszony w dzisiejszym Nr »Przeglądu lekarskiego«).

Dyskusya: Kol. Łążyński zwraca uwagę na pracę Bluma, który stwierdził występowanie odczynu u osób niedotkniętych gruźlicą, cierpiących zaś na jaglicę lub grudkowe zapalenie spojówki. — Kol. Januszkiewicz pyta, czy odczyn nie grozi niebezpieczeństwem oczom wobec tego, że niekiedy występuje nader gwałtownie. — Kol. Rumszewicz nie radzi stosować jakiegokolwiek leczenia przeciwko objawom zapalnym, wywołanym przez odczyn. — Kol. Żebrowski wyraża obawę, aby wobec wielkiej częstości ognisk gruźliczych (90—97%) odczyn nie był zanadto czuły; byłoby rzeczą bardzo doniosłą, gdyby odczyn występował tylko tam, gdzie istnieją ogniska gruźlicze czynne. — Kol. Gilewicz podaje, że na oddziale kol. Sokołowskiego (Warszawa), gdzie stosowano sposób Calmettea w 19 przypadkach, u dwóch chorych z klinicznem rozpoznaniem miażdżycy tętnic odczyn trwał niezwykle długo, a mianowicie u jednego 8 dni, u drugiego przeszło 2 tygodnie. U jednego chorego z kliniki Prof. Wagnera (Kijów) odczyn trwa już tydzień. — Kol. Nowaczek solidaryzuje się z życzeniem, wyrażonem (w »Pam. Warsz. Tow. lek.«) przez Rzętkowskiego i Landaua, aby dokładniejszem zbadaniem sposobu Calmettea zechcieli się zająć okuliści. — Kol. Werbski zapytuje, czy w razie zapalnego stanu spojówki nie należałoby zastąpić metody Calmettea sposobem Pirqueta. — Prelegent odpowiada, że według rady Calmettea stosował jego sposób tylko na zdrowych oczach. Między natężeniem sprawy gruźliczej i odczynu równoległości niema. Występuje on wprawdzie nieraz dość silnie, zwłaszcza u dzieci, lecz wszystko kończy się zwykle pomyślnie w ciągu 1—5 dni. Na ból chorzy się nie skarżą. O zbytniej czułości odczynu nie można mówić, zważywszy, że według Calmettea występuje on w 80% wszystkich przypadków, gdy według anatomo-patologicznych danych Burghardta ogniska gruźlicze zdarzają w 90—97%. Odczyn występować może zresztą także u osób, wolnych od gruźlicy, podczas ostrych chorób zakaźnych z wysoką ciepłotą, a także przy zażywaniu przetworów jodowych i prawdopodobnie także bromowych. W razie zapalnych stanów spojówki można oczywiście stosować zamiast sposobu Calmettea sposób Pirqueta. Nareszcie należy zaznaczyć, że odczyn oczny tuberkulinowy uważany być musi, bądź co bądź, za sposób niewinny w porównaniu z wstrzykiwaniem tuberkuliny.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 22. XI. 1907.

Prezes Radca Dr Fr. Chłapowski zagaja posiedzenie wspomnieniem o ś. p. Drze Antonim Drożyńskim z Piły, który urodzony w r. 1857 w Poznaniu, umiał sobie zjednać na kresach Księstwa powszechne uznanie.

1) Dr Skoczyński demonstruje **odruch Babińskiego.** Odruch ten prawidłowo znajdujemy u dzieci w wieku 1—3 lat. U dorosłych jest on objawem znamiennym przy zaburzeniach mózgu i rdzenia, gdy zajęte są drogi piramidowe. Czasami u chorego nieprzytomnego jest odruch ten jedynym objawem sprawy. Dziwnym sposobem w wypadkach starszych objaw ten ustępuje. Bardzo cennym jest odruch Babińskiego, jako odróżniający histerye (gdzie go niema), od cierpienia organicznego. Jest to objaw korowy, który ujawnia się także przy śpiączce padaczkowej i otruciu hyoscynowem.

W dyskusyi przypomina Dr Święcicki odruchy przy zakażeniu popołogowem. — Dr Skoczyński dodaje, że i przy durze zdarza się odruch Babińskiego, co może polegać na obniżeniu czynności komórek lub też na zajęciu opon. Odruchy skórne są znacznie zawilsze od mięśniowych, a drogi ich dotąd niezupełnie są wyświetlone.

2) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy,** wyjęty u panny 20-kilkoletniej. Wyrostek u podstawy mocno jest zwężony, silnie napięty, z żyłkami krwią nabiegłemi. Operacyę poprzedzały kilkakrotne napady bolu, polegające oczywiście na tem, że treść wyrostka nie mogła się przecisnąć do kiszki. Następnie przecina mowca wyrostek; okazuje się, że wyrostek jest przepełniony ropą. Klinicznie prócz napadów bolu przebiegał przypadek ten bez gorączki i bez objawów zapalnych. Nigdzie też nie było zrostów.

W dyskusyi zaznacza Dr Fr. Zakrzewski, że spostrzegał ten przypadek klinicznie. Wyrostek był bardzo wyczuwalny i łatwo się poruszał. Stan taki jest wskazaniem do niezwłocznej operacyi.— Dr Łazarewicz zapytuje, czy i miesiączkowanie było bolesne, oraz jak należałoby postąpić, gdyby chora była w ciąży? Niektórzy autorowie polecają przerwanie ciąży, co Łazarewicz uważa za gruby błąd. Ł. sądzi, że należy operować i starać się ciążę utrzymać. — Dr Mieczkowski odpowiada, że po operacyi bolesna zwykle regularność tej chorej odbywała się bez bolu; zauważył, że bardzo dobrze można wykonywać operacye wyrostka przy ciąży. — Dr Krysiewicz zwraca uwagę na przyzwyczajenie niektórych lekarzy, żeby badać z silnym naciskiem na powłoki brzuszne. W obecnym przypadku takie badanie byłoby niechybnie wywołało pęknięcie ropnia i śmierć, ponieważ zrosty nie chronią przed rozlaniem ropy. — Dr Alkiewicz z Pobiedzisk wspomina, że dentyści podczas ciąży niechętnie wyrywają zęby. Sam to czynił bez złych skutków. Wśród ludu istnieje zabobonna obawa przed rwaniem zębów w ciąży. — Dr Łazarewicz przyznaje, że w ostatnich miesiącach mogłoby rwanie zębów odruchowo zaszkodzić ciąży. W razie jednak ropowicy należy mimoto ząb wyrwać z obawy przed ogólnem zakażeniem.

3) Wobec spóźnionej pory cofa Dr Chłapowski swój odczyt: **„O wpływie soli na zapalenie nerek“,** wspomina natomiast **o odczynie spojówkowym** Calmettea i prosi o przysyłanie odpowiednich chorych do lecznicy Towarzystwa społeczno-higienicznego. — Dr Dandelski zaznacza, że już tego rodzaju próbami się zajmował. Uważa je za nieszkodliwe, jednakowoż przy starej gruźlicy odczyn zawodzi. — Łazarewicz odczyn ten uważa za mniej dokładny, niż przy wstrzyknięciu tuberkuliny.

Następują sprawy zawodowe. Dr Łazarewicz zdaje sprawę z nadzwyczajnej składki. Pozostały fundusz zostaje zachowany na nadzwyczajne wydatki Wydziału. Radca Dr Panieński zdaje sprawę z dalszego ciągu akcyi w sprawie wolnego wyboru lekarzy, od którego według projektu lipskiego Związku lekarskiego, Polacy lekarze mieli być usunięci. Wreszcie Dr Karwowski przypomina lecznicę Towarzystwa społeczno-higienicznego i prosi o przysyłanie do niej próbek lekarstw, nadsyłanych kolegom przez fabryki.

Zebranie w d. 6. XII. 1907 r.

W nieobecności prezesa zagaja zebranie sekretarz Dr Łazarewicz, zawiadamiając, że Radca Dr Gąsiorowski ofiarował Wydziałowi portret ojca swego. Dr Święcicki zaznacza, że ś. p. Dr Ludwik Gąsiorowski należał do najwybitniejszych lekarzy swojej doby, którego pamięć, jako serdecznego przyjaciela nieśmiertelnego Karola Marcinkowskiego, jako założyciela Towarzystwa ku ochronie biednych dzieci i t. d., głęboko zapisana jest w dziejach naszej dzielnicy.

1) Dr Skoczyński przedstawia chorego z lecznicy Towarzystwa społeczno-higienicznego z porażeniami i zmianami w dziedzinie czucia. Przed 3 laty chory uczuł drętwienie palców lewej nogi i począł powłóczyć nogą. W szpitalu sprawa się poprawiła i latem czuł się chory dobrze; jesienią znowu nastąpiło pogorszenie. Następnego lata miał się chory znów dobrze, aż obecnie osłabienie nagle z lewej nogi przeszło w prawą. Czucie obecnie

w lewej nodze jest prawidłowe, w prawej obniżone. Czucie dotyku niezmienione, brak czucia drgania diapazonu. Tego rodzaju objawy znamionują **uszkodzenie połowy rdzenia**, zdarzają się zaś **przy kile**. W istocie zbadanie cieczy rdzeniowej stwierdziło liczne limfocyty, a przeprowadzone przez Dra Karwowskiego badanie narządów stwierdziło w gruczołach łokciowych i przysutkowych znamienne obrzmienia, choć chory o przebytej kile nic nie wie i nigdy się nie leczył. Szybkie działanie jodu i rtęci potwierdziło rozpoznanie.

Dyskusya: Dr Łazarewicz zapytuje, jakiego rodzaju uszkodzenie kiłowe referent przypuszcza? — Dr Święcicki przypomina polską nazwę: »strojnik« zamiast diapazon. Według nowszych badań ciepło i zimno przewodzą osobne włókna nerwowe. S. zapytuje, czy badano kręgi weberowskie, oraz, czy podczas napadów odżywianie mięśni cierpiało, wreszcie jaka była sprawność pęcherza. — Dr Pomorski w przedstawionym płynie rdzeniowym widzi także komórki szpikowe (Markzellen) i zapytuje, czy referent badał chorego prądem galwanicznym. — Dr Skoczyński odpowiada: Z prac Goldscheidera wynika, że prawdopodobnie istnieją odrębne włókna nerwowe, przewodzące czucie ciepła i zimna. Przy syringomyelii czasami tylko jeden rodzaj czucia zamiera. Kręgi weberowskie są w danym przypadku nie zmienione (odnoszą się tylko do dotyku). S. nie zauważył zaniku mięśni. Ponieważ jeden kilak leży prawdopodobnie w okolicy XI. kręgu, drugi zaś (ramię było także lekko osłabione) w odcinku szyjnym rdzenia, nie potrzeba było badać odczynu zwyrodnienia prądem galwanicznym, ponieważ ośrodki dla kończyn dolnych leżą niżej. Przemijająco miał chory zaburzenia pęcherzowe. Limfocyty w płynie rdzeniowym zdarzają się także przy kile mózgu, wiądzie i porażeniu postępującem. — Dr Karwowski dodaje, że także przy półpaścu znaleziono limfocyty w płynie rdzeniowym, co w danym razie mogłoby pomylić rozpoznanie rzekomo kiłowych innych objawów. Wspomina także, że badania płynu rdzeniowego, podjęte przez niego i przez innych autorów celem odszukania krętków bladych przy wiądzie, dotąd nie dały wyniku, atoli, jak zaznacza też Dr Łazarewicz, znaleziono t. zw. antigeny. — Dr Skoczyński na zapytanie Dra Święcickiego dodaje jeszcze, że nie spostrzegał dotąd wpływu rtęci na limfocytozę płynu rdzeniowego.

2) Dr Łazarewicz przedstawia nowy **przyrząd Doederleina do pokrycia pola operacyjnego gaudaniną** po myciu formaliną benzynową Littauera. Do rąk najlepsze są rękawiczki gumowe.

W dyskusyi zaznacza Święcicki, że rękawiczki w razie nakłucia są o tyle niebezpieczne, że z rąk mogą się dostać zarazki do rany. S. radzi spróbować płynu Schumburga z kwasem azotowym, który unieruchomia zarazki na skórze. Główną zaletą przyrządu jest, że wałkuje znakomicie gaudaninę, a przez to tworzy cienką warstwę. — Dr Pomorski chwali wyniki Doederleina, zauważa jednak, że benzyna pali skórę. — Dr Karwowski podnosi mało wśród publiczności znane własności benzyny przy chorobach skóry. Benzyna znakomicie czyści skórę z resztek maści itd., a nawet w ostrym wyprysku rzadko kiedy pali. — Dr Łazarewicz wspomina o niewybuchającym benzynoformie; próbował płynu Schumburga, benzynę jednak uważa za lepszą. Do odkażenia skóry koniecznym jest wyskok.

3) Dr Pomorski podnosi z uznaniem, że prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz z okazyi ślubu swego ofiarował 1000 M. na »Pomoc koleżeńską«, Dr Święcicki zaś wspomina o tak miłym dla nas objawie sympatyi ze strony kolegów galicyjskich. Wreszcie przyjęto nowego członka Dra Łuczkowskiego z Miejskiej Górki. *Dr Adam Karwowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *ogłasza następującą odezwę:*

Sprawozdanie z administracyi znaczków receptowych za rok 1907 świadczy wymownie, że zapał do tej sprawy, początkowo duży, zmalał bardzo w ubiegłym roku. A przecież dochód ze znaczków przeznaczony jest na zaspokojenie najpilniejszej potrzeby zawodowej, na złagodzenie nędzy niezaopatrzonych wdów i sierót po zmarłych naszych kolegach. I zdawałoby się, że zapał dla tej sprawy róść powinien z roku na rok; niestety cyfry świadczą, że i na tem polu sprawdziła się nasza znana wada narodowa: działanie pod wpływem chwilowego zapału i uniesienia, dające w pierwszej chwili olśniewające wyniki, spadające jednak wnet do zera. Nie dlatego, by myśl okazała się złą, lecz dla braku wytrwałości i męskiego hartu. Ta wada, o którą się rozbijają w naszem skołatanem społeczeństwie i wielkie i małe przedsięwzięcia, ten nasz osławiony słomiany ogień jest przyczyną, że społeczeństwo nasze, zdolne do wielkich i szlachetnych, ale chwilowych porywów, nie umie jednak wydać z siebie silnych organizacyi, działających szereg lat z równą energią. Z temi wadami raz zerwać należy, jeśli nie mamy być pośmiewiskiem dla siebie i obcych.

My lekarze powinniśmy udowodnić, że ta choroba jest uleczalną, że wadę tę można usunąć, że potrzeba tylko chcieć zapanować nad sobą, że potrzeba ćwiczyć swą wolę. Zacznijmy od sprawy, tak żywo stan lekarski obchodzącej, od sprawy zbierania funduszu dla wdów i sierót po naszych kolegach. A więc 1) kupujmy znaczki receptowe, ale tak, aby każde następne sprawozdanie wykazywało coraz większą liczbę sprzedanych znaczków. 2) Składajmy na ten cel datki noworoczne. 3) Działajmy na innych, by w tym duchu postępowali. 4) Wzbudźmy zajęcie dla tej sprawy w kołach przemysłowych (wyrób środków krajowych, zarządy kąpielowe, wody mineralne i t. d.) i nakłaniajmy je do systematycznego używania znaczków 1-halerzowych na swych wyrobach [1]). Tak postępując, dowiedziemy, że wada »słomianego ognia« da się wyplenić; a wyplenienie jej to fundament nietylko przyszłości zawodowej, ale i przyszłości narodowej.

Z Wydziału Tow. Samopomocy.

Sekretarz *Dr Flis.* Wiceprezes *Dr Damski.*

Zjazd Związku galicyjskich lekarzy rządowych odbył się 27. i 28. XII. 1907 we Lwowie. Na pierwszem posiedzeniu miał Dr Obtułowicz odczyt **o potrzebie nowej ustawy o zakładaniu i utrzymywaniu cmentarzy.** Porównawszy przestarzałe po części, a wogóle niedostateczne przepisy austryackie z przepisami niemieckimi i wymogami współczesnej higieny, przedłożył prelegent wnioski, aby ustawa przepisywała zakładanie i utrzymywanie cmentarzy zasadniczo w każdej gminie (wyjątek mogłyby stanowić tylko gminy małe i od cmentarza najdalej 3 klm. odległe), chowanie zmarłych na choroby zakaźne na cmentarzu miejscowym, zezwalanie na ekshumacyę i przewożenie takich zwłok najwcześniej po roku, przewożenie zmarłych na choroby niezakaźne na odległość ponad 7 klm. za interwencyą starostwa; dalej, aby ustawa uprościła sposób postępowania przy wywłaszczaniu gruntów na cmentarze, które powinny być zakładane w oddaleniu najmniej 100 m. od budynków mieszkalnych i większych gościńców. — Po obszernej dyskusyi, w której przemawiali Dr Jabłoński, Dzikowski, Kramarzyński, Bory, Czyżewicz, Lachowicz, Wurst, Jarocki, Gawlikowski, Szajnowski, Szczepański i Krzyżanowski, przekazano wnioski prelegenta Wydziałowi Związku celem szczegółowego opracowania i przedłożenia Namiestnictwu lub Krajowej Radzie zdrowia.

W drugim dniu Zjazdu przedstawił R. dw. Dr J. Merunowicz: **Nowsze poglądy na dur brzuszny i sposoby zapobiegania szerzeniu się tej choroby.** W wykładzie tym, rozpatrzywszy historyę poglądów epidemiologicznych, zwrócił prelegent uwagę na wyniki badań najnowszych i na oparte na nich zdanie, które przeważało na ostatnim międzynar. Zjeździe higienicznym w Berlinie, że w szerzeniu się duru nie odgrywa woda do picia roli tak bardzo przeważnej, jak do niedawna sądzono, lecz że wielkie znaczenie mają stosunki lokalne i bezpośrednie lub pośrednie zakażanie się od chorych. Prelegent zaleca przeto, by przy zwalczaniu duru nie ograniczać się do nadzoru nad wodą do picia, mlekiem i t. d., lecz starać się także o ogólną poprawę stosunków sanitarnych. — W obszernej dyskusyi, w której przemawiali: Dr Barzycki, Nycz, Bory, Dzikowski, Gawlikowski, Sękiewicz, Merunowicz jun., Kramarzyński, Obtułowicz, Lachowicz i Czyżewicz, podnoszono, że uwzględniając najnowsze poglądy badaczy niemieckich, nie należy ich jednak przeceniać i że z dotychczasowych środków zapobiegawczych nie należy żadnego pomijać; wskazano też na to, że niektóre epidemie u nas są prawdopodobnie epidemiami paratyfusu, związanemi z zatruciami zepsutem mięsem; dokładnie jednak częstości paratyfusu niestety określić nie można wobec braku zakładu badania chorób zakaźnych, któryby był w Galicyi konieczny i który powinien założyć rząd.

[1]) Zamówienia na znaczki receptowe, recepty ze znaczkami, rachunki lekarskie i na znaczki 1-halerzowe nadsyłać należy do Towarzystwa Samop. lekarzy — Radziwiłłowska 4 — jak również i datki noworoczne.

W dalszym ciągu przyjął Zjazd sprawozdanie Wydziału Związku (sprawozdawca Dr Obtułowicz), sprawozdanie kasowe (nadwyżka kasowa 991 K.), uchwalił wysłać z początkiem roku 1908 do władz i klubów parlamentarnych w Wiedniu deputacyę, która przedłoży postulaty lekarzy rządowych, wydrukować i rozesłać posłom memoryał w tej sprawie, przyczem solidarnie ze Związkiem galicyjskim ma postępować Związek lekarzy rządowych Bukowiny. Wreszcie polecono Wydziałowi, aby wyjednał u władz ankietę, którąby zbadała zasady projektowanej ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych ze względu na interesa i stosunki naszego kraju. (Uchwała ta zgadza się z uchwałą Tow. lek. krakowskiego w tejże sprawie). Na rok 1908 wybrano Wydział Związku w tym samym składzie i uchwalono wkładki w dotychczasowej wysokości (1/2 prc. pensyi). Na fundusz wdów i sierót po lekarzach rządowych zebrano składkę 100 K., a Dr Barzycki ofiarował na ten cel dochód z dalszej rozprzedaży swego dzieła p. t. »Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych«, za co Mu Zjazd wyraził gorące podziękowanie. *C.*

Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy *przesyła nam następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

W dniu 18. XII. 1907 odbyło się we Lwowie w obecności adwokata krajowego Dra Włodzimierza Tuckiego I. Walne Zebranie członków nowozawiązującego się Tow. Wzaj. Pom. lek. gal., stowarzyszenia zarejestrowanego z ograniczoną poręką, którego głównym celem jest wprowadzenie funduszu emerytalnego lekarskiego i administracya tymże funduszem. — Ogólna cyfra dotychczasowych definitywnych deklaracyi przystąpienia, jakoteż warunkowych deklaracyi, nadesłanych przez zwolenników idei Towarzystwa, wynosi 128, zgłoszonych przeważnie przez lekarzy, należących do Izby wschodnio-galicyjskiej, gdzie głównie przeprowadzono agitacyę.

I. Walnemu Zebraniu przewodniczył Dr Jan Porajewski z Liska, sekretarzem zaś był Dr Juliusz Linsker ze Stryja. — Po zasięgnięciu opinii adwokata co do kompetencyi zgromadzenia, powzięto następujące ważne uchwały, obowiązujące ogół definitywnie zdeklarowanych członków: 1) Towarzystwo Wzaj. Pomocy zostaje niniejszem powołane do życia z programem, określonym we wstępnem przemówieniu Dra Adolfa Wątorka ze Lwowa. — 2) Walne Zebranie upoważnia Dra A. Wątorka do zmodyfikowania przy pomocy syndyka Towarzystwa i prawników pierwotnego projektu statutu Towarzystwa w myśl życzeń większości zdeklarowanych członków, wyrażonych w czasie półrocznej agitacyi, przedsięwziętej przez Dra A. Wątorka, i do rozesłania zmodyfikowanego statutu Towarzystwa wszystkim zdeklarowanym członkom celem zasięgnięcia ich opinii, tak, aby tekst statutu w zupełności wykończony, mógł być na II. Walnem Zebraniu Towarzystwa, po ostatecznej dyskusyi na temże Zebraniu definitywnie przyjęty i przez notaryusza w sądzie handlowym w rejestr wpisany. — 3) Wyznacza się ścisły termin II. Walnego Zebrania Towarzystwa na dzień 25. stycznia 1908 (sobota).

Dr Adolf Wątorek,
tymczasowy kierownik i organizator Tow. Wzaj. Pom. lek. gal.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie, obecnie liczące 366 członków, doszło ku końcowi pierwszego roku swego istnienia (1907) prawie całej pełni swej działalności.

Zarząd stanowią następujący koledzy: Dunin (prezes), Nussbaum (wiceprezes), A. Przyborowski (skarbnik), Bronowski (sekretarz), Chełchowski, Bronisław Sawicki, Szumlański, Jakimiak, Hewelke, Kosmowski, Sokolowski i Leśniowski.

Zorganizowane zostały i działają następujące komisye: I. Sąd koleżeński, który tworzą: Nussbaum (prezes), Jakimiak (wiceprezes), Winiarski (sekretarz), Gabszewicz, Kamocki, Ciechomski, Bronowski, E. Zieliński, Bączkiewicz, Dobrzycki, Jaworski, Gajkiewicz, Łapiński, Giedroyć i Męczkowski. II. Komisya rewizyjna: Fr. Kijewski, Kucharzewski, Sadowski i Adam Ciągliński. III. Komisya wyborcza: Kozerski (prezes), Ciechomski, Gabszewicz, Bączkiewicz, Sławiński, Brunner Wł., Kuczyński, Leśniowski, Gajkiewicz, Kamieński, Przyborowski A., Horodyński, Rzętkowski, Staniszewski, Korniłowicz, Zembrzuski L., Żurakowski Witold, Ryłko, Flatau, Dąbrowski Witosław, Dytel, Rajchman, Gruszczyński i Erbrich. IV. Komisya dla opracowania projektu Kasy i ubezpieczeń dla lekarzy: Dunin, Sokołowski, Szumlański, J. Zawadzki, Winiarski, Lubliner, Manduk, Dobrski i Luxenburg. V. Komisya dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej: St. Markiewicz, Biro, Łazarowicz, Paderewski, Polak, Winiarski, Żenczykowski, Chełchowski i inżynier Simon. VI. Komisya t. zw. handlowa: Sawicki (prezes), Rejchstejn, Barszczewski, Rzętkowski, A. Żurakowski, A. Przyborowski, Leśniowski, Kurtz i Sierpiński. VII. Komisya t. zw. towarzyska: Szumlański, Kozerski, Lipszyc, Kaczkowski, Kurtz, Kucharzewski, Rembieliński i Skowroński.

Prócz powyżej przytoczonych komisyi czynne są: *A.* Koło lekarzy szkolnych. *B.* Wydział spraw bytu materyalnego lekarzy, w których udział członków Stowarzyszenia nie jest ograniczony. Prezesem Koła lekarzy szkolnych jest kol. St. Markiewicz, sekretarzem zaś kol. Knappe. Sekretarzami zaś Wydziału spraw bytu materyalnego lekarzy są koledzy J. Zawadzki i Łazarowicz.

Cel i działalność dotychczasową poszczególnych komisyi należy wyjaśnić w kilku słowach. Komisya dla opracowania projektu Kasy i ubezpieczeń dla lekarzy wypracowała projekt Kasy chorych lekarzy. Według tego projektu potrzebna suma dla Kasy ma być zebrana przez opodatkowanie recept i blankietów lekarskich. Ponieważ jednakże projekt ów ze względu na sposób opodatkowania się spotkał się na zebraniu ogólnem stowarzyszonych w d. 2. XI. 1907 z różnymi zarzutami, przyczem zalecano opodatkowanie się od dochodów z praktyki lekarskiej, przeto zarząd Stowarzyszenia uchwalił zaprosić stowarzyszonych jeszcze na kilka zebrań, na których będą rozpatrzone dokładnie oba sposoby opodatkowania się. Rzecznikiem opodatkowania się od recept i blankietów jest kol. J. Zawadzki, rzecznikiem zaś opodatkowania się od dochodów kol. Rosenberg. — Komisya dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej zajmowała się dotąd głównie krytyką projektu rządowego pom. lek. dla ludności fabrycznej, który miał być przedstawiony byłej drugiej Dumie państwowej. Swoje zarzuty i umotywowane postulaty przesłała w swoim czasie komisya przedstawicielstwu polskiemu w drugiej Dumie w Petersburgu. Następne zaś prace komisyi będą poświęcone wypracowaniu własnego projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej Królestwa Polskiego. — Komisya t. zw. handlowa ma za zadanie utworzyć przy »Stowarzyszeniu«: 1) skład najpotrzebniejszych artykułów lekarskich, 2) biuro pośrednictwa sprowadzania przedmiotów niezbędnych, jak książki, czasopisma, narzędzia, oraz wysyłania narzędzi do naprawy. Po kilku posiedzeniach uchwaliła komisya na razie wejść w porozumienie z firmami już istniejącemi w Warszawie, ofiarując im tytuł dostawcy »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w zamian za: *a*) pewne ustępstwa cen dla członków »Stowarzyszenia«; *b*) dostarczanie i trzymanie na składzie żądanych przedmiotów; *c*) poddanie się kontroli co do gatunku sprowadzanych materyałów. — Komisya t. zw. towarzyska ma na celu urządzać rozrywki i zebrania towarzyskie członków »Stowarzyszenia« w lokalu własnym. Dotąd odbyły się dwa nader liczne i ożywione zebrania koleżeńskie. W d. 2. I. 1908 ma się odbyć wspólna koleżeńska »choinka«. — Wydział spraw bytu materyalnego lekarzy zorganizował 7. XI. 1907 komisye dla poszczególnych spraw, o czem »Przegląd« donosił już poprzednio. Obradowano też już nad sprawą stosunku lekarzy do publiczności; referowali koledzy: Chrostowski, Dunin i Wisłocki. Opracowane już sprawy będą przedstawiane zarządowi »Stowarzyszenia«, który (w razie potrzeby po ponownych obradach na konferencyach ogólnych) przedstawi je ogólnemu Zebraniu dla zatwierdzenia (resp. odrzucenia) i wprowadzenia w życie. — Koło lekarzy szkolnych zajmuje się higieną szkolną i sprawami lekarskiemi ze szkolnictwem związanemi. Koło odbyło już kilka posiedzeń, na których wygłoszono kilka referatów. Sprawę z działalności Koła zdawać będzie w »Przeglądzie« uproszony kol. W. Knappe. *Dr S. Bronowski.*

Miejskie biuro sanitarne w Jarosławiu ogłosiło sprawozdanie za r. 1906, zestawione pracowicie przez dra S. Rossbergera, II. lekarza miejskiego, a przejrzane przez Dra Turzańskiego, lekarza naczelnego. Jarosław, liczący obecnie 24.906 ludności na przestrzeni 2747 ha miał w r. 1906 śmiertelność ogólną 21·5‰, ludności miejscowej 11·9‰. Najznaczniejszą była śmiertelność z gruźlicy i choleryny niemowląt. Choroby zakaźne, grasujące w drugiej połowie roku (odrę, płonicę) zwalczano środkami, jak ze sprawozdania wynika, bardzo energicznymi. W ciągu całego roku nie było ani jednego przypadku ospy, ani duru brzusznego (niewątpliwie dzięki troskliwemu nadzorowi nad studniami i t. d.). Zbliżająca się cholera dała pożądaną sposobność do całego szeregu skutecznych zarządzeń asanacyjnych. Z dzieci (418), które należało szczepić krowianką, uchyliło się od szczepienia tylko 8. Równie godny pozazdroszczenia był wynik działalności biura sanitarnego co do nadzoru nad środkami spożywczymi: wykonano rewizyi sanitarnych 742, na ich podstawie odbyło się 112 rozpraw karnych, zakoń-

czonych w 79 przypadkach zasądzeniem winnych, 34 konfiskatami i 2 razy zamknięciem lokalu. (I sędziów można Jarosławiowi zazdrościć!) Sprawozdanie zawiera dalej dane o nadzorze nad prostytucyą, leczeniu ubogich, szpitalach, studniach (których prowadzi się ewidencya), ruchu budowlanym, czyszczeniu miasta, higienie szkół, a kończy się szeregiem praktycznych wniosków. *R.*

(Gdybyżto wszystkie nasze większe miasta prowincyonalne pójść chciały za przykładem tych kilku, które zdają sprawę z pracy swych lekarzy i jej wyników, a do których teraz przybywa Jarosław! Ogłaszanie sprawozdań sanitarnych ze wszystkich naszych miast dałoby nietylko obraz ich stanu i postępu pod tym względem, dziś jeszcze niejasny, ale, co ważniejsza, przyniosłoby tę ogromną korzyść praktyczną, jaką zapewnia każda publiczna kontrola i każda szlachetna emulacya. Lekarze miejscy na prowincyi, starając się o ogłaszanie swych sprawozdań, mieliby zarazem w ręku dobry środek, aby dodać bodźca do energiczniejszej pracy i większej ofiarności zarządom gmin, na polu sanitarnem opieszalszym. Od kilku lat posiadamy też sposób, aby cenny materyał, jaki stanowić mogą takie sprawozdania miejskich biur sanitarnych, nie rozpraszał się w ulotnych broszurach; zbierałby się on w jednem ognisku, gdyby te miasta, które ogłaszają już swe sprawozdania sanitarne i te, które do ich ogłaszania się poczują, zechciały kwoty, obracane na druk sprawozdań, przeznaczyć na subwencyę dla lwowskiego »Przeglądu higienicznego« z warunkiem, by za to w swoich łamach owe sprawozdania pomieszczał. Miasta nie wydałyby przez to wiele więcej na swoje sprawozdania, z którychby łatwo otrzymać mogły odbitki, a w »Przeglądzie«, bez obarczania go żadnym ciężarem, możnaby mieć istotnie przegląd stosunków higienicznych naszych miast. Złączone z tem zwiększenie ram pisma pozwoliłoby może nawet uzyskać na druku pewne oszczędności, któreby »Przeglądowi« posłużyły do dalszego rozwoju. Myśl, tu rzucona, dałaby się, sądzę, łatwo urzeczywistnić.

By jednak więcej naszych miast prowincyonalnych zechciało poświęcić corocznie pewną sumę na druk sprawozdań sanitarnych, trzebaby przykładu z góry. A tymczasem w Krakowie nic nam niewiadomo o takich sprawozdaniach fizykatu, a we Lwowie pierwsza próba (może zbyt szeroka, ale usprawiedliwiona zeszłorocznym Zjazdom lek. i przyr. polskich) wywołała w Radzie miasta widoczne »oszczędnościowe« niezadowolenie. A przecież poprostu wstydem jest, że w tak ważnej sprawie miasta nasze »stołeczne« dają się ubiedz nawet innym miastom w kraju, nie mówiąc o zagranicy! *Ciechanowski*).

Nieczytelność recepty lekarskiej dała niedawno w Berlinie powód do procesu karnego. Oskarżonym o uszkodzenie ciała i przekroczenie przepisów aptekarskich był pomocnik aptekarski. Skarga była wynikiem całego szeregu nieporozumień, wywołanych nieczytelnością recepty. Pewien kupiec zachorował na czeraki. Lekarz przepisał mu przetwór drożdży piwnych, zwany »furunkulin«. Z recepty, bardzo nieczytelnej, odcyfrował aptekarz przy pomocy lupy pierwszą głoskę »fo« — (bo w dodatku lekarz zamiast »furunkulin«, napisał »forunkulin«) — i koniec słowa »lin«, a z farmakopei przekonał się, że istnieje tylko jedyny przetwór, którego nazwa zaczyna się na »fo«, a kończy na »lin«, a mianowicie »formalin«, stosowany tylko zewnętrznie. Tak też odczytał receptę drugi aptekarz, przyzwany do rady. Wydano więc formalinę, przylepiając na flaszeczce znaczek: »zewnętrznie«. Mimo napisu na flaszeczce zażywał chory kupiec lek wewnętrznie łyżeczkami od kawy i z tego powodu kilka dni chorował. W sądzie pierwszej instancyi dowodził obrońca, że jest powszechnym zwyczajem w aptekach, iż nieczytelne recepty odczytuje kilku aptekarzy, a jeśli się w odczytaniu godzą, lek się bez zastrzeżeń wydaje. W drugiej instancyi znawcy potwierdzili to, co w pierwszej wywodził obrońca. Sąd jednak orzekł, że aptekarz jest bezwzględnie obowiązany przestrzegać przepisu ustawy, zalecającego wyraźnie, by aptekarz w przypadkach wątpliwych zawsze zwracał się do lekarza ordynującego i lek wydawał dopiero po jego wyjaśnieniu. Uwzględniono jednak okoliczności łagodzące i skazano oskarżonego na 20 marek grzywny. *Stahr.*

Wyrok saskiego lekarskiego sądu honorowego potępił pewnego lekarza za to, że na szyldzie swoim umieścił dopiski »On parle français« — »English spoken«, bo dopiski te są zdaniem sądu reklamą, niegodną stanu lekarskiego. Nie wszyscy jednak lekarze godzą się na to zapatrywanie sądu, a to dlatego, że w dopiskach tych dopatrują się nie reklamy wiadomości lekarskich, tylko wiadomości językowych. *Stahr.*

W sprawie tajemnicy lekarskiej. Przedstawienie pewnego przypadku w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem wysunęło znowu na porządek dzienny sprawę tajemnicy lekarskiej. Jeden z członków przedstawiał przypadek zbrodniczego sztucznego poronienia z obrażeniem macicy. Przewodniczący Towarzystwa przerwał demonstracyę, wychodząc z założenia, że w ten sposób podaje się do wiadomości publicznej zbrodnię, powierzoną lekarzowi tylko w zaufaniu, i oświadczył, że wzmiankę o demonstracyi skreśli z protokołu posiedzenia. Na drugi dzień jednak rozmyśliwszy się, zawiadomił prelegenta, że doniesienie jego w całości zostanie pomieszczone w protokole. Sprawę tę możnaby uważać za załatwioną, gdyby przy tej sposobności nie było powstało nowe pytanie, o ile publikacye naukowe mogą stać w sprzeczności z tajemnicą lekarską i o ile ich w takim razie należy unikać. Pytanie to ma dwie strony: prawną i etyczną. Prawo łatwo zadowolnić. Odpowiedni przepis ustawy grozi lekarzowi karą pieniężną lub więzieniem, jeśliby zdradził bez pozwolenia tajemnice prywatne, które mu powierzono z tytułu jego urzędu, stanowiska lub zawodu. Otóż jeśli lekarz ogłasza jakiś przypadek drukiem lub przedstawia na posiedzeniu w Towarzystwie naukowem tak, że nikt nie może poznać przedstawianej osoby, jeśli nadto odbywa się to za zgodą chorego, to żaden sędzia nie znajdzie znamion przestępstwa. W danym przypadku naturalnie nie wymieniono nazwiska chorej, powiadomiono ją naprzód, co się z nią stanie, zgodziła się na demonstracyę, wśród której miała twarz zupełnie zasłonioną i zgodziła się nawet na to, że ją w osobnym pokoju w obecności jej ordynaryusza kilku lekarzy zbada. Podniesiono jednak w danym przypadku zarzuty natury etycznej, a mianowicie, czy przecież nie było możliwem poznać przedstawioną osobę i czy zatem w ten sposób mimowoli lekarz nie zdradził tajemnicy. Możliwości tej nie można stanowczo wyłączyć; posiedzenia naukowe, chociaż się odbywają w zamkniętem kole, nie są od świata zewnętrznego oddzielone nieprzebytym murem. Prelegent dzieli się swemi tajemnemi wiadomościami z całem gronem obecnych, a są Towarzystwa liczące i wyżej 1000 członków. Wprawdzie słuchacze — koledzy są moralnie obowiązani, równie jak wykładający, do zachowania tajemnicy, ale prawo za złamanie tajemnicy nie może ich ścigać, nadto zawsze w sali wykładowej może się znaleźć przypadkiem nie lekarz, n. p. służący lub pomocnik lekarski, a wreszcie przecie łatwo ktoś może widzieć przedstawianą chorą, kiedy wchodzi do domu Towarzystwa lekarskiego i potem łatwo się domyśleć, o kogo idzie. A więc możliwość mimowolnego zdradzenia tajemnicy istnieje. Co wobec tego robić? Oto przedstawiać takie przypadki ile możności jak najostrożniej. Należy tu przypomnieć o jednym sposobie publikowania, który tych ostrożności wymaga jak najwięcej, a mianowicie o fotografowaniu. Często w pismach widzimy fotografie osób chorych takie, że z nich nadzwyczaj łatwo można je poznać, może często wbrew ich życzeniu i interesowi, n. p. z wrzodami kiłowymi lub osutkami twarzy. I dlatego powinno się fotografować twarz, jeśli tego już koniecznie potrzeba, tylko częściowo. *Stahr.*

Z państwa partactwa leczniczego. Według sprawozdania saskiego kollegium medycznego za r. 1905 liczba partaczy, która w r. 1903 wynosiła 1065, w roku 1904 opadła na 991, a podniosła się znowu w r. 1905 do 1132. Znacznie więcej przybyło w r. 1905 Saksonii partaczy, niż lekarzy. *Stahr*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. do 28. XII. 1907 doniesiono o 17 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie: pow. Gródek (Uherce niezabitowskie 7), Jaworów (Zawadów 4, Hruszowice 1, Drohomyśl 1), Czortków (Rydoduby 3), Sniatyn (Dżurów 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. XII. 1907 było przypadków: płonicy 1, duru brzusznego 2 † 1, krztuśca 5, błonicy 3 † 1, ospianki 1, nagm. zapalenia ślinianek 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 22. XII. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 7, płonicy 26 † 1, odry 9, duru osutkowego 1 (obcy), duru brzusznego 2, nagm. zapalenia opon † 2. — Od 22. do 28. XII. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 2 † 1, płonicy 28 † 1 (w tem obcych 1 † 0), odry 11 † 1 (2 † 0), duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 3 (3), nagmin. zapalenia opon † 1. *L.*

Cholera w Kijowie wygasła.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Uroczyste posiedzenie jubileuszowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 28. XII. 1907 w tymsamym gmachu ratuszowym, w którym przed 40 laty zebrali się lekarze lwowscy dla zawiązania Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na posiedzenie przybył Prezydent miasta, p. Ciuchciński, delegaci: Towarzystwa lek. krakowskiego prezes Dr Borzęcki, Wydziału lek. poznańskiego Towarzystwa przyjaciół nauk i Redakcyi »Nowin lekarskich« Radca Dr Franciszek Chłapowski, Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski, wszystkich lwowskich korporacyi lekarskich z dziekanem Wydziału lek. Prof. Bądzyńskim, prezydentem Izby lekarskiej i kraj. Rady Zdrowia Dr Festenburgiem i prezesem Rady Zaw. Towarzystwa lek. galic. R. Dw. Dr Merunowiczem na czele, Prof. Dr Browicz z Krakowa, przedstawiciele kilkunastu prowincyonalnych sekcyi Towarzystwa lek. galic., wśród nich posłowie Dr Jabłoński i Wurst, dalej Dr Danielski, Dzikowski, Hirschler, Milewski, Momidłowski, przedstawiciele kół lekarskich wojskowych, Towarzystw farmaceutycznych pp. Sklepiński, Włodzimirski, Dr Piepes-Poratyński, Towarzystwa higienicznego lwowskiego prezes Dr Obtułowicz i t. d. Wszystkie polskie Towarzystwa i czasopisma lekarskie nadesłały pisma i telegramy gratulacyjne. Posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa lek. lwowskiego, Prof. Dr Głuziński, podniosłem przemówieniem, w którem ujął treściwie dzieje i podniósł znaczenie polskich Towarzystw lekarskich wogóle, scharakteryzował dotychczasową działalność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i nakreślił zadania jego w najbliższej przyszłości. Następnie ogłoszone zostały nazwiska mianowanych przez Towarzystwo lek. lwowskie członków honorowych. Są nimi: Profesorowie Baranowski i Kosiński z Warszawy, Dr Biegański z Częstochowy, Dr Święcicki z Poznania, Dr Leon Szuman z Torunia, Prof. Browicz i Dr Kwaśnicki z Krakowa, Prof. Laskowski z Genewy, p. Curie-Skłodowska z Paryża, Dr Festenburg, i R. dw. Dr Merunowicz ze Lwowa. — Sekretarz stały Towarzystwa, Doc. Dr Herman, odczytał napisany przez siebie barwny zarys trzydziestoletniej historyi Towarzystwa, a w końcu Prof. Popielski wyłożył rzecz: »O jodowitych ciałach prawidłowego ustroju«, streszczając w tym wykładzie doniosłe wyniki kilkuletniej swej pracy w tym przedmiocie.

Po posiedzeniu odbyła się biesiada, przy której przemawiali: prezes Tow. lwowsk. Prof. Głuziński, prezydent miasta p. Ciuchciński, dalej Dr Chłapowski z Poznania, Dr Borzęcki i Prof. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Ziembicki, Prof. Bądzyński, Prof. Sieradzki, p. Sklepiński, p. Poratyński, Dr W. Ziembicki i in. Szereg przemówień zamknął pełnym głębokich myśli i serdecznego ciepła toastem Prof Bylicki.

— Według zestawienia, ogłoszonego w Nr 5 »Dziennika Zjazdu« uczestniczyło w X. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich we Lwowie 1,222 osób, z nich ze Lwowa około 400, z Krakowa 95, z Galicyi 245, z Warszawy 110, z Królestwa Polsk., Litwy i Rosyi 240, z Poznańskiego 32, ze Stanów Zjedn Ameryki 30, z innych państw 70.

— Sekcya sanitarna Rady miejskiej lwowskiej uchwaliła, że należy dążyć do stworzenia dla lekarzy miejskich osobnych lokali ordynacyjnych w domach, które mają być zbudowane dla komisaryatów dzielnicowych miasta. Ubodzy chorzy mogliby przez to łatwiej korzystać z bezpłatnej porady lekarzy miejskich, którzy już teraz porad takich udzielają rocznie około 24,000. (W roku 1906 wypadło na każdego z 7 lekarzy 8·2 porad i jedno świadectwo lekarskie dziennie). Na razie na utrzymanie lokalu ordynacyjnego zaleca sekcya przyznać lekarzom po 500 K rocznie.

— Doc. Dr Gabryszewski i Dr Wojtkowski otwarli zakład Zanderowski.

Kraków. *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Podpisani lekarze, praktykujący w Zakopanem, zebrani w dniu 18. listopada 1907 r. dla naradzenia się nad sposobem pożegnania kolegi Dra Tomasza Janiszewskiego, który Zakopane opuszcza, uchwalili poświęcić to posiedzenie omówieniu działalności kol. Janiszewskiego dla dobra i rozwoju Zakopanego, zamiast zaś zwyczajowego bankietu postanowili złożyć 275 K na Jego ręce na cel, jaki on uzna za właściwy. Ten sposób pożegnania wydał się nam najodpowiedniejszym, bo uznanie pracy poważnej — powinno mieć charakter poważny.

A była to praca świadoma celu i dziwnie wytrwała. Z obranej raz drogi prostej, a daleko wiodącej, nie zeszedł ani na krok, mimo stałych i przykrych przeciwności, bo u celu widział wymarzony rozkwit tego kąta górskiego, który prawdziwie i głęboko ukochał. Niespożyty zasób sił włożył w torowanie tej drogi, ciężkimi głazami przesądów, prywaty i nieświadomości zawalonej, a chociaż niemożliwem było w krótkim stosunkowo czasie pousuwać je wszystkie, to wskazał nam i cel tej pracy i dał przykład żelaznej wytrwałości. Pierwszy nakreślił szeroki plan prac, koniecznych dla rozwoju Zakopanego i czy to na stanowisku lekarza Stacyi klimatycznej, czy jako członek Komisyi klimatycznej, czy jako radny gminny, czy jako współpracownik bardzo wielu komisyi i Towarzystw, czy wreszcie jako lekarz praktykujący, konsekwentnie i wytrwale do jego urzeczywistnienia dążył.

I dzisiaj daleko nam jeszcze do końca dzieła, ale idziemy wytkniętym już przez niego szlakiem i idziemy razem, gdy on tymczasem, początkowo sam, wbrew silnym przeciwnym prądom, bez wypoczynku pracował. To krótkie streszczenie Jego owocnych wysiłków niech będzie dowodem uznania i zrozumienia Jego działalności.

Dr Edmund Brzeziński, Dr Zdzisław Czaplicki, Dr Wacław Kraszewski, Dr Jan Gawlik, Dr Józef Żychoń, Dr Antoni Kuczewski, Dr Edmund Majewicz, Dr Kazimierz Dłuski, Dr Bronisława Dłuska, Dr Aleksander Januszkowski, Dr Jan Bednarski.

— *Otrzymujemy następujący list z prośbą o umieszczenie:*

Dr Sędziak robi mi zarzut, że dowodzenie moje nie ma podstaw naukowych i nie wytrzymuje krytyki (»Przegląd lek.« Nr 51, 1907); zarzut ten uważam za nienależący do krytyki naukowej. *Doc. Dr Zalewski.*

— *Czytamy w dziennikach krakowskich:*

»W sierpniu 1907 zwróciła się dyrekcya szpitala św. Łazarza wraz z prymaryuszami wszystkich oddziałów i komitetem szpitalnym do Wydziału krajowego z propozycyą, ażeby mieszkania, opuszczone przez sekundaryuszów, zajęli lekarze-praktykanci, gdyż nieodzownem jest, ażeby w szpitalu mieszkało tylu lekarzy, ile jest oddziałów, jak to bywa nawet w najnędzniejszych szpitalach Europy; w przeciwnym bowiem razie chorzy pozostawaliby bez dostatecznej opieki lekarskiej, a szpital spadłby do rzędu przytułku Brata Alberta. Na to Wydział krajowy wydał rozporządzenie, że mieszkania te można wynajmować lekarzom szpitalnym (praktykantom), ściągając im jednak z pensyi, wynoszącej 600 K rocznie, dwieście (200) koron tytułem czynszu; tym zaś, którzy nie pobierają żadnej pensyi, nie można wynajmować mieszkania, prawdopodobnie dlatego, ponieważ niema zapewnienia ściągnięcia od nich owych 200 kor. Dziwne to rozporządzenie, wykazujące jaskrawo, że Wydziałowi kraj. nie zależy zupełnie na chorych, lecz że chce robić na szpitalu interesa, wywołało oburzenie wśród lekarzy, protesty ze strony dyrekcyi, prymaryuszów i komitetu szpitalnego, a na zgromadzeniu praktykantów szpitalnych, którzy są wprost wyzyskiwani przez Wydział krajowy, a których głównie dotyczy to rozporządzenie, zapadła rezolucya, protestująca energicznie przeciwko takim rozporządzeniom, niesłychanym w dziejach szpitalnictwa«.

— Dr Merz, Staszewski i Z. Wachtel otwarli lecznicę ortopedyczno-chirurgiczną i zakład Zanderowski.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Gustaw Nowotny z Mikołajowa.

— Rada powiatowa mielecka uchwaliła dla uczczenia jubileuszu 60-letnich rządów cesarza Franciszka Józefa ufundować szpital w Mielcu.

Warszawa. Ankieta w sprawie żywienia chorych w szpitalach miejskich, złożona z lekarzy szpitalnych, urzędników wydziału szpitalnego magistratu, sióstr miłosierdzia i starszego cechu kucharzy, obradowała pod przewodnictwem prezydenta miasta w d. 17. i 23. XII. 1907 i uchwaliła podnieść kwotę, przeznaczoną na jednego chorego, z 22 na 32 kopiejki dziennie.

— »Przegląd filozoficzny« wydał jako IV zeszyt swego X. Rocznika »Księgę pamiątkową Sekcyi filozoficznej X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich«, zawierającą 30 wygłoszonych w sekcyi wykładów.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi ogłosiło odezwę, w której zachęca do wspólnej pracy około stworzenia zakładu dla upośledzonych umysłowo (głuptaków). Zakład swój w Drewnicy rozszerza Towarzystwo ze 120 na 200 chorych; wkrótce też rozpocznie budowę sanatoryum dla ubogich nerwowo chorych na gruntach, darowanych przez ś. p. Feliksa Bobrowskiego.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że jedna ze znanych rodzin łódzkich postanowiła ufundować w Łodzi kosztem pół

miliona rubli szpital dla dzieci, którego plany opracował już architekt p. Landau, a którego budowa ma się rozpocząć już z wiosną r. b. Nazwisko fundatorów ma pozostać do czasu tajemnicą.

Z różnych stron. Ciekawy przyczynek historyczny ogłosił w zbiorze swych szkiców historycznych p. Ludwik Glatman p. t. »Doktorka medycyny i okulistka polska w XVIII. wieku w Stambule« (Kraków) na podstawie nieznanego pamiętnika Salomei Reginy de Pilsztynowej. Urodzona w r. 1718 w woj. Nowogrodzkiem wyszła w 13 r. ż. za okulistę niemieckiego Halpira, praktykującego w Stambule, od którego nabywszy wiadomości i biegłości w sztuce, zdobyła sobie wkrótce rozległą i intratną praktykę. Zawistni lekarze stambulscy postarali się o to, że Halpirowej zakazano praktyki z wyjątkiem okulistycznej, ale szczęśliwe wyleczenie szatnego sułtańskiego zjednało jej dyplom, uprawniający do praktyki we wszystkich gałęziach. Po ciężkiej chorobie, opuszczona przez męża i pozbawiona środków, wybiera się Halpirowa do Polski, zatrzymywana po drodze bądźto koniecznością zarobku, bądź różnemi przeszkodami i niebezpieczeństwami. Przebywszy konno, w męzkiem przebraniu, Bałkan, dostaje się do Sofii (1737), gdzie leczy własnego męża Halpira i nabywa dalszej wiedzy od towarzyszącego mężowi lekarza maltańskiego. Z Sofii wypędzają ją wypadki polityczne; w przebraniu janczara tureckiego ucieka do Widynia, gdzie leczy ks. Józefa Rakoczego, ale oczerniona przez niego, ledwo unika śmierci; schwytana w Ruszczuku, ponownie ocala się szczęśliwem wyleczeniem syna podskarbiego koronnego. Nareszcie przybywa do Polski, tu wychodzi powtórnie za mąż za Pilsztyna i zostaje lekarką Radziwiłłów w Nieświeżu. W dalszem ruchliwem życiu przebywała Pilsztynowa w Petersburgu, Wiedniu, gdzie zyskała sobie także rozgłos i sławę, Wrocławiu, Lwowie, Ruszczuku, Kamieńcu, skąd jednak, ograbiona z majątku przez generała kamienieckiej załogi, przeniosła się na stałe znów do Stambułu. Pamiętnik kończy się z rokiem 1760. Rozprawę p. Glatmana, dodając kilka szczegółów, poczerpniętych z dzieła p. Melanii Lipińskiej: »Histoire de femmes medicins«, streszcza Dr Wiktor Reis w październikowym zeszycie »Postępu okulistycznego«.

— Dzienniki donoszą, że znakomitemu naszemu rodakowi prof. Rothertowi z Odessy, zagraża dymisya za wygłoszenie mowy na wiecu studentów w sprawie zaniechania bojkotu przeciw profesorom tamtejszego Wydziału lekarskiego.

— Na uniwersytecie w Odesie uzyskali stopień lekarza następujący polacy: Z. Borkowski, L. Danecki, Z. Kobyliński, F. Kruze, I. Kukliński, O. Lewin, W. Marcinek, S. Marcińczyk, E. Marczewski, W. Olbrycht, J. Poraziński, W. Rykowski, E. Russo, T. Skabowski, R. Szpikowski, H. Stabholtz *(cum eximia laude)*, A. Suralski, W. Wasicki, W. Wróblewski, T. Zaborowski.

— Sprawę potrzeby lekarzy polskich w Brazylii porusza »Kuryer lwowski« (603) ze względu na przewidywane zwiększenie się polskiego ruchu emigracyjnego do tego kraju. Przypominając, iż według wiadomości, zebranych za staraniem ś. p. prof. Jordana, lekarze obcy uzyskać mogą prawo praktyki w Brazylii z wielką trudnością, sądzi »Kuryer«, iż obecnie, gdy rządowi brazylijskiemu zależy na ściągnięciu polskich wychodźców do Parany, możnaby uzyskać przy prowadzonych w tym przedmiocie układach to ustępstwo, by lekarzom naszym wolno było w Paranie praktykować bez nostryfikacyi dyplomów i bez utrudnień. A wśród polskich wychodźców są lekarze polscy tem potrzebniejsi, że prócz zadań zawodowych mogą oni spełnić także ważne zadania narodowo-społeczne.

— XXV. Zjazd niemieckich internistów odbędzie się 6—9. IV. 1908 w Wiedniu. Tematy rozpraw są następujące: 1) Stosunek niewieścich narządów płciowych do chorób wewnętrznych (sprawozd. Rosthorn i Lenhartz). 2) Nowsze sposoby badania czynności jelit (A. Schmidt). — Niemiecki Zjazd psychiatryczny odbędzie się 24. i 25. IV. 1908 w Berlinie, X. Zjazd dermatologów niemieckich na Zielone Święta we Frankfurcie n. M.

— Jeden z trzech największych tygodników lekarskich niemieckich, »Berliner klin. Wochenschrift«, zmienił od Nowego Roku 1908 redakcyę, którą w miejsce prof. Ewalda objął Dr H. Kohn, prosektor szpitala izraelickiego w Berlinie.

— Wszechnice w Monachium, Würzburgu i Erlangen zabezpieczyły zbiorowo i obowiązkowo cały swój personal i wszystkich słuchaczy od nieszczęśliwych wypadków w bawarskim »Versicherungsbank«. Wszechnice te płacą po 50 fen. rocznie od każdego ubezpieczonego i 150 Mk. ryczałtu; na przypadek śmierci wypłaca Bank 5,000 Mk., przy trwałej niezdolności do pracy 25,000 Mk., a przy przejściowej 5 Mk. dziennie. (W Austryi ubezpieczony jest obowiązkowo od wypadków personal pomocniczy, t. j. asystenci i służba zakładów lekarskich i przyrodniczych; kilka wszechnic ułatwia tanie (dobrowolne) ubezpieczanie się słuchaczom, co ma być zaprowadzone także w Krakowie).

Mianowani: Prof. Jakobj z Getyngi profesorem farmakologii w Tübingen; Doc. Berezowski profesorem patologii zewn. w Moskwie.

Zmarli: Dermatolog Prof. Lassar w Berlinie; Dr Shrady, założyciel »Medical Record«, jeden z najznakomitszych »dziennikarzy« lekarskich, w 70 r. ż. w N. Yorku;

Dr Tadeusz Poraj-Dobrzelewski, b. inspektor lekarski gub. piotrkowskiej, w 75 r. ż. w Piotrkowie; Dr Bronisław Gimbut w 48 r. ż. w Łomży; Dr Lucyan Mozdzewski w 68 r. ż. w Skalbmierzu.

Redakcya otrzymała: Publications of Cornell University Medical College. Studies from the Department of Neurology. Vol. II. New York 1907. — Księga pamiątkowa sekcyi filozoficznej X. Zjazdu lekarzy i przyr. polsk. Warszawa 1907. — Jaworski J.: Walka z rakiem. »Kron. lek.« 1907. — Biernacki E.: 1) Wpływ pokarmu przetłuszczonego na czynności narządu trawienia i spalania ustrojowe. »Tyg. lek.« 1907. 2) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. »Gaz. lek.« 1907. 3) To samo po niemiecku »Ztrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw.« 1907. — Krokiewicz: 1) Myxoedema fruste. »Przegląd lek.« 1907. 2) Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe. »Tyg. lek.« i »Münch. m. Wchs.« 1907. 3) Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu. »Przegl. lek.« 1907. — Krokiewicz i Engländer: Spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w gruźlicy płuc. »Przegl. lek.« i »Wien. klin. Wchs.« 1906. — Herman: Z kroniki Towarz. lek. lwowskiego. Lwów 1907. — Chłapowski: Dwie nowe metody, mające życie przedłużać. »Now. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu za r. 1907.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać wcześnie.

Rok XLVII. Kraków, dnia 11 stycznia 1908 Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomiczno-patologicznego prof. Obrzuta we Lwowie.

Nadnercze a miażdżyca [1]).

Podali

Hornowski i Nowicki
asystenci zakładu.

Nader ciekawe oddziaływanie wyciągów z nadnerczy na ustrój ludzki i zwierzęcy dziś jest już powszechnie znane. Spostrzeżenie to zawdzięczamy, jak wiadomo, Cybulskiemu i Szymonowiczowi, a równocześnie i niezależnie od nich Schäfferowi i Oliverowi. Oddziaływanie to odbija się, jak wiemy, na układzie naczyniowym, wywołując w pierwszym rzędzie klinicznie podniesienie się parcia krwi i zwolnienie tętna.

Od czasu tego spostrzeżenia, a więc od lat 12, powstało już bardzo obszerne piśmiennictwo, cały szereg badań doświadczalnych, które starają się dokładniej wyjaśnić, jaki tu związek zachodzi, a raczej, w jaki sposób wyciągi te działają, czy działanie to odnosi się do środków naczynioruchowych, czy bezpośrednio do ścian naczyniowych. Badania te nie ograniczyły się tylko do doświadczeń fizyologicznych i farmakologicznych; w ostatnich latach doświadczenia te przybrały już piętno ściśle anatomiczne. Przedtem nie zadawano sobie pytania, czy wyciągi owe, wywołujące wspomniane objawy czynnościowe, wywołują również w ustroju ludzkim, czy też zwierzęcym, zmiany anatomiczne.

Na pytanie to pierwszy odpowiedział Josué pracą doświadczalną. Wstrzykując królikom do żył adrenalinę, stwierdzał po pewnym czasie zmiany w tętnicy głównej, które uważał za pewien rodzaj miażdżycy. W ślad za impulsem, danym przez niego, pojawia się szereg, bo przeszło dwadzieścia prac różnych badaczy, którzy posługując się bądźto wyciągami z nadnerczy, bądź innymi środkami sercowymi starają się stwierdzić i rzeczywiście prawie zawsze stwierdzają analogiczne do znalezionych przez Josuégo zmiany. Nie mamy zamiaru w pracy niniejszej roztrząsać pytania, czy stwierdzane przez autorów zmiany w tętnicy głównej zwierząt należy uważać za podobne do miażdżycy ludzkiej; uczyniliśmy to na innem miejscu (Nowiny lekarskie Nr. 10, 11, 1907).

Okoliczność, że wyciągi z nadnerczy działają w sposób znamienny na ustrój ludzki, wywołując wyżej wspomniane typowe objawy czynnościowe, a więc podniesienie się parcia krwi, co, jak wiadomo, klinicznie jest stałem zjawiskiem, miażdżycy towarzyszącem, dalej fakt otrzymania zmian w tętnicy głównej u królika, zmian, niewątpliwie pod wpływem adrenaliny powstałych, co sami własnemi doświadczeniami stwierdziliśmy, nasuwały same przez się pytanie, jak zachowują się same nadnercza u ludzi, dotkniętych tą sprawą chorobową tętnic, oraz, czy i jakie zmiany spotkamy w nadnerczach królików, którym wprowadzono do krwi owe wyciągi.

Odpowiedź na powyższe pytanie, — to cel naszych badań, które też pozwalamy sobie pokrótce tutaj przedstawić.

Badania nasze należy podzielić na dwie części. W pierwszej przeprowadziliśmy badania histologiczne z uwzględnieniem makroskopowego wejrzenia nadnerczy, pochodzących z ludzi, dotkniętych zmianami miażdżycowemi; w drugiej części — badania doświadczalne, polegające na badaniu nadnerczy królików, którym wstrzykiwaliśmy przez pewien czas do żył adrenalinę i u których otrzymaliśmy typowe zmiany adrenalinowe w tętnicy głównej.

Najpierw przedstawimy sposób i wyniki badań nadnerczy ludzkich.

Nadnercza braliśmy ze zwłok ludzi, dotkniętych zmianami miażdżycowemi w stopniu różnym, a więc, gdzie miażdżyca ledwie była zaznaczona aż do zmian z bardzo rozległemi zwapnieniami, rozpadem i t. d. Nadto dla porównania badaliśmy równocześnie nadnercza ludzi, u których nie było miażdżycy i osobników młodych. Między temi, jako punkt wyjścia dla obrazów nadnercza prawidłowego, zbadaliśmy nadnercza, wydobyte w dwie godziny po śmierci dwudziestoletniego samobójcy, u którego nie znaleziono żadnych widocznych zmian anatomicznych, oraz osiemnastoletniej kobiety, zmarłej wskutek krwotoku, u której również nie było zmian anatomicznych w narządach. Jako materyał służyły nam zwłoki o ile możności wkrótce po śmierci, a więc jeszcze ciepłe.

Celem otrzymania nadnerczy o ile możności nienaruszonych, oraz celem dokładnego oglądnięcia ich położenia i stosunku do innych narządów, wyjmowaliśmy wszystkie narządy jamy brzusznej razem i następnie od tyłu

[1]) Rzecz wygłoszona w sekcyi patologicznej X. Zjazdu lek. i przyr. polskich.

»*in situ*« odpreparowywaliśmy nadnercza. Tego rodzaju postępowanie jest wogóle przy badaniu nadnerczy bardzo wskazane. Jestto bowiem narząd, który bardzo łatwo ulega rozdarciu i rozerwaniu. Nieumiejętnemu też i nieodpowiedniemu wyjmowaniu należy bezwątpienia przypisać to mniemanie, że nadnercza tak łatwo i tak prędko w zwłokach ulegają rozpadowi. Niewątpliwie rozpad ten występuje tu prędzej, niż w innych narządach, jednak nie tak prędko i nie w tym stopniu, jak to się zwykle podaje. Nadnercza wyjęte oczyszczaliśmy dokładnie z otaczającego tłuszczu i tkanki łącznej, a następnie ważyliśmy, dokładnie mierzyliśmy i opisywaliśmy ich wyglądanie zewnętrzne oraz na przekroju.

Celem badania drobnowidowego utrwalaliśmy wycięte kawałki w sublimacie, wyskoku, płynie Flemminga i płynie Carneya (wyskok bezwgl. + kw. octowy zgęszczony [zlodowaciały] w stosunku 4:1), nadzwyczaj szybko utrwalającym. Do barwienia posługiwaliśmy się hematoksyliną Delafielda, eozyną, sposobem van Giesona, sposobem Weigerta na włókna sprężyste, metodą Langhansa (jodkiem potasu) na glikogen oraz innemi jeszcze metodami, stosowanemi przez różnych autorów specyalnie przy badaniu nadnerczy. Preparaty zatapialiśmy w celoidynie i parafinie.

Nadnerczy z przypadków miażdżycy badaliśmy 36, a nadnerczy, pochodzących ze zwłok osób miażdżycą niedotkniętych, 122. Co do nadnerczy z przypadków miażdżycy zaznaczyć należy, że pochodziły one, o ile możności, ze zwłok, w których prócz miażdżycy inne zmiany były bardzo podrzędne. Co do wieku, to wahał się on od 42—77 lat.

Średnia waga nadnerczy z przypadków miażdżycy wynosiła: prawego 6,2 gr., lewego 7,3 gr., przyczem najcięższe nadnercze ważyło 14,5 gr., najlżejsze zaś 4,2 gr. Średnia waga nadnerczy z przypadków bez miażdżycy wynosiła: prawego 6,4 gr., lewego 7,1 gr. Z porównania więc widzimy, że co do wagi nie ma jakiejś wybitniejszej różnicy między jednemi a drugiemi. Również nie można stwierdzić różnicy co do kształtu; prawe nadnercze bywa zwykle kształtu czapki frygijskiej, lewe więcej wydłużone. Na przekroju nadnerczy z przypadków miażdżycy widać korę składającą się z dwóch pasów; jeden jasno-żółty wybitnie szeroki, potem węższy, ale zawsze silnie zaznaczony pas brunatny i wreszcie istotę rdzenną perłową. W porównaniu z nadnerczami niemiażdżycowemi należy głównie podnieść zawsze silnie występującą ową warstwę brunatną. Naczynia, spotykane na przekroju, mają zazwyczaj zgrubiałe ściany i zieją.

Badaniem drobnowidowem stwierdzano następujący obraz: Torebka nadnerczy stale, czasem nawet bardzo wybitnie zgrubiała, a zgrubienie to należy odnieść przedewszystkiem do przerostu tkanki fibroblastycznej, nie mniej jednak przyczynia się do niego pomnożenie włókien mięsnych torebkowych, a także zgrubiałych naczyń. Tkanka łączna torebki często pasemkami, jakby przegródkami, wnika w korę, t. j. w warstwę kłębkowatą; w tych przypadkach, gdzie wnikanie to jest wybitniejsze, towarzyszy mu zanik, nawet znaczny, tejże warstwy korowej, zanik, który, być może jest następowym i miejscami może być zupełnym tak, że komórek gruczołowych tejże warstwy wykazać nie można.

Zmiany w korze dotyczyły po największej części wszystkich trzech warstw, t. j. kłębkowatej *(z. glomerulosa)*, pęczkowatej *(z. fasciculata)* i siatkowatej *(z. reticularis)*, jednak w stopniu różnym. I tak zmiany w warstwie kłębkowatej cechowały się głównie zanikiem i tu również w stopniu różnym; a więc grupy komórkowe czyli poszczególne kłębki były zmniejszone, silnie się barwiące, nieraz grupa taka składa się zaledwie z dwóch lub trzech komórek; w miarę większego ich zaniku cała warstwa cieńczeje, nieraz tak znacznie, że odrazu pod torebką zaczyna się warstwa pęczkowata.

Im więcej składniki gruczołowe warstwy kłębkowatej ulegają zanikowi, tem silniej między nimi rozwinięta jest tkanka łączna i rozszerzone naczynia włosowate. Warstwa pęczkowata okazuje stosunkowo najmniejsze zmiany; cechują się one procesami wstecznymi w samych jej komórkach gruczołowych, a więc pojawianiem się nieraz bardzo obfitem wakuol, rzadziej kulek tłuszczu lub zmniejszaniem się w całości sznurów komórkowych, między którymi występują wówczas na plan pierwszy rozszerzone z wybujałymi nierzadko śródbłonkami naczynia włosowate, lub silnie pasmowato rozwinięta między niemi tkanka łączna. Warstwa siatkowata odznacza się, poza obrazem mniej lub więcej posuniętego zaniku i to nie zawsze, bardzo silnie nagromadzonym w komórkach gruczołowych barwikiem i to na granicy warstwy pęczkowatej. Nagromadzenie to zaznacza się już nieraz na preparacie pasmem żółtawem, widocznem okiem nieuzbrojonem. Nadto spotykaliśmy wśród kory gdzieniegdzie gniazdami rozrzucone nacieki drobnokomórkowe. Włókna sprężyste, silniej w torebce rozwinięte, występują w samej korze bardzo słabo, zaznaczając się zaledwie tu i ówdzie przewijającemi się cienkiemi włókienkami.

Wogóle w korze stwierdzaliśmy po największej części objawy zaniku samych komórek gruczołowych z następowym rozwojem tkanki łącznej.

Istota rdzenna zmian wybitniejszych nie okazuje. Tu już rzadziej spotykaliśmy zmniejszenie komórek miąższowych z silniejszym rozwojem tkanki łącznej. Komórki nerwowe znajdowały się zazwyczaj w dość skąpej ilości; natomiast dobrze rozwinięte w gęstych splotach włókna sprężyste i naczynia o ścianach wybitnie zgrubiałych.

Przy histologicznem badaniu nadnerczy uwzględnić należy pewne dość specyalne, a dla tkanki nadnercza charakterystyczne metody barwienia. Do metod tych tem większą w badaniach naszych przykładaliśmy wagę, że, jak już z powyższego przedstawienia zauważyć można, w badanym przez nas materyale przy zwykłych sposobach barwienia nie znaleźliśmy jakichś charakterystycznych zmian. Przy barwieniu komórek kory i substancyi rdzennej nadnerczy barwią się one wogóle bardzo rozmaicie; i tak komórki kory szczególnie łatwo i dobrze barwią się barwikami plazmatycznymi, jak eozyna, kwas pikrynowy, erytrozyna, błękit lyoński i t. d., natomiast komórki substancyi rdzennej barwią się silnie podobnie, jak jądra, barwikami jądrowymi, a więc safraniną, hematoksyliną i t. d.

(Dok. nast.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Grupa trzecia obejmuje 16 przypadków chorób zakaźnych, w tem 7 przypadków duru brzusznego, 2 przypadki zakażenia prawdopodobnie paratyfusowego, 6 przypadków zapalenia płuc, 1 przypadek podostrego zapalenia stawów.

Z pośród chorych na dur u czworga nie występował odczyn zupełnie, u trzech chorych był natomiast wyraźny. Pomiędzy pierwszymi czterema chorymi było dwóch, u których badanie płuc wykazało wyraźną ograniczoną zmianę włóknistą w szczycie po stronie prawej. Jeden z nich podawał, że przed kilku laty chorował na dur brzuszny, a potem i podczas zdrowienia i później kaszlał. Prawdopodobnie wtedy przeszedł szczęśliwie sprawę gruźliczą ściśle ograniczoną. Co do drugiego chorego, nie można było na podstawie wywiadów zasięgnąć żadnych wiadomości o pochodzeniu zmiany szczytowej. W każdym razie obu tych chorych trzeba zaliczyć do rzędu osób, które kiedyś miały gruźlicę i zupełnie się z niej wyleczyły. Brak odczynu tuberkulinowego jest przy takiem pojmowaniu rzeczy zupełnie zrozumiały.

U chorych, u których otrzymano odczyn tuberkulinowy w okresie zdrowienia, powstawał on najprawdopodobniej dlatego, że nie byli wolni od gruźlicy. Jeden z nich przeszedł ciężki dur powikłany ogniskowem zapaleniem płuc; w okresie zdrowienia pojawiały się u niego od czasu do czasu nieregularne wahania ciepłoty, przychodził do sił bardzo powoli, a w chwili opuszczenia szpitala były objawy zagęszczenia w szczycie prawym. U drugiego chorego można było stwierdzić objawy nieżytu szczytu płuca prawego. Trzeci wreszcie chory, który obecnie przechodzi okres zdrowienia po durze średniego nasilenia, podaje w wywiadach, że już od połowy sierpnia nie czuł się zdrowym, że miewał dreszczyki i uczucie gorączki. Na oddział został przyjęty 22. XI. Gorączka o typie gorączki stałej trwała do 29. XI. Od tego czasu utrzymuje się stan podgorączkowy ze wzniesieniami do 38° C, wyjątkowo wyższemi. Przypadłości w zakresie narządu pokarmowego niema żadnych. Chory pomimo to nie odzyskuje w tej mierze sił, jakby się tego wobec młodego jego wieku (liczy lat 23) spodziewać należało. Kaszlu niema. Badanie płuc stwierdza bardzo nieznaczne przytłumienie odgłosu opukowego w szczycie prawym, a jeszcze mniej wyraźne w szczycie lewym, oraz mierne zaostrzenie szmerów oddechowych. Przypadek ten posłużyć może do objaśnienia, jak oględnie oceniać trzeba wynik odczynu tuberkulinowego u chorych durowych. Odczyn dodatni nasuwa w każdym razie przypuszczenie sprawy gruźliczej i lepiej pojmować go w ten sposób, aniżeli szukać wytłómaczenia przyjmując hipotetyczną nadmierną wrażliwość wobec toksyn drobnoustrojowych wogóle, wynikającą z zakażenia laseczникami Ebertha, jak to czyni Cohn.

Z dwóch przypadków przypuszczalnego paratyfusu stwierdzono w jednym tylko odczyn dodatni. Chory ten wyzdrowiał po 13-dniowym okresie gorączki. Kilkakrotnie wśród tego występowały dość obfite poty. Spadek ciepłoty był nagły. Po ustąpieniu gorączki pojawiały się jeszcze w dalszym ciągu nieznaczne wzniesienia ciepłoty, a badanie płuc stwierdziło, jako wytłómaczenie tych wzniesień, objawy zagęszczenia szczytu. Jeszcze w dwa tygodnie po ustąpieniu gorączki paratyfusowej stwierdzono stan podgorączkowy krótkotrwały.

Z 7 chorych na zapalenie płuc wyraźny odczyn tuberkulinowy był u jednego. U chorego tego nastał spadek ciepłoty przełomowy *(per crisim)* d. 24. XI. Aż do tej chwili (16. XII.) pojawiają się od czasu do czasu wzniesienia ciepłoty, a badanie płuc stwierdza, obok tworzącego się zwyrodnienia włóknistego płuca, które było zajęte zapaleniem, wyraźne objawy zagęszczenia w szczycie prawym.

Ostatni przypadek, należący do tej grupy, dotyczy strażaka pożarnego. Nie skarżył się on zupełnie w chwili przyjęcia na oddział na przypadłości w zakresie narządu oddechowego, a tylko na ból i obrzęk w obu stawach skokowych. Dodatni wynik wkraplania i szczepienia tuberkuliny zwrócił uwagę na płuca, a wtedy wyszło na jaw, że chory dawniej kaszlał, a nawet pluł krwią. Za przyczynę krwioplucia trzeba przyjąć obecność bardzo zresztą nieznacznej zmiany w szczycie prawym. W ciągu pobytu chorego na oddziale pojawiło się jako pewne potwierdzenie tego przypuszczenia suche zapalenie opłucnej po stronie prawej.

Grupa czwarta obejmuje 19 przypadków rozmaitych chorób przewlekłych. Umieszczone poniżej zestawienie ułatwi przegląd tych spostrzeżeń (p. tabl. str. 18).

Z ogólnej liczby wymienionych w tem zestawieniu przypadków stwierdzono w 4 wyraźny odczyn tuberkuliny. Żaden z tych chorych nie podawał w wywiadach szczegółów, któreby można odnieść wprost do gruźlicy. Mimo to można u wszystkich stwierdzić pewne zmiany w płucach i to w szczytach, a więc w tem miejscu, gdzie gruźlica prawie zawsze się usadawiać zwykła. U chorej l. p. 4 występuje nadto od czasu do czasu stan gorączkowy, a kilka razy zjawiało się krwioplucie i to w tym okresie, kiedy pod wpływem bezwzględnego spokoju i podawania leków, skrzepiających serce i wzmagających wydzielanie moczu, zmniejszyło się osłabienie serca i ustąpiły objawy zastoju, zwłaszcza w płucach.

Między pozostałemi 15 spostrzeżeniami, w których odczyn nie występował, zasługuje kilka na większą uwagę. Historyę chorób tych chorych streścimy wobec tego w ogólnych zarysach.

1) Marko G. (zob. tabl. l. 18). Chory przybył do szpitala, żaląc się na kaszel i opuchnięcie nóg. Od czasu do czasu miała się pokazywać krew w plwocinie. Badanie narządu oddechowego stwierdza przytłumienie odgłosu opukowego w okolicy wnęki płuc i w szczycie prawym. W szczycie wdech nieoznaczony, między łopatkami zbliżony do oskrzelowego, skąpe rzężenia średniobańkowe, dźwięczne. Plwocina śluzowo-ropna, zlewająca się, lepkawa bez domieszki krwi. Narząd krążenia prawidłowy. Okostna kości goleniowej prawej wyraźnie zgrubiała; na kości goleniowej lewej wyraźne zgrubienie po złamaniu. W moczu 5‰ białka. Osad skąpy z małą ilością wałeczków szklistych, z pojedyńczymi wałeczkami ziarnistymi, nielicznemi ciałkami białemi. Skóra blada, gruczoły chłonne na karku, w pachwinie i nad przegubem łokciowym macalne, dość twarde. Wywiady co do

Liczba porz.	Imię i nazwisko, wiek	Dzień przyjęcia w roku 1907	Rozpoznanie	Odczyn	Uwaga
1	J. Z., lat 50	24. X.	Arthritis deformans	Nie występuje.	W narządzie oddechowym zmian nie ma.
2	K. Z., lat 55	28. X.	Gonitis rheumat.	„	W narządzie oddechowym zmian nie ma.
3	M. M., lat 85	23 VIII.	Myocarditis chron., atherosis art. emphys. pulm.	„	W narządzie oddechewym zmian nie ma, prócz rozedmy.
4	M. M., lat 38	10. XI.	Insuff. v. bicuspid. myocarditis, cirrhosis hepatis cardiaca.	Spojówkowy wyraźny.	Zmiany w narządzie oddechowym, zob. niżej.
5	A. G., lat 41	11. XI.	Myocarditis chron., atherosis art.	Nie występuje.	Nieżyt oskrzelowy, zmian wypuk. nie ma.
6	P. K., lat 50	20. XI.	Insuff. v. mitr. dilatatio cordis ssq. insuff. v. tricuspid.	„	Nieżyt zastoinowy — hydrothorax.
7	M. S., lat 30	28. XI.	Nephritis chronica.	Wyraźny.	Zagęszczenie w szczycie płuca prawego.
8	S. P., lat 60	20. XI.	Nephritis chronica in indiv. c. emph. pulm.	„	Zagęszczenie w obu szczytach.
9	S. V., lat 40	11. XI.	Nephritis chron. condens. ap. dex.	„	
10	N. A., lat 14	19. XI.	Enteritis catarrh.	Nie występuje.	Zagęszczenie włókniste w szczycie płuca prawego.
11	S. O., lat 34	25. XI.	Gastroenter. chron. T. hepatis et lienis (Cirrh. hep. incip?).	„	W płucach zmian nie ma.
12	M. T., lat 36	7. XI.	Neoplasma ventriculi.	„	„
13	R. P., lat 37	19 XI.	Cholelithiasis atypica, indur. apicum et synech. pleur.	„	
14	H. H., lat 48	29. X.	Fibrosis pulm. dextri, bronchitis foet., gangr. pulm.	„	Zobacz niżej.
15	F. B., lat 18	10. XII.	Pneumonia chronica lobi infer sin.	„	„
16	P. F., lat 30	13. XII.	Residua pleuropn. dex.	„	„
17	J. M., lat 40	13. XII.	Pyothorax post pleuropneumon.	„	„
18	M. G., lat 30	9. XII.	Nephritis chron., condens. pulm. luetica.	„	„
19	M. D., lat 35	28. XI.	Hysteria in indiv. c. cond. ap.	Wyraźny.	„

kiły ujemne. Odczyn tuberkulinowy nie występuje, badanie bakteryologiczne plwociny nie wykrywa lasecczników Kocha. Wobec tego wyniku badania nasuwało się przypuszczenie, że sprawa w płucach jest przyrody nie gruźliczej, lecz kiłowej. Choremu podano jodek potasu w ilości 3 grm. dziennie, z myślą o odczynie, opisanym swego czasu przez Strickera, który po tym leku powstaje w ogniskach gruźliczych, a objawia się zwiększeniem ilości rzężeń, nierzadko i podniesieniem ciepłoty ciała. U naszego chorego nietylko, że nie stwierdzono tego działania, ale przeciwnie zmniejszenie się ilości rzężeń. Przypuszczenie kiły stało się przez to tem prawdopodobniejszem, a na możliwość takiego pochodzenia zmian w płucach zwrócił uwagę w pierwszym rzędzie wynik badania zapomocą tuberkuliny. Chory zażywa w dalszym ciągu rozczyn soli jodowej. O wyniku tego leczenia i o przebiegu choroby postaram się zdać sprawę przy nadarzonej sposobności.

2) Franio B. (zob. tabl. l. 15), przebył podług wywiadów przed 3 miesiącami zapalenie płuc. Od tego czasu kaszle i czuje się osłabionym. Badanie wykazuje objawy zagęszczenia dolnego płatu płuca prawego. Odczyn tuberkulinowy nie występuje, stosowne badanie plwociny nie wykryło lasecczników Kocha. W czasie tygodniowego pobytu chorego w szpitalu nie stwierdzono nigdy podniesienia ciepłoty, a natomiast zauważono poprawę stanu ogólnego. Zgadza się to najzupełniej z ujemnym wynikiem badań w kierunku gruźlicy i każe zmianę w płucach uważać za zwykłą pozostałość po zapaleniu płuc.

3) Nikola A. (zob. tabl. l. 9). Od kilku tygodni kaszel, od tygodnia przypadłości żołądkowo-jelitowe, kilkakrotne wymioty, odbijania, mierna biegunka, bole w brzuchu. Wobec tych wywiadów zupełnie było uzasadnione przypuszczenie, że u chorego rozwija się gruźlica, a to tem bardziej, skoro badanie płuc stwierdzało zagęszczenie w szczycie płuca prawego, jakkolwiek bez objawów osłuchowych. Szczepienie i wkraplanie tuberkuliny dało w tym przypadku również wynik ujemny; badania plwocin nie można było wykonać wobec zupełnego ich braku. Dalszy przebieg choroby był zupełnie pomyślny i chory mógł już po 2 tygodniach opuścić szpital w stanie pod każdym względem zadowalniającym.

4) Rudolf P. (zob. tabl. l. 13). Od dłuższego czasu pojawiają się bole w brzuchu i przypadłości jelitowe. Niejednokrotnie doznawał chory kłucia w klatce piersiowej, miewał od czasu do czasu nieżyty oskrzelowe. Przed dwoma tygodniami po przeziębieniu dreszcze, silne kłucie po obu stronach klatki piersiowej, suchy kaszel. W 10 dni później bole kurczowe w brzuchu. Stolec zaparty, występuje tylko po wlewaniach. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono: Rysy twarzy nieco zaostrzone, spojówka wyraźnie żółto zabarwiona. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny, powłoki napięte. W moczu wyraźny ślad białka. W zakresie klatki piersiowej przytłumienie odgłosu w szczytach na małej przestrzeni w dole po stronie prawej z tyłu; szmery szorstkie w górze, w dole osłabione. W sercu zmian nie ma. Tętno dość małe, 110 w minucie. Ciepłota ciała w pierwszym dniu pobytu w szpitalu między 36·4 a 38·4. W dalszym przebiegu występują od czasu do czasu bole w brzuchu; towarzyszy im zawsze zaparcie stolca i przelewanie w kiszkach. Ciepłota ciała, zazwyczaj prawidłowa, podnosi się niekiedy bez widocznej przyczyny w nieregularnych odstępach czasu nawet do 39° C i nieco wyżej. Badania kału stwierdzają w pierwszych dniach znaczne różnice co do zbitości i barwy; parę razy pojawiły się stolce silnie żółcią zabarwione, zielone. Z ustąpieniem bolesności brzucha można było stwierdzić powiększenie wątroby i bolesność jej, najwyraźniejszą w dołku podsercowym i w zakresie płatu lewego, obok wyraźnej ograniczonej zbitości. We krwi mierna hiperleukocytoza neutrofilna. Rozpoznanie wahało się w początkach między gruźlicą i zapaleniem gruźliczem otrzewnej, a chorobą wątroby, względnie przewodów żółciowych. Dalszy przebieg sprawy, poprawa po podaniu salicylanu sodowego i wody karlsbadzkiej, zupełny brak odczynu tuberkulinowego, przechyliły rozpoznanie stanowczo ku tej drugiej stronie. Za sprawę pierwotną przyjęliśmy kamicę wątrobową, a za dalsze jej następstwo nieżytowe zapalenie przewodów żółciowych. Zachowanie się tego chorego wobec tuberkuliny było jednym z ważnych szczegółów, który pozwolił wyłączyć gruźlicze zapalenie otrzewnej. O innych nie będziemy tu mówić, gdyż zależy nam na uwydatnieniu roli tuberkuliny, a nie na opisie przypadku, choć zresztą niewątpliwie ciekawego.

5) Hussein H. (zob. tabl. I. 14). Od wielu lat kaszel, częsta duszność, w sierpniu zapalenie płuc, przebyte w szpitalu. Od tego czasu czuje się chory niedobrze, kaszle więcej, miewa od czasu do czasu poty i gorączkę. W plwocinie miała się pokazywać od czasu do czasu krew. Badanie klatki piersiowej stwierdza objawy zagęszczenia całego płuca prawego i części płuca lewego z dużą ilością rzężeń. Plwocina obfita, cuchnąca. Przebieg ciepłoty ropniczy. Odczyn tuberkulinowy nie występuje. Kilkakrotne badania co do prątków Kocha z wynikiem ujemnym. Rozpoznanie: zwyrodnienie włókniste płuc, nieżyt cuchnący oskrzeli, zgorzel płuc. Rano 12. XII. obfity krwotok płucny, śmierć. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Że w tym przypadku oceniano właściwie istotę choroby, zawdzięczać należy badaniu zapomocą odczynu tuberkulinowego. Wynik badania fizycznego zdawał się przemawiać za gruźlicą i to przypuszczenie wobec ograniczonego czasu, jaki był przy wielkim materyale chorych i bardzo niewystarczającej liczbie sił lekarskich, nabyłoby było znaczenia rozpoznania, gdyby brak odczynu nie był zwrócił uwagi na tego chorego i nie pociągnął za sobą dokładniejszego badania.

Przedstawiając w skróceniu historye chorób tych przypadków, które ze względów praktycznych nadają się na przykłady dla ocenienia znaczenia rozpoznawczego tuberkuliny, czynię to w tej myśli, aby ułatwić poniekąd ostateczny sąd o wyniku wykonanych badań, a nie ograniczać się wyłącznie do suchego streszczenia osobistych spostrzeżeń i do podania końcowych wniosków. Zasadnicza ocena szczepień i wkraplań tuberkuliny nie może być ujemna. Posiadają one istotną wartość. Poszlibyśmy jednak stanowczo za daleko, gdybyśmy sprawę w ten sposób przedstawiać chcieli, że w nowym sposobie badania czerpać możemy nieomylne wskazówki rozpoznawcze. O wiele właściwiej będzie, jeźli zadowolnimy się stwierdzeniem, że odczyn dostarcza podstaw dla wytknięcia właściwego kierunku badania, a znaczenia rozpoznawczego nabiera dopiero w połączeniu z innymi objawami i z innymi szczegółami, uzyskanymi przez badanie. Stanowisko powyższe jest mojem zdaniem wskazane zarówno wtedy, gdy mamy przed sobą chorego, wrażliwego na szczepienie, czy też wkraplanie tuberkuliny, jak i wtedy, gdy ustrój zachowuje się wobec tuberkuliny obojętnie. Ażeby je uzasadnić, wystarczy wskazać na przypadki chorób zakaźnych u osób, które nie są wolne od gruźlicy. Chorzy tacy zapadają na zimnicę, dur brzuszny, paratyfus, grypę itd.; przebieg choroby jest mało znamienny, nasuwa się przypuszczenie gruźlicy, na skórze lub na spojówce powstaje odczyn. Jeślibyśmy tylko na tym szczególe opierać chcieli rozpoznanie, rozpoznamy gruźlicę i pomylimy się. Ten chory ma gruźlicę, ale w danej chwili nie choruje na nią, lecz na inną chorobę. Że ostrożność jest w takich razach bardzo wskazana, pokazuje przypadek paratyfusu, pomieszczony w III grupie naszych spostrzeżeń.

Co do przypadków, nie dających odczynu, to w tym kierunku nietylko obecne moje spostrzeżenia, ale i wszystkie poprzednie uczą, że odczynu może brakować u chorych niewątpliwie gruźliczych, jeśli sprawa przebiega w postaci ostrej, albo jeśli okres gruźlicy jest późny, a u chorych z wyraźną cherą.

Ostateczne wnioski o znaczeniu wkraplań i szczepień tuberkuliny streściłbym na podstawie dotychczasowych doświadczeń w następujący sposób:

1) U chorych, u których niema objawów chery lub objawów choroby ostrej, uważać można odczyn tuberkulinowy za oznakę gruźlicy.

2) Przy braku odczynu można w tych samych warunkach gruźlicę wyłączyć.

3) U chorych, u których są objawy ostrej choroby, należy wyniki szczepień i wkraplań tuberkulinowych oceniać ostrożnie.

4) Przy rozległych zmianach w płucach nic dowodzi brak odczynu sam przez się, że gruźlicy nie ma.

5) Przy zapaleniu otrzewnej przemawia odczyn za przyrodą gruźliczą sprawy.

6) Brak odczynu w przypadkach niewątpliwej gruźlicy jest oznaką niekorzystną.

7) Na podstawie dotychczasowych badań nie można jeszcze osądzić, o ile stopień odczynu dostarczyć może wskazówek dla rokowania o przebiegu gruźlicy.

Oceny i sprawozdania.

Dr Fr. Giedroyć. **Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.** (Warszawa 1908, stronic 132. Rzecz drukowana w »Kronice Lekarskiej«.

Dr Giedroyć należy do rzędu tych pisarzów, którzy pracą żmudną, lecz wytrwałą, zbierają przez lata całe wiadomości do dziejów medycyny w Polsce w myśl hasła Kołłątaja: »Szukajmy materyałów — znajdzie się dziejopis«. Praca to bardzo pożyteczna; owszem niezbędna nawet, albowiem toruje ona drogę przyszłym historykom medycyny naszej, którzy z materyałów, przez Gąsiorowskich, Kośmińskich i Giedroyciów zebranych, spróbują stworzyć syntezę naszego ruchu umysłowo-społecznego w dziedzinie nauki i sztuki lekarskiej.

Z umysłu, mówiąc o Drze Giedroyciu, wspomniałem na zwisko wielce zasłużonego zbieracza wiadomości do historyi medycyny w Polsce — Gąsiorowskiego. Zasługi ich są bardzo podobne: obaj nagromadzili sporo, nieraz cennych bardzo materyałów historycznych, i pod tym względem nikt im u nas nidorównał. Pisma ich są przeznaczone nie dla szerszego koła czytelników, a jeno dla szczupłego grona specyalistów, stąd popularni nigdy oni nie byli. Któż bowiem, kogo dzieje medycyny w Polsce bliżej nie obchodzą, zechce czytać lub choćby tylko przeglądać materyały historyczne, wydawane n. p. przez Dra Giedroycia? A jednak odczytywanie takich materyałów niejednokrotnie może przynieść czytelnikowi daleko więcej pożytku, aniżeli czytanie bez talentu napisanego opracowania poszczególnych tematów, dotyczących historyi medycyny u nas. Odczytywanie materyałów posiada zawsze tę niezaprzeczoną zaletę, iż w ten sposób poznajemy bezpośrednio niejako dawne dzieje w całej ich prawdzie. Nieraz jeden odczytany dokument silniej do nas przemówi, aniżeli długie nawet rozprawianie o tym dokumencie, bez przytoczenia go w całości. Dlatego sądzę, że czytanie dokumentów historycznych nietylko specyalistom pożytek i przyjemność sprawić może. Rzecz prosta, że dobrze napisanej rozprawy historycznej żadne wydawnictwa materyałów zastąpić nie mogą. Lecz dopóki te dobrze napisane rozprawy historyczne z dziedziny medycyny u nas niemal na palcach policzyć możemy, — tak ich niewiele posiadamy, — starajmyż się przynajmniej cokolwiek zapoznać z materyałami do dziejów medycyny w Polsce, gdyż w przeciwnym razie dzieje te będą nadal pozostawały dla nas jakąś krainą całkiem nam nieznaną. Aby zaś przeszłość medycyny w Polsce nie była dla nas »terra incognita«, o to stara się, między innymi i przedewszystkiem dr Giedroyć, nie ustając w pracy nad zbieraniem i wydawaniem materyałów.

Kto pragnie poznać wiadomości z życia lekarzów w dawnej Polsce, kto chce się dowiedzieć o pismach tych lekarzów, kto się interesuje ustawami naszych cechów cyrulickich, kogo obchodzą dzieje szpitali w Polsce, ten bez materyałów, wydanych przez Dra Giedroycia, obejść się nie może.

Niedawno wyszła z druku książka Dra Giedroycia p. n. »Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce«. Na tę właśnie książkę, zawierającą sporo materyałów do historyi szpitalnictwa u nas, pragnę zwrócić uwagę czytelników.

»Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce« składają się z trzech części. W pierwszej części podaje autor treściwy zarys szpitalnictwa naszego w czasach przedrozbiorowych. Część ta oparta jest na materyałach, przez autora zebranych

i w dwu następnych częściach książki podanych. Część druga zawiera spis szpitali wszystkich, o których autor znalazł gdziekolwiek choćby najkrótszą tylko wzmiankę. Spis szpitali ułożony jest alfabetycznie według nazw miejscowości, w których szpitale się znajdowały. Część tę opracował autor, opierając się na materyałach dotąd niewydanych, oraz na całym szeregu dzieł drukowanych, w których znajdują się wiadomości o szpitalach w dawnej Polsce. Spis tych dzieł podaje autor w przedmowie. Część wreszcie trzecia zawiera właściwe materyały, składające się z wyciągów z rękopismów, głównie z Metryki Koronnej i z dawnych Akt miejskich warszawskich.

Z książki Dra Giedroycia możemy się dowiedzieć, jak wielką była u nas liczba szpitali! Świadczy to o niemałej dobroczynności publicznej, bo, jak wiadomo, szpitale były dawniej nawskróś instytucyami dobroczynnemi, dającemi przytułek ubogim, kalekom i chorym.

W »Zapiskach« Dra Giedroycia znajdzie czytelnik sporo ciekawych wiadomości takich np., jak o zabezpieczeniu losu robotników, którzy zdrowie stracili, jak o domach podrzutków i t. p.« »Górnicy, — czytamy w »Zapiskach« na str. 10 —, »którzy pracując w kopalniach, przez nieszczęśliwe przypadki postradali ręce i nogi, straciwszy zaś zdrowie, nie mogli się jąć ponownie pracy, ani też nie mieli gdzie skołatanej głowy przytulić««, mieli szpitale w Wieliczce i Bochni od r. 1363; król Zygmunt August 1553 r. wyznacza 20 marek rocznie Doktorowi Anzelmowi Ephorinusowi z obowiązkiem udzielania pomocy lekarskiej chorym górnikom w Wieliczce, w roku zaś 1644 Władysław IV. nakazał odbudować tam łaźnię, osadził przy niej chirurga, oraz założył »»kuchnię publiczną, w której górnicy chorzy lub nie mający własnych ognisk domowych, mieliby łatwość nabycia sobie pożywienia««. Atoli o górników dbała nietylko władza przełożona, lecz i sami oni mieli pieczę o swych towarzyszach, którzy utracili zdolność do pracy, i o ich rodzinach. W Olkuszu np. zapadła w dniu 13 lutego 1671 roku następująca uchwała górników: ».... póki Pan Bóg miłościwy skarbu swego w górach tuteyszych ilkuskich pożyczać y udzielać będzie raczył, wiecznemi czasy wkładamy y postanawiamy niezłomnie to laudum mieć chcemy: A to na potrzeby nas wszystkich górników tak na prawne nakłady i koszty.... iako też dla ubogich i nędznych górników, chorych i niedołężnych, albo których góra przytłucze, pokaliczy, na opatrzenie ich w chorobach, alias na pogrzeby ciał grzesznych, wdów y sierot ratunku potrzebuiących, których rodzice w niedostatku odumierają, na wyżywienie i wychowanie ich, y na insze wszystkie potrzeby górnicze, żeby wszyscy.... od każdego złotego zarobionego na każdy tydzień przy płacy.... grosz ieden od iednego złotego, od dziesiątka groszy ieden szeląg dawali.... do rąk pisarza naszego pod surowym karaniem i winą czternastu grzywien« (str 44).

Niemniej ciekawe wiadomości znajdujemy w »Zapiskach« Dra Giedroycia o podrzucaniu dzieci: »Podrzucanie dzieci było tolerowane, byleby niemowlęta składano w miejscu bezpiecznem i ku temu wskazanem. Podług przywileju Zygmunta Augusta z r. 1552 dla szpitala sierót w Gdańsku (Xenodochium Orphanorum) »»każdy przyłapany na podrzuceniu dziecka w innem miejscu, nie zaś w tym szpitalu, ma uledz karze cielesnej lub innej publicznej, ten zaś kto winien będzie śmierci dziecka podrzuconego i przez psy i świnie pogryzionego, ma głowę dać««. O kole do składania niemowląt-podrzutków podawano w Warszawie ogłoszenia do pism publicznych; czytamy np. w »Gazecie Warszawskiej« z dnia 13. stycznia 1776 r.: »»Dla zapobieżenia publicznemu zgorszeniu i dwoiakiey niewiniątek śmierci, gdy pod progi, drew stosy i inne ludziom niewiadome mieysca, dzieci złego łoża kładzione, od zimna i głodu umierać muszą, donosi się Publico, iż przy furcie Szpitala Generalnego Warszawskiego pod tytułem Dzieciątka Jezus iest umyślnie zrobione koło, czyli szafeczka od ulicy dzień i noc otworem stojąca, tym końcem, aby tam dzieci złego łoża kładzione z ulicy, a obrócone tymże kołem do Szpitala bez żadnej trudności dostawać się mogły«« (str. 12).

Znamienne są również przepisy przeciw żebrakom, do pracy zdolnym. W »Ustawach dla miasta Poznania«, przez »Komisyę Dobrego Porządku« ułożonych (autor nie podaje daty tych ustaw), znajdujemy ustęp o »dziadach i babach po mieście i przedmieściach tułających się«. »Ponieważ po mieście — czytamy w ustawach rzeczonych — znaczna zagęściła się liczba ubóstwa, z których jedni prawdziwie podeszłego i zgrzybiałego wieku, oraz kalectwem złożeni, drudzy zaś zapuściwszy brody podeszłość wieku jakoby oznaczające i nikczemną odzieżą powlekłszy ciało swoje, lubo do roboty zdatni, jednakże na próżniactwie wiek swój i pijaństwie (jak się widzieć daje) trawią, przeto Komisya, nie chcąc przepomnieć tej sprawiedliwej, dla zapobieżenia próżniactwu i rozeznaniu prawdziwie kaleki lub nie, okoliczności, zawiadamia, iż wszyscy kalecy ubodzy, baby i dziady do roboty niezdatne, powinni mieć zaświadczenie od doktorów poznańskich prawdziwe, któreby kalectwo ich lub niezdatność do roboty oznaczały, inaczej nie mający takowego zaświadczenia zleca Komisya instygatorowi policyi miejskiemu tudzież hetmanowi i pachołkom ratusznym takowych dziadów i baby do roboty zdatnych łapania, ich z oszukania ludzi zgromadzonych zbiorów zabrania i sobie przywłaszczenia, na ratusz wtrącenia, tam przez niedziel cztery trzymania, do roboty i chędożenia miasta codziennie wyprowadzania, w każdy Piątek rózg pięćdziesiąt każdemu wyliczenia, po tym ogolenia i z ratusza po wyjściu niedziel czterech wypuszczenia, nad czym Szlachetny Magistrat mieć będzie wszelką baczność, doktorowie zaś, iż rzetelnie dawać będą zaświadczenia, Komisya spodziewa się. Żeby zaś niniejsze rozrządzenie było każdemu wiadome, Komisya na czterech rogach Rynku przy trąbie ogłaszać przez cały tydzień codziennie nakazuje« (str. 95).

Z ustępów wyżej przytoczonych czytelnik osądzić może, z jakiego rodzaju materyałem historycznym będzie miał do czynienia, czytając »Zapiski« Dra Giedroycia.

Najcenniejszą częścią omawianej pracy Dra Giedroycia jest, zdaniem mojem, część druga, zawierająca bardzo skrzętnie zestawiony spis szpitali w dawnej Polsce. Lecz tej właśnie części pracy Dra Giedroycia można zrobić dwa, nieznaczne zresztą, zarzuty. Pierwszy zarzut ściąga się do niezawsze ścisłego określania miejscowości, w których znajdowały się szpitale. Ponieważ dawna Polska dzieliła się na województwa, te zaś na powiaty, ziemie i księstwa (do Województwa Krakowskiego należały np. trzy księstwa: Oświecimskie, Zatorskie i Siewierskie), przeto byłoby najwłaściwiej, określając miejscowość, w której się szpital znajdował, podać w nawiasie województwo i powiat, ziemię lub księstwo. Natomiast Dr Giedroyć raz podaje tylko nazwę województwa, w którem się znajdowała dana wieś lub dane miasteczko, szpital posiadające; drugi raz tylko nazwę powiatu; trzeci raz wymienia tylko dekanat, w innym wreszcie razie zupełnie bliższych określeń nie podaje (np. na str. 26 mówiąc o Gombinie i o Goraju, nie wspomina ani nazwy powiatu, ani nazwy dekanatu, ani nazwy województwa, w których się te miejscowości znajdowały). Niewłaściwem również wydaje mi się podawanie nazw gubernii dla bliższego określenia pewnej miejscowości (na str. 39 powiedziano, że Łask leży w gub. piotrkowskiej, a na str. 52, że Rypin znajduje się w gub. płockiej), gdyż w dawnej Polsce gubernii nie było.

Drugi zarzut dotyczy braku dokładnego podawania źródeł wiadomości o każdym szpitalu. Wprawdzie w tych przypadkach, w których autor czerpał wiadomości z rękopismów, źródło zawsze jest podane; lecz w tych przypadkach, w których autor zbierał wiadomości z dzieł drukowanych, — a przypadków takich jest znaczna większość, — źródła nie podaje, ograniczając się jedynie do wyliczenia we wstępie dzieł, z których korzystał. Chcąc przeto odszukać drukowane już źródło wiadomości o jakimś szpitalu, trzebaby przejrzeć wszystkie dzieła, z których autor korzystał.

Poza temi dwiema drobnemi usterkami nie znalazłem w »Zapiskach« Dra Giedroycia nic, coby obniżało choć cokolwiek wartość cennej jego książki. *A. Wrzosek.*

Doc. Hildebrandt: **Schemat tułowia.** (Monachium, J. F. Lehmann 1907, Mk 1,20).

Schematy Hildebrandta do wrysowywania wyników badania fizycznego obmyślone są praktyczniej, niż inne, zwykle używane, tułów bowiem jest w nich narysowany nie w 2 częściach (przedniej i tylnej), lecz w rozwinięciu; dzięki temu dokładnie można oznaczyć zmiany części bocznych. Zeszyt kieszonkowy obejmuje 20 schematów. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Goldscheider. **O opukiwaniu serca.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 28, 1907). Autor broni dawniej wypowiedzianego zapatrywania, że bardzo ciche opukiwanie serca najłatwiej i najpewniej wyznaczy prawdziwe granice serca (stłumienie

względne). Poleca więc opukiwanie przy prawidłowym oddechu i sprawdza dolne lewe i prawe granice serca przy głębokim wdechu. Curschmann i Schlayer twierdzą, iż prawą granicę serca przy słabem opukiwaniu stanowi pierwsza zmiana jawności tonu, a nie odgłos tępy. Przyznając słuszność ich zapatrywaniu w nielicznych przypadkach, stwierdza G., że pukają oni zbyt silnie. Sprzeciwiając się zapatrywaniom Weila, że opukiwanie sięga najwyżej 4 ctm. w głąb płuca, wypowiada G. zapatrywanie, że odgłos powstaje przez resonacyę całego płuca, a więc przy cichem opukiwaniu odgłos musi już wtedy tępieć, gdy pod miejscem opukiwanem w głębi nawet znajdzie się narząd bezpowietrzny. Przy opukiwaniu, jako pukadła (plesymetru), używa G. lekko zakrzywionego pręcika szklanego, którego koniec obuwa w czapeczkę gumową. Za dobre strony takiego plesymetru uważa G. małą przestrzeń opukiwania, łatwe wnikanie w głąb międzyżebrzy i ułatwienie słabego pukania wskutek oddalenia palca od skóry. *Dr Skórczewski.*

E. Jourdron. **Zmiany na ostatnich członkach palców przy zwężeniu ujścia tętniczego prawego (t. płucnej).** (*Maladie bleue*). (*Presse méd.* 1907, Nr 98). Obok innych zmian, jakie w tej chorobie występują na palcach, jak zgrubienie, zaokrąglenie, zasinienie, zwraca J. uwagę na zmiany w kościach. Za pomocą promieni Roentgena stwierdził J., że kości ostatnich członków palców stają się więcej porowate, gąbczaste, a nadto są na końcach zgrubiałe. Zmiany te są następstwem upośledzonego odżywiania. *Dr Sermak.*

Presslich. **Przyczynek do kazuistyki palców pałeczkowatych przy wadzie serca.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 41). W przypadku wady wrodzonej serca (zwężenie ujścia tętniczego prawego, braki w przegrodzie komór i przedsionków, niezarośnięcie przewodu Botalla) i przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej spostrzegał P. wybitne palce pałeczkowate. P. podziela zdanie Gerhardta i Liebermeistra, że zmiana ta powstaje wskutek zastoju w najbardziej odległych od serca kończynach. *Pisarski.*

Weiss. **Przyczynek do rozpoznawania powolnego zaczopowania tętnicy głównej.** (*Zeitschrift fur klin. Med.* Tom LXII). W przypadku autora, spostrzeganym przez 7 tygodni, stwierdzono na sekcyi: Zapalenie zastawki trójdzielnej po połogowem zapaleniu żył (*thrombophlebitis puerperalis*), w płucu prawem zupełny, w lewem częściowy zator tętnicy płucnej. Przypadek o tyle ciekawy, że objawy kliniczne były niewielkie: szorstki szmer skurczowy nad sercem (wychodzący z nad końca), krótszy odgłos opukowy nad lewym dolnym płatem płuca, niewielki ból w tem miejscu, bolesne miejsca w okolicy lędźwiowej, lekkie obrzęki i ślad białka w moczu. Dopiero w 2 ostatnich tygodniach wystąpiła gwałtowna duszność. Ponieważ nagłego napadu nie było, przyjąć należy, że pierwotnie z zaczopowanych żył miednicy dostawały się zakażone cząsteczki skrzepów do płuc, wywołując małe zawały, których badanie kliniczne wykryć nie mogło. Ostatecznie przez narastanie zatorów doszło do zupełnego zamknięcia światła naczyń. Powolny przebieg sprawy i wytwarzanie się krążenia ubocznego tłómaczą brak silniejszej sinicy, co się zaś tyczy szmeru, to zdaniem wszystkich autorów szmer skurczowy, występujący nagle w podobnych przypadkach w 2. i 3. międzyżebrzu, blizko mostka, jest cechą rozpoznawczą zatkania tętnicy plucnej. Stosownie do położenia zatoru, w pobliżu zastawek mogą powstawać różne zjawiska osłuchowe, ale mają tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli występują nagle. *Dr Kluger.*

Doc. Mönckeberg. **O pierwotnej miażdżycy tętnicy płucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 31). W 2 przypadkach, w których za życia rozpoznano: w pierwszym zapalenie wsierdzia, w drugim: niedomogę serca i niedomykalność zastawki dwudzielnej, stwierdzono przy sekcyi:, znaczny przerost i rozszerzenie komory prawej, oraz zmiany w ścianach tętnicy płucnej. Badanie drobnowidowe wykryło rozległe zmiany w drobnych rozgałęzieniach tętnicy. Ponieważ zmiany były ciężkie i wywołały zwężenie światła naczyń, jakoteż utratę sprężystości ich ścian, upatruje w nich M. przyczynę przerostu komory prawej. Uważając je za miażdżycę, zastanawia się nad ich patogenezą. Wyłączywszy jako powód powstania choroby ogólne i wpływy trujące, (gdyż musiałyby one wywołać zmiany także i w układzie tętniczym krążenia wielkiego), a uwzględniając niezwykle młody wiek dotkniętych zmianami osobników, przypuszcza M., że chodzi tu o wrodzoną alteracyę ścian tętnicy płucnej, która wywołała przedwczesne ich osłabienie. Wskutek tego powstały przy prawidłowem ciśnieniu krwi uszkodzenia ścian naczyniowych i wyrównawcze bujanie błony wewnętrznej. *Dr Wł. Kluger.*

Josué. **Drobne oznaki miażdżycy tętnic.** (*Presse méd.* 1907, Nr 86). Autor zestawia całokształt drobnych objawów i zaburzeń, uchodzących naszej baczności, a stanowiących wczesny obraz zwapnienia tętnic. Chory z łatwością nuży się przy pracy, którą dawniej wykonywał bez trudu. Rysy twarzy wyrażają zmęczenie. Chory nie znosi pewnych ciał (np. wyskoku), które dawniej dobrze znosił. Pojawiają się zmiany naczynioruchowe w postaci zaczerwienienia lub bladości twarzy, uczucia zimna w rękach i w nogach, lub kolejnego zaczerwienienia się i blednięcia twarzy, których przedtem nie było; zaburzenia nerwowe w postaci obniżonej zdolności do pracy, zmiany charakteru ze spokojnego na drażliwy i gwałtownie wybuchający, bole głowy po wysiłkach fizycznych lub psychicznych, nieprawidłowe uczucia mrowienia i kłucia dłużej lub króciej trwające, uczucie ciężkości pojedynczych członków ciała zrana, uporczywe nerwobole międzyżebrowe, w kończynach i w zakresie nerwu trójdzielnego, uczucie bolu w różnych okolicach ciała, częste zawroty głowy, trudne usypianie i niespokojny sen, nie przynoszący uczucia orzeźwienia. Znamienne dla miażdżycy są wybitne objawy neurastenii, o ile ona poprzednio nie istniała, lecz wystąpiła po 45. roku życia. Zwłaszcza po urazach rozwijają się zmiany miażdżycowe często w szybkiem tempie. Oprócz powyższych objawów zauważono przy miażdżycy upośledzenie słuchu, szum w uszach, przejściowe zaburzenia wzroku, lekką duszność przy wysiłkach fizycznych, krwawienia z nosa, obrzęki stóp, bicie serca połączone z trwogą, wysokie parcie tętnicze, które jednakże nie stanowi według najnowszych badań Dunina, Sawady i Groedla bezwzględnej reguły. Często objawy zapalne ze strony nerek bywają objawem zwiastunowym miażdżycy tętnic. Powyższy całokształt objawów ma bardzo wielką doniosłość w praktyce, gdyż wskazuje na schorzenie tętnic w okresie, w którym jeszcze udaje się zmiany chorobowe skutecznie zwalczać. *Dr Blassberg.*

Schmoll. **O objawach ruchowych, czuciowych i naczynioruchowych, wywoływanych stwardnieniem tętnic wieńcowych, oraz zmianami chorobowemi lewej połowy serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 41). Powyżej wspomniane objawy dadzą się, chociaż w nieco odmiennej postaci, spostrzegać tak w czasie napadu, jak i w okresach pomiędzy napadami. W pierwszym razie występuje z zakresu zjawisk czuciowych uczucie trwogi, oraz znamienny ból. Autor potwierdza przypuszczenie Gibsona, że ból promieniować może ku stronie prawej tylko wtedy, gdy są zmiany także w prawej komorze serca. Objawy ruchowe występować mogą jako podrażnienie, bolesny kurcz mięśni międzyżebrowych, lub objawy porażenia, albo niedowładu, zwłaszcza lewej ręki. Tamże występująca trupia bladość jest wyrazem zmian naczynioruchowych. W czasie, od napadów wolnym, zmiany w czuciu, uczucie ucisku w dołku, utrzymujące się stale, oraz t. zw. gęsia skóra tworzą zakres zmian czuciowych, wzmożone napięcie mięśni, oraz osłabienie lewej ręki stanowi zbiór objawów ruchowych; jako objawy naczynioruchowe przeważają, odwrotnie, jak w czasie napadu: objawy podrażnienia nerwów rozszerzających naczynia, spotykamy więc częściej zasinienie, niż bladość. *Dr M. Godlewski.*

Pawiński. **O leczeniu dusznicy bolesnej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 46). Cierpienie to polega na zwężeniu światła tętnic wieńcowych serca, przez co dopływ krwi tętniczej do mięśnia sercowego bywa upośledzony. Natężenie jednak objawów chorobowych nie stoi w żadnym stosunku do rozległości zmian anatomicznych w tętnicach wieńcowych. P. tłómaczy ten niestosunek 1) różnym stopniem pobudliwości nerwowego narządu serca, 2) różnem sadowieniem się zmian, gdyż zmiany niektórych części mięśnia sercowego usposabiają więcej do powstawania dusznicy bolesnej, 3) wreszcie różnym stopniem zmian anatomicznych w samym mięśniu sercowym w następstwie zmniejszenia się dopływu krwi. Dusznica bolesna może polegać nietylko na zmianach anatomicznych, ale na zaburzeniach w unerwieniu naczyń, a początkowe objawy jej sprawiają raczej wrażenie choroby nerwowej, aniżeli choroby, polegającej na zmianach anatomicznych w naczyniach. Był nawet czas, kiedy chorobę tę uważano wyłącznie za nerwicę. W pierwszych okresach choroby, kiedy chorzy uskarżają się na powszechnie znane dolegliwości, i kiedy wyobraźnia ich przedstawia im ich cierpienie w bardzo czarnych barwach, powinien lekarz stosować leczenie psychiczne i podać nieco bromu. Jeżeli badanie przedmiotowe stwierdzi silne napięcie tętnic, to należy podawać przetwory jodowe; P. przestrzega jednak przed dawkami dużemi. Przy nagłem i silnem ujawnieniu się choroby stosuje się brom, morfinę, leżenie w łóżku, zabiegi wodolecznicze i kąpiele gazowe; kąpieli gazowych należy jednak unikać przy silnem napięciu tętnic. Dyeta powinna się składać z mleka i jarzyn. Przy silnych dolegliwo-

ściach żołądkowych polecić można picie wody karlsbadzkiej lub maryenbadzkiej lub podobnych. Przy leczeniu i uregulowaniu sposobu życia może dusznica w początkowym okresie przejść w wyleczenie, najczęściej jednak choroba rozwija się dalej, a zdarza się, że i w początkowych okresach chorzy giną. O ile w pierwszym okresie występują napady bolów wskutek silniejszych ruchów, to okres drugi cechuje się występowaniem napadów nawet wśród zupełnego spokoju, a chorzy w tym okresie zaczynają się uskarżać i na uczucie braku powietrza; bezpośrednio po napadzie stwierdzić się często daje rozszerzenie serca, a napięcie tętnic zmniejsza się. Jestto okres, w którym leżenie w łóżku, bezwzględny spokój i podanie naparstnicy oddają dobre usługi; można także podawać strofantus po 6—12 kropli 3 razy dnia; co do przetworów jodu należy w tym okresie zachować ostrożność. W okresie trzecim występują napady bardzo często, duszność wysuwa się na pierwszy plan i bywa przez krótki ból tylko poprzedzana; cała choroba przybiera znamiona choroby mięśnia sercowego i istotnie polega w tym okresie na jego zwyrodnieniu. W okresie tym rokowanie jest niepomyślne, a leczenie nie na wiele się przydaje. Podczas napadu znajduje chory instynktownie położenie, w którem najłatwiej znosi cierpienia. Dobre usługi oddają leki rozszerzające naczynia, jak nitrogliceryna, azotyn amylowy (*amylium nitrosum*) i sodowy (*natrium nitrosum*); jeżeli leki te zawodzą, to wstrzykiwać można morfinę, którą w przypadkach znacznego zwyrodnienia mięśnia sercowego łączyć należy z kofeiną lub kamforą. Jeżeli błąd dyetetyczny wywołuje napad, należy wywołać wypróżnienie zapomocą lawatywy lub lekko przeczyszczającego środka. Samoobronę posiada ustrój czasem w wytwarzającej się czynnościowej wadzie serca, przez co czynność pewnych odcinków serca się wzmaga, pewnych zaś obniża, a wynikiem ostatecznym tego jest regularniejszy dopływ krwi do tętnic wieńcowych. *Pisarski.*

Rosenfeld F. **W sprawie leczenia tętniaków tętnicy głównej.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 17). Jeżeli przez wywiady stwierdzimy kiłę lub jakieś za nią przemawiające dane, to należy przeprowadzić leczenie swoiste. Gdy ono nie odnosi skutku, zalecamy spokój i odpowiednią dyetę i staramy się rozstrzygnąć, czy tętniak ma kształt worczasty, czy też wrzecionowaty. W tym celu oprócz opukiwania posługujemy się dokładnem badaniem stosunków tętna, badaniem laryngologicznem, promieniami Roentgena. Gdy można przypuszczać tętniak worczasty, próbujemy wstrzykiwań żelatyny; przy tętniaku zaś wrzecionowatym zaleca R. wstrzykiwać 3 razy tygodniowo przez 4—5 tygodni stagninę w mięśnie pośladkowe (po 1—2 ctm.³). W razie wątpliwości należy zacząć od wstrzykiwań stagniny, jako mniej niebezpiecznych od wstrzykiwań żelatyny.

Dr M. Lauterbach (Wieden).

Strümpell. **O łączności pomiędzy wiądem rdzenia, a chorobami serca i naczyń.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). Już dawniej zwracano uwagę na stosunkowo częste występowanie wiądu rdzenia obok niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Po największej części uważano to za zjawisko zupełnie przypadkowe, byli jednak i tacy, którzy uważali niedomykalność aorty za sprawę wtórorzędną, od wiądu zależną, za zmianę odżywczą, analogiczną do schorzeń stawów lub skóry w przebiegu wiądu. Dzisiaj, poznawszy rolę kiły w etyologii wiądu, powszechnie przyjęto, że tak wiąd, jak i choroby serca i naczyń, tak często razem występujące, mogą być skutkiem tej samej przyczyny, t. j. przebycia kiły. Chorzy na wiąd ze zmianami serca podają prawie zawsze w wywiadach przebycie kiły, prawie zaś nigdy nie podają ostrego gośćca stawowego; uderza także, że zmiany w narządzie krążenia usadawiają się przeważnie na zastawkach aorty lub w samej aorcie w postaci miażdżycy i tętniaków. Wielka liczba tych przypadków, zebranych ostatnimi czasy, doprowadziła do zrozumienia niektórych objawów, dawniej fałszywie tłómaczonych, jak n. p. stałego przyspieszenia tętna u chorych na wiąd, napadów dusznicy bolesnej lub dychawicy sercowej; są to wszystko objawy miażdżycy, a odnieść się je musi do przebycia kiły. Dawniejsi autorowie zaznaczają z naciskiem, że zmiany w sercu spotyka się często w przypadkach daleko posuniętego wiądu rdzenia. S. zaś zwraca uwagę szczególną, że wśród chorych zgłaszających się do lekarza z powodu dolegliwości sercowych, polegających na zmianach miażdżycowych, uderza częstość początkowych objawów wiądu rdzenia. Z objawów tych często napotykał S. zwężone albo nierówne i na światło nie oddziaływające źrenice. Drugim częstym objawem jest brak odruchów ścięgien Achillesa, a jest on objawem wcześniejszym od braku odruchów kolanowych. Pamiętać należy, że brak odruchów może poprzedzać ich wzmożenie. Baczną uwagę zwracać należy na zachowanie się napięcia mięśni kończyn dolnych, hypotonia jest bowiem często wczesnym objawem wiądu; napięcie mięśni bada się zapomocą wykonywania biernych ruchów kończyną w położeniu leżącem. Z innych wczesnych objawów wiądu rdzenia należy szukać znamiennych zaburzeń w czuciu, dalej uwzględnić wywiady, szczególnie co do bólów przeszywających w kończynach dolnych, zaburzeń pęcherzowych, napadów żołądkowych (*crises gastricae*) i t. p. Badając etyologicznie przypadki wspólnego występowania objawów »miażdżycowych« z objawami wiądu rdzenia, stwierdził Müller, że w 79 prc. kiła jest niewątpliwie przyczyną; S. znajdował w 62% niewątpliwie przebytą kiłę, jednak i resztę przypadków odnosi etyologicznie do kiły, chociaż nie zdołał wykryć niewątpliwych jej dowodów. Pod tym względem pokłada S. na przyszłość wielkie nadzieje w serodyagnostyce kiły, ale już na podstawie swojego dotychczasowego doświadczenia twierdzi, że przyczyną wiądu jest zawsze kiła. Odnosi się to wyłącznie do wiądu, gdyż zmiany miażdżycowe w tętnicach mogą mieć i inną przyczynę. Co do sposobu, w jaki się te zmiany w następstwie kiły rozwijają, to już przed laty wypowiedział S. zapatrywanie, że wiądu rdzenia nie należy uważać za wyraz kiły trzeciorzędnej, lecz za następstwo działania swoistych toksyn kiłowych, a zatem za objaw, analogiczny do porażeń pobłoniczych. Obecnie wypowiada S. przypuszczenie, że i zmiany miażdżycowe w tętnicach mogą częściowo być toksycznego pochodzenia. Ponieważ jednak nie u każdego, kto przebył kiłę, rozwija się wiąd rdzenia, porażenie postępowe lub zmiany miażdżycowe w tętnicach, należy przypuścić, że do wystąpienia tych zmian konieczne są czynniki wspierające. Z takich czynników, wspierających rozwój wiądu, można często stwierdzić uraz, wspierających zaś rozwój miażdżycy tętnic: długotrwałe wysiłki fizyczne, przewlekły alkoholizm i stałe nadużywanie tytoniu. Początkowe objawy wiądu, rdzenia, jakie S. tak często napotykał w przebiegu chorób serca, nie rozwijały się częstokroć w dalszy obraz choroby, lecz całe lata stanowiły jedyny objaw wiądu. Taką postać radzi S. nazywać »wiądem szczątkowym« (»rudimentäre Tabes«, zamiast »beginnende Tabes«). Łączne występowanie zmian w sercu i tętnicach z innemi postaciami kiły jest także znane. S. spostrzegał przypadki wspólnego występowania zmian w sercu z porażeniem postępującem lub kilakiem w wątrobie. *Pisarski.*

Neurologia.

Marburg. **W sprawie patologii ciężkiej myastenii.** (*Zeitschr. f. Heilkunde* 1907, T. XXVIII, Z. IV). Zmiany, jakie stwierdzano w ciężkiej niedomodze mięśniowej, dotyczyły różnych narządów. Najczęściej spostrzegano albo utrzymywanie się grasicy w wieku dojrzałym, albo taki jej stan, który budził przypuszczenie nowotworu: mięsaka limfatycznego. Nadto spostrzegano nacieki drobnokomórkowe w wątrobie, albo w nadnerczach. Nacieki te tłómaczono albo jako przerzuty mięsaka limfatycznego, albo upatrywano w nich limfotoki. Wspólną wszystkim ogłoszonym przypadkom zmianą były jednak nacieki limfatyczne w mięśniach. Przytem w samych mięśniach nie znajdowano zazwyczaj zmian. M., badając mięśnie w ciężkiej myastenii zapomocą metody Marchiego, stwierdził w nich przerywany (*discontinualis*), więc nie na całą długość poszczególnych włókien rozciągający się rozpad tłuszczowy, oszczędzający przytem obok siebie leżące włókna. Naciek drobnokomórkowy składał się z zwykłych limfocytów i z jąder, które M. uważa za pochodzące od jąder owłókni mięśniowej. Na podstawie tych spostrzeżeń uważa M. sprawę anatomiczną za miąższową sprawę zwyradniającą z odczynem zapalnym w postaci naciekowej (*myositis degenerativa*). Myastenia jest więc mięśniopochodnem schorzeniem mięśniowem. Z obrazu klinicznego choroby można wyjąć pewne szczegóły, które popierają to jej pojmowanie: czasami dołączające się zaniki, kojarzenie się z przerostem wrzekomym (*dystrophia*), skłonność do poprawy, czy wyzdrowienia, która w razie przerzutów i limfotoków byłaby niezrozumiałą. Znamy w neurologii dwa jeszcze takie cierpienia, których anatomiczną podstawę stanowi zwyradniające zapalenie, mogące częściowo lub całkowicie się wyrównać, a które klinicznie przebiegają bez gorączki i etapami (»in Schüben«): stwardnienie rozsiane i zapalenie nerwów Gombaulta. *Orzechowski* (Wiedeń).

Souques i Barbé. **Wiąd i jamistość rdzenia.** (*Rev. neurol.* 1907, Nr 18). Zespół tych chorób znaleziono po śmierci u kobiety 50-letniej, u której za życia spostrzegano tylko objawy wiądu. Obok zmian, typowych dla wiądu, znaleziono, począwszy od 8. odcinka po 5. odcinek piersiowy, glejak, usadowiony w brzusznej części powrózków tylnych na pozór bez związku

z kanałem środkowym rdzenia. Poniżej 5. odcinka piersiowego rdzenia glejak znika, pojawia się napowrót w 7. i 8. odcinku piersiowym. Górny glejak zawierał w środku jamę, której związek z kanałem środkowym rdzenia powiodło się stwierdzić po dokładnem przeszukaniu skrawków. Jednoczesne występowanie wiądu i jamistości rdzenia może być przypadkowem. Może ono też jednak zależeć od tej samej przyczyny wywołującej, od kiły, która przecież w etyologii jamistości rdzenia odgrywa pewną rolę. Tego rodzaju nieliczne przypadki współistnienia wiądu i jamistości mają analogię z liczniejszymi przypadkami porażenia postępującego, które się również wikłały z jamistością rdzenia. I w tych przypadkach kiła była prawdopodobnie przyczyną, wywołującą obie choroby. *Orzechowski* (Wiedeń).

Albrecht. **Stosowanie i wartość lecznicza weronalu w porównaniu do starszych leków nasennych.** (*Heilkunde* 1907, H. 10). Na obfitym materyale (700 przypadków) stwierdził A. korzystne działanie weronalu, nie zauważywszy nigdy ujemnego działania. Ogólnie biorąc uważa dawkę 1 gr. za konieczną u osobników silnych, u słabszych najmniej 0·50 gr. We wszystkich przypadkach psychoz działał weronal uspokajająco i nasennie, szczególnie zaś dobrze w zadumie i chorobach, polegających na wyczerpaniu, gdzie uwzględnić należy także to, iż weronal ma własności zaoszczędzania białka. Stosunkowo najmniej skutecznym okazał się weronal w przebiegu spraw, połączonych z silnem podnieceniem ruchowem. W porównaniu z innymi lekami posiada weronal zdaniem A. niezaprzeczoną wyższość. I tak, jakkolwiek wodnik chloralu jest jeszcze dzisiaj najpewniej działającym lekiem nasennym, to jednak i smak jego przykry i ujemne działanie na serce ograniczają jego stosowanie. Sulfonal działa późno, wydziela się z ustroju powoli, a przy dłuższem stosowaniu może wywołać zaburzenia w przemianie materyi i charłactwo. Trional działa podobnie do sulfonalu, lecz słabiej. Nieszkodliwym jest paraldehyd, często jednak zawodzi i ma nieprzyjemny smak. *Pisarski.*

Goldscheider. **O leczeniu napadu udarowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 48). Pierwszym zabiegiem powinno być odpowiednie ułożenie chorego. Głowa powinna leżeć wysoko, z szyi należy usunąć wszelkie części ubrania, któreby mogły utrudniać krążenie żylne. Chorych najlepiej zostawić w tem miejscu, gdzie zachorowali, a nie przenosić ich. Korzystnie działają chłód w pokoju i ograniczony dopływ światła. Przy utrzymanej przytomności wzbrania się chorym wszelkich ruchów, przy utracie zaś mowy, wszelkich wysiłków porozumiewania się z otoczeniem. Otoczenie powinno się zachować spokojnie i oszczędzać choremu tak smutnych, jak i wesołych wzruszeń. W tych przypadkach, w których się przypuszcza wybroczynę śródczaszkową, dobrze jest położyć worek z lodem na chorą połowę głowy. Jeżeli istnieje śpiączka, to szczególną uwagę należy zwrócić na oddychanie, ułożyć chorego nieco na bok, a język i szczękę dolną pociągać ku przodowi. Wymioty są bardzo niekorzystnym objawem z powodu niebezpieczeństwa dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych, przed tem niebezpieczeństwem chronić chorego należy przez ułożenie głowy ku górze i na bok i skrzętne usuwanie z ust i nosa zwymiotowanej treści. W tych przypadkach, gdzie rozpoznanie krwotoku śródczaszkowego jest pewne, gdzie istnieje silny nawał do głowy, a tętno jest dobrze napięte, radzi G. upust krwi. Po zabiegu tym można się spodziewać przynajmniej chwilowej poprawy, a opisywano spostrzeżenia, w których i stała poprawa potem nastąpiła. U chorych z drobnem, słabem, częstem tętnem i bladą skórą twarzy, upust krwi jest przeciwwskazany. Krew należy upuszczać z żyły lub zapomocą ciętych baniek w ilości 200 do 350 ctm.³. U chorych z silnym zapadem podać można wewnętrznie lub podskórnie środki podniecające, jak kamforę i eter. Jeżeli wystąpi silny niepokój lub drgawki, można się uciec do przetworów bromowych, a gdy te zawiodą, do morfiny i wodnika chloralu; u opilców radzi Goldscheider podawać małe dawki wyskoku, ażeby zapobiedz wystąpieniu obłędu. Bezsenność zwalcza się bromem, neuronalem, weronalem, morfiną i t. p. środkami. Przeciw bolom głowy, jeżeli okład lodowy nie wystarcza, podaje się antypirynę; przetwory salicylowe należy ostrożnie podawać. Niewiele wartości przypisuje G. środkom odciągającym, jak bańkom suchym, lawatywom z octu, i środkom ściągającym, podanym wewnętrznie. Po napadzie można chorego przez pewien czas pozostawić bez pożywienia, później ostrożnie próbować karmić go w naturalny sposób. Jeżeli to jednak z powodu braku odruchu połykowego jest niemożliwe, trzeba się uciec do odżywiania przez odbytnicę. Pokarmy powinny być nie drażniące, płynne lub papkowate. Chorzy podczas napadu udarowego cierpią często na zatrzymanie stolca i moczu, a o uregulowanie obu tych czynności dbać należy. Do wywołania stolca najlepiej się nadają lawatywy, środków czyszczących lepiej unikać; mocz w ostateczności należy wypuścić cewnikiem. Ażeby zapobiedz powstawaniu odleżyn, powinien chory wygodnie leżeć i być czysto utrzymywany. Następstwom napadu udarowego, tak częstym przykurczeniom kończyn porażonych, zapobiega się przez odpowiednie ułożenie kończyn i zastosowanie odpowiednich przyrządów, a także przez ostrożne wykonywanie ruchów biernych porażonemi kończynami, nie wcześniej jednak, jak po tygodniu trwania sprawy. Po upływie pewnego czasu można polecić wykonywanie ruchów czynnych, a działanie ich wspomódz można miesieniem zwykłem lub wibracyjnem i elektryzowaniem. Nie należy się spieszyć z pozwoleniem chodzenia; nawet w przypadkach najlżejszych powinien chory 2—3 tygodni przepędzić w łóżku. Ażeby przyspieszyć wessanie wynaczynionej krwi, podaje się przetwory jodowe, nie wcześniej jednak, jak po tygodniu od wystąpienia napadu. *Pisarski.*

Riegler. **Przyczynek do kazuistyki drżączki rtęciczej.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 94). Rtęcica zdarza się głównie w tych rodzajach przemysłu, w których pary rtęci dostają się do ustroju przez błonę śluzową dróg oddechowych. Tem ciekawszy jest przypadek R., dotyczący człowieka, trudniącego się zawodowo miesieniem, który dostał drżączki rtęciczej wskutek ciągłego wykonywania wcierań rtęciowych. U chorego tego nie ma drżenia gałek ocznych (*nystagmus*), istnieją zaś drżenie prawie rytmiczne języka, kurczowe drgawki mięśni twarzy, w których uczestniczą i mięśnie żuchwy, oraz drżenie kończyn. Siłą woli zdoła chory osłabić drżenie zwieszonych wzdłuż tułowia kończyn górnych tylko na 5—10 sekund. Odruchy ścięgniste kończyn górnych wzmożone, kolanowe niezmiernie wzmożone, niema jednak drgawek odruchowych stopy (Fussclonus), ani skurczów w kończynach dolnych. Odruchy podeszwowe bardzo żywe ze zgięciem wszystkich palców, odruchy brzuszne prawidłowe. W rozpoznaniu różniczkowem wchodzi w rachubę drżączka histeryczna. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Schneider. **Neurastenia, a przewlekła niedomoga nadnerczy.** (*Rev. de méd.* 1907, Nr 10). Często stan chorobowy organiczny, n. p. zaburzenia nadnerczy, przebiegają pod postacią neurastenii. Badania Sergenta i Bernarda pozwoliły wyróżnić niedomogę nadnerczy jako oddzielną jednostkę chorobową o cechach neurastenii, połączoną z zaburzeniami w krążeniu, a mianowicie nizkiem parciem (hypotension) tętniczem. Dwa przypadki autora, w których obok objawów neurastenicznych wystąpiły wybitne i stałe zaburzenia w krążeniu, pozwoliły rozpoznać przewlekłą niedomogę nadnerczy. *Dr Blassberg.*

Kölpin. **Brak odruchu kolanowego bez schorzenia układu nerwowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Autor opisuje prawdopodobnie wrodzony brak odruchów ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia trójgłowego i odruchu kolanowego lewego. Odruch kolanowy prawy, zwykle nie dający się wywołać, bywał czasem słabo zaznaczony. Po zimnej kąpieli również nie dawały się odruchy te wywołać. Natomiast nieobecny zwykle odruch podeszwowy występował po zimnej kąpieli. Schorzenia układu nerwowego, tak ośrodkowego, jak obwodowego, ani schorzenia mięśni nie można było wykryć. *Dr Skórczewski.*

Prof. Bókay. **O wartości systematycznego stosowania nakłucia lędźwiowego przy leczeniu zapalenia opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). B. zestawia 17 przypadków nagminnego zapalenia opon u dzieci, leczonych systematycznie nakłuciem lędźwiowem. Z tych 10 skończyło się wyleczeniem, 8 zupełnem; 1 chory przygłuchł, a u 1 wystąpiła głuchoniemota. 7 przypadków zakończyło się śmiercią, w 2 z nich, w których wykonano zaledwo jedno nakłucie, nastąpiła śmierć już w drugim dniu po przyjęciu. Z przypadków wyleczonych pięć dotyczyło dzieci niżej roku. B. zauważał stale po nakłuciu obniżanie się ciepłoty i liczby tętna, prócz zelżenia objawów podmiotowych. W przypadkach zakończonych śmiercią wydobywała się przy powtórnych nakłuciach zamiast obficie płynącego płynu mózgowo-rdzeniowego skąpa ilość ropiastej, lepkiej cieczy. W przypadkach niepomyślnych śmierć występowała przy powolnem obniżaniu się ciepłoty, raz nastąpiła śmierć przy ciepłocie niższej od prawidłowej, a raz przy gorączce nadmiernej. Na podstawie swego materyału uważa B. działanie nakłucia za znakomite; nietylko usuwało ono, zdaniem B., wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, lecz również i znaczną ilość drobnoustrojów swoistych i wskutek tego działało leczniczo. B. poleca nakłucia po-

wtarzać wraz ze wzmożeniem się objawów chorobowych, u dzieci małych przy wypuklaniu się ciemiączka. Nie należy wypuszczać więcej, niż 30 ctm. płynu. Wstrzykiwań 1 prc. lysolu, kollargolu, surowicy swoistej po nakłuciu lędźwiowem B. nie stosował.

Dr Skórczewski.

Klieneberger. **Badanie inteligencyi u uczniów i słuchaczów uniwersytetu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). K. badał inteligencyę zapomocą pytań, podanych przez Schulzego, nieco tylko zmodyfikowanych. Pytań było 55, tyczyły się rzeczy najprostszych, tak aby odpowiedzi nie sprawiały trudności. Na 39 badanych uczniów szkoły ludowej z najwyższej klasy spostrzegł K. 329 błędów, z tych 30 z powodu niedostatecznej wiedzy, a 167 z powodu złego wnioskowania; na 39 uczniów szkoły miejskiej również z najwyższej klasy 221 (23 z powodu nieświadomości), u 58 słuchaczy uniwersytetu tylko 134 błędów (25 z powodu nieświadomości). Czas szybkości odpowiedzi był u studentów również najkrótszym, wynosił $9^1/_2$ sekundy, u uczniów szkół miejskich $15^1/_2$, wiejskich 17 sekund. Autor sądzi, że z odpowiedzi uczniów, z ich sprawności, można wnosić o ich inteligencyi. Czas odpowiedzi jest tem krótszy, im większa jest inteligencya. Na pytania najprostsze odpowiadają zależnie od rozwoju inteligencyi uczniowie rozmaicie. Spostrzeżenia autora były stale potwierdzane przez nauczycieli. *Dr Skórczewski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przyrządzanie rozczynów protargolowych. Rozczyny protargolu prędko ciemnieją i mętnieją pod wpływem powietrza i pod wpływem barwy flaszki, w której się znajdują. Brüning (*Pharmaceut. Zeitung*, marzec, 1907) przyrządza rozczyny, utrzymujące się dobrze przez 15 dni, w następujący sposób: flaszkę czyści rozcieńczonym kwasem azotowym, potem wodą, następnie zagotowaną wodę wlewa do flaszki, a kiedy woda zupełnie wychłodnie, wsypuje na jej powierzchnię protargol, zatyka flaszkę, nie miesza, tylko czeka, aż się protargol sam rozpuści. *Stahr.*

Nowy postęp w technice rentgenowskiej. »Sanitas«, fabryka przyrządów elektrycznych w Berlinie, obmyśliła obecnie nowy przerywacz »Rotax«, który stanowi postęp w technice rentgenowskiej. Jak wiadomo, używa się dwóch typów przerywaczy: Wehnelta i rtęciowego. Przerywacz Wehnelta ma tę zaletę, że przerwy w nim są bardzo częste, przez co czas ekspozycyi skraca się, a obrazy przy prześwietlaniu są bardzo jasne. Przerywacz ten zużywa jednak dużo prądu, niszczy lampy, przy prądzie zaś zmiennym wymaga kosztownego przekształcacza i nie daje się zastosować do mniejszych akumulatorów. Przerywacz rtęciowy zużywa wprawdzie mało prądu, nie niszczy tak lamp, daje obrazy ostre na płycie fotograficznej, ale wskutek małej liczby przerw wymaga dłuższego czasu ekspozycyi i nie daje przy prześwietlaniu obrazu tak jasnego, jak przerywacz Wehnelta. Główną zaś jego wadą jest częste zanieczyszczanie się rtęci, co wymaga naprawy. Nowy przerywacz »Rotax« jest przerywaczem rtęciowym, ale przez możność częstych przerw i niezanieczyszczanie się rtęci łączy w sobie zalety obu przerywaczy, a nie ma ich wad. Daje więc przy prześwietlaniu jasny obraz, nadaje się do małych akumulatorów, przy prądzie stałym daje się dołączyć do każdego napięcia, ma urządzenie proste i pozwala na krótką ekspozycyę. Napełnia się go 400 grm. rtęci w 180 grm. nafty. Średnie zużycie prądu wynosi $2^1/_2$—4 miliamperów (przy przerywaczu Wehnelta do 25). Cena przerywacza około 180 marek. *K.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie społecznego położenia lekarzy i jego poprawy wygłosił Dr Ludwik Frey na Zgromadzeniu lekarzy południowych dzielnic Wiednia w dniu 17. X. b. r., nadzwyczaj ciekawe uwagi, które godzi się powtórzyć:

Stan lekarski społecznie coraz bardziej upada i coraz bardziej wskutek tego traci wpływ swój, jaki z natury rzeczy powinien wywierać na dobro ludności. Jest to jednak nietylko skutkiem tego, że warunki bytu lekarzy coraz bardziej się pogarszają. Że sprawa powodzenia materyalnego nie jest wyłączną społecznego upadania lekarzy przyczyną, wynika jasno z ogólnie znanego faktu, że w państwie wywierają główny wpływ właśnie owe warstwy, których położenie materyalne wcale nie jest godnem zazdrości, n. p. urzędnicy, natomiast ekonomicznie silniejsze grupy zawodowe często nie mają wpływów politycznych i społecznych, chyba że przez zwartą organizacyę zdołają wywalczyć sobie pewne zdobycze drogą parlamentarną. Zdobycze te jednak są drobne w porównaniu z owemi korzyściami, które odnoszą armia i urzędnicy mocą swego wpływu na losy państwa. Wpływ polityczny wzmacnia położenie materyalne, nie zaś odwrotnie, a przynajmniej nie zawsze. Na dowód znowu, że społeczne znaczenie lekarzy nie idzie wcale w parze z rozwojem nauk lekarskich, służy historya zawodu lekarskiego. I tak n. p. w połowie XVIII. wieku, kiedy tacy genialni ludzie, jak van Swieten, Boerhave, Frank, Haller, medycynę naukową pchnęli na nowe tory, to wprawdzie wpływ lekarzy znacznie urósł, kiedy jednak potem przyszedł upadek w postaci homeopatyi, to mimoto właśnie owi homeopatyczni lekarze dochodzili i do wielkich wpływów i dorabiali się czasem magnackich fortun. Potem znowu nauki lekarskie odrodziły się. Niebywałe zdobycze chirurgii i higieny i t. d. przyniosły wówczas ludzkości coraz większe korzyści, obniżyły śmiertelność i chorobowość, ale lekarzom nie przyniosły korzyści, ani nie zjednały wpływów. Z tego, że poszczególni lekarze cieszą się wielkimi wpływami, nie można wnosić, że cały stan dobrze się ma społecznie i materyalnie. W czasie rzymskiego cesarstwa było wielu lekarzy, pierwotnie niewolników lub wyzwoleńców, którzy dobili się wielkich wpływów, a mimoto cały stan lekarski był mało poważany i to dlatego, że obywatele rzymscy nie poświęcali się temu zawodowi, który wykonywali przeważnie niewolnicy lub wyzwoleńcy. Szczególną jest znowu historya lekarzy w Japonii. W starożytności wykonywali w Japonii medycynę jedynie cesarz, szoguni i najwyżsi dygnitarze. Naturalnym tego wynikiem wysokie poważanie medycyny. Później jednak dostała się sztuka lekarska w ręce jednego stanu i powoli traciła swe wielkie społeczne znaczenie. Z biegiem wieków wytworzyły się dwie kategorye lekarzy: jedni, pochodzący z kasty rycerskiej Samurajów, leczyli warstwy wyższe i cieszyli się szczególnymi względami i wpływami. Drudzy, którzy leczyli lud, byli pogardzani, a nawet prześladowani. A jednak jedni i drudzy posiadali tę samą wiedzę, która zresztą była właściwie tylko zbiorem zabobonów. Najlepszy dowód, że nie zawsze wysokie społeczne stanowisko musi iść w parze z wysokim stopniem wykształcenia.

Krótkie to roztrząsanie chyba dostatecznie przekonywa, że nie jest zgodne z prawdą, jakoby stan lekarski zawsze lub prawie zawsze upadał z powodu złego położenia materyalnego. Prelegent sądzi, że i obecny upadek stanu lekarskiego nie jest wyłącznym wynikiem biedy materyalnej, ale że główną tego zjawiska przyczyną jest coraz większy upadek poczucia godności zawodowej wśród samych lekarzy. I nie poprawi się położenie lekarzy, jeśli oni sami się nie ockną i z obecnej drogi nie zawrócą.

Przyczyny, dla których dzisiaj źle się dzieje lekarzom, leżą w nich samych i poza nimi, a są one następujące: przewrót społeczny w życiu ludów i państw, który nie oszczędził żadnego zawodu, przepełnienie w zawodzie, coraz drobniejsze specyalności, wielkie materyalne i umysłowe pretensye, gwałtowny i bezustanny postęp wiedzy, popularyzowanie medycyny, licha organizacya, brak poczucia wspólności zawodowej, obojętność wybitnych lekarzy na losy szarej, biedniejszej braci, a przedewszystkiem brak idealnego pojmowania swego powołania u lekarzy, którzy starają się coraz bardziej dogadzać zachciankom publiczności i próżności tłumu. Dla wielu wybitnych nawet lekarzy są ich zdolności, ich prace naukowe, wysokie stanowisko i sława, tylko środkiem do gromadzenia bogactw. Porównanie zawodu lekarskiego z innymi stanami, n. p. adwokackim, (chociaż on również upada), też wiele zdoła wyjaśnić. Warunki w zawodzie lekarskim są nierównie cięższe. Wydział prawniczy na wszechnicy, najwyższa instancya na polu nauki prawa, jedno z najbardziej wpływowych ciał, z którego państwo często powołuje mężów stanu, pozostaje pod względem towarzyskim i politycznym w ciągłym związku ze stanem adwokackim, którego wybitni przedstawiciele są członkami komisyi egzaminacyjnej przy prawniczych egzaminach państwowych. W ten sposób wyrównuje się różnica społeczna między obiema grupami. Wprost przeciwnie dzieje się w świecie lekarskim. Wydziały lekarskie bywają najsilniejszym konkurentem lekarzy

praktycznych. Każda zaś walka — a konkurencya jest walką — wywołuje przeciwieństwa. Wprawdzie obie grupy stykają się z powodu konsyliów. Ale tu znowu się okazuje, jak stopień położenia społecznego wpływa na honoraryum, a więc ma znaczenie i wpływ materyalny. Że zresztą liche społeczne ocenianie stanu lekarskiego nie jest bez wpływu i na tak zwane wielkości lekarskie, wynika dość jasno z tego, że gdy Niemcy odznaczają swych sławnych, publicznie działających lekarzy tytułem ekscellencyi i innymi najwyższymi zaszczytami, to w Austryi nigdy jeszcze nie udzielono tego tytułu lekarzowi, nawet żadnemu lekarzowi wojskowemu. A zwyczaj odznaczania lekarzy, przyjęty w Niemczech, nie jest bez korzyści i dla wewnętrznych stosunków stanu lekarskiego, dla wyrównania powstających w jego łonie różnic. Przez to, że w Niemczech każdy lekarz praktyczny po 25-letniej praktyce ma prawo do tytułu radcy sanitarnego, przez to, że zasłużeni, publicznie poważani i naukowo wykształceni lekarze dostają często tytuł profesorski, stworzono powolne przejście, które łagodzi przeciwieństwa między społecznemi grupami lekarskiemi. Nadto chroni ten sposób starszych, wyczerpanych pracą lekarzy przed kolegami młodszymi, którzy są ruchliwsi i do konkurencyi zdolniejsi. Gdyby pod tym względem Austrya szła za wzorem Niemiec, to byłoby rzeczą niemożliwą, żeby n. p. zupełnie pomijano jubileusze zasłużonych lekarzy, gdy zwykły woźny rządowy, przechodzący w stan spoczynku, dostaje krzyż zasługi, a naczelnik straży ogniowej nawet order. W państwie monarchicznem, jak Austrya, nie jest sprawa tytułów podrzędną, podnoszenie tej sprawy nie jest wynikiem próżności, lecz ma znaczenie praktyczne. Dlatego należałoby się nad sprawą tą dobrze zastanowić i uczynić ją jednym z desyderatów lekarskich.

Przypatrzmy się jeszcze nieco więcej stosunkom adwokackim. Już tytuł adwokata (u nas »krajowy«, »dworski i sądowy« w Wiedniu — Hof- und Gerichtsadvokat) podnosi go na wyższy poziom społeczny i łatwo da się zrozumieć, dlaczego adwokaci energicznie protestowali przeciw zniesieniu tego tytułu. — Donioślejsze jednak jeszcze znaczenie ma to, że przy egzaminach adwokackich obok wysokich funkcyonaryuszy sądowych zasiadają jako egzaminatorowie adwokaci, których deleguje Izba adwokacka. Przywilej taki jest nieoceniony dla społecznego i materyalnego rozwoju tego stanu i dla znaczenia i powagi Izb adwokackich.

I stan lekarski miał niegdyś w Austryi podobny przywilej, ale mu go poprostu odebrano. Każdy dyplomowany lekarz był dawniej członkiem kollegium doktorskiego, które delegowało zawsze do egzaminów lekarza praktyka jako komisarza egzaminującego. Dzisiejsze organizacye lekarskie (Izby lekarskie) powinnyby starać się o odzyskanie utraconych praw, a byłoby to zadanie ważne i wdzięczne. Delegat Izby powinienby przyczyniać się do podniesienia wartości egzaminu.

A teraz zważyć należy olbrzymie wogóle różnice znaczenia Izb lekarskich i adwokackich. Różnica ta odbija się też na położeniu materyalnem i stanowisku społecznem obu zawodów. I dlatego powinni lekarze przedewszystkiem z całych sił swych dążyć do tego, żeby dla Izb swych uzyskać taką władzę, jaką już od dawna cieszą się Izby adwokackie ku wielkiemu pożytkowi swoich członków. Lepiej nie mieć żadnej Izby, niż taką, jak obecnie. Zarzut, że Izby nasze mogłyby przy rozszerzeniu ich praw dyscyplinarnych stać się narzędziem w rękach partyi [stojącej u steru, jest bezpodstawny. Najlepszym dowodem są właśnie Izby adwokackie, które działają w sposób prawdziwie wzorowy i przedmiotowy. Bo kto zostanie obrany do ciała dyscyplinarnego, tego bezwarunkowo owłada uczucie odpowiedzialności i to przeświadczenie, że od jego wyroku zależy często dobro i powodzenie całego stanu. Dla Izb lekarskich należy koniecznie wywalczyć prawo wykluczania osobników poniżających stan cały, jeśli stan lekarski ma się stać w życiu państwa i społeczeństwa znowu tym poważnym czynnikiem, jakim być powinien ze względu na swą doniosłą działalność, swą inteligencyę i wytrwałą pracę swych członków.

Wreszcie podnosi prelegent potrzebę utworzenia ministerstwa zdrowia. Zastępstwo naszego zawodu w rządzie byłoby jedną z najpotężniejszych dźwigni dla uzyskania korzyści społecznych i materyalnych. Rzecz tę jednak trudno będzie osiągnąć. Natomiast wyżej wspomniane żądania mogłyby być, o ileby cały stan zgodnie i usilnie o to się starał, tem łatwiej wypełnione, że nic nie kosztują, a rząd austryacki chętnie robi podarki, które nie obciążają jego budżetu. *Stahr.*

Czy lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia za leczenie osoby zamożnej w klinice lub poliklinice? Przed powiatowy sąd w Pradze pozwał pewien lekarz swego pacyenta o zapłacenie wynagrodzenia za leczenie w klinice. Sąd odniósł się do Izby lekarskiej, a ta wydała następujące orzeczenie: Wysokość żądanego honoraryum nie wydaje się wcale przesadzoną wobec stosunków finansowych skarżonej osoby. Jednakże zdaniem Izby prawo do pomocy w klinikach i poliklinikach mają wyłącznie niezamożni, co uznało i Namiestnictwo i co wyraźnie napisano na tabliczkach, przybitych na drzwiach wchodowych i na formularzach receptowych po wszystkich klinikach. I dlatego są lekarze szpitalni zobowiązani odmawiać leczenia ambulatoryjnego osobom, których zdolność płacenia jest im znaną, lub widoczną. Jeśli lekarz nie nabierze przekonania, że dana osoba może za pomoc lekarską zapłacić, powinien służyć radą swą za darmo, w żadnym razie jednak nie powinien żądać zapłaty za pomoc udzieloną w ambulatoryum klinicznem. *Stahr.*

Śmiertelność w różnych krajach Europy. »Wiener med. Presse« (Nr 50, 1907) streszcza ciekawą pracą Fontaina i Hubera o śmiertelności w różnych krajach Europy. W dziesięcioleciu 1891—1900 śmiertelność waha się (na 10.000 mieszkańców) od 164 (Szwecya) do 334 (Rosya). W Austryi wynosi ona 266, na Węgrzech 299. Z porównania ze statystykami poprzedniemi wynika, że śmiertelność się zmniejszyła. Statystyka ta, jak i inne dowodzi, że umiera wogóle więcej mężczyzn, niż kobiet. Największa śmiertelność jest u dzieci poniżej roku, potem od 1—4 roku, następnie po 54. roku życia, a w końcu dopiero w latach od 4—54. Znacznie zmniejszyła się obecnie śmiertelność z duru brzusznego i plamistego i ospy. Co do gruźlicy, to stosunki śmiertelności wybitniej się nie poprawiły, śmiertelność stanowi z gruźlicy jeszcze $^1/_6$—$^1/_{10}$ ogólnej liczby. Natomiast stwierdzić można wybitnie i stale zwiększającą się śmiertelność z powodu raka. W krajach o małej śmiertelności stanowi ona $^1/_{16}$ ogólnej liczby. *Kl.*

Ciekawy proces o odszkodowanie. Pewien hamburski ginekolog odesłał 33-letnią kobietę z grożącem poronieniem do szpitala, gdzie przyjętą na oddział położniczy leczył i operował Dr Y i po tygodniu wypuścił jako uleczoną. Bezpośrednio po wyjściu ze szpitala chora poroniła. Wynika z tego, że zabieg, dokonany przez lekarza szpitalnego, zmierzający do usunięcia płodu, chybił celu i że chora w istocie wyszła ze szpitala nie wyleczona. Chora przez to poniosła pewne szkody materyalne i zaskarżyła przed sąd Dra Y. o błąd lekarski i równocześnie gminę Hamburga, jako odpowiedzialną za zaniedbanie swego urzędnika i obowiązaną do dostarczenia publiczności jak najlepszej opieki lekarskiej, którego to obowiązku gmina wobec chorej nie spełniła. Oskarżony lekarz przyznaje, że się pomylił w rozpoznaniu i stosował leczenie na podstawie błędnego rozpoznania. Jednak nie czuje się winnym zaniedbania mimo, że przeoczył płód, a to z tej przyczyny, że przypadek był niezwykły i dlatego pomyłka da się łatwo wytłómaczyć. Gmina zaś tłómaczyła się tem, że Dr Y. jest wyćwiczonym i doświadczonym lekarzem pomocniczym tak, że mu leczenie takich przypadków można było bezwarunkowo powierzyć. Sąd oddalił skargę. W sporze tym wyłoniło się dużo szczegółów, ciekawych zarówno pod względem prawniczym, jak i lekarskim. Ciekawe jest orzeczenie wezwanego do rozprawy znawcy, który wywodził, że winnym omawianemu przypadkowi jest w pierwszym rzędzie system szpitalny. Każda chora udając się do szpitala gminnego ma słuszne prawo domagania się pomocy najlepszej od najlepszych specyalistów. Takiego specyalisty ginekologa jednak w tym szpitalu nie ma. Pomyłki zdarzają się i na najlepszych klinikach, bo to jest rzecz ludzka, ale gmina Hamburga nie stara się o to, by w szpitalu był ginekolog dostatecznie doświadczony, któryby się w danym przypadku nie był pomylił. Winnym zatem jest system, a szczególnie głośno nie podnoszony, ale w kołach ginekologów dobrze znany opór chirurgów przeciw oddawaniu oddziałów szpitalnych ginekologom-specyalistom. Gmina przeciw tłómaczeniu temu energicznie zaprotestowała, zaprzeczając, by istniał jakikolwiek związek między systemem, panującym w szpitalnictwie hamburskiem, a sporną sprawą: Dr Y. miał bowiem dostateczne doświadczenie, bo w innym szpitalu leczył samych poronień 142, co stwierdziło kollegium lekarskie, uznając równocześnie Dra Y. za dostatecznie wykształconego w zakresie ginekologii. Sąd, omawiając orzeczenie znawcy, wywodzi, co następuje: Jest dowolnem przypuszczenie skarżącej, iż gmina ma obowiązek dostarczyć chorej pierwszorzędnej pomocy lekarskiej, albo że ma utrzymywać w szpitalu osobny oddział ginekologiczny pod kierunkiem jakiegoś sławnego ginekologa. Gmina służy swoim chorym takiemi urządzeniami szpitalnemi i takimi lekarzami, jakich ma, w danym przypadku nie

ma (milczącego) zobowiązania się gminy do oddania na usługi chorej szczególnie dobrych urządzeń szpitalnych i szczególnie wybitnych sił lekarskich. Jeśli znawca powiada, że »każda chora udająca się do szpitala gminnego ma prawo do najlepszej porady od najlepszych specyalistów«, to jest to żądanie, usprawiedliwione ze względu na interes publiczny i żądanie, o którego spełnienie powinny się starać powołane czynniki, ale mylnem jest zapatrywanie znawcy, o ile chodzi o ocenę prawną danego przypadku, ocenę, opierającą się na ustawie cywilnej. Zdania w kołach lekarskich były podzielone; z punktu widzenia prawniczego jest argumentacya sądu słuszną. Proces ten jest ciekawy i ze względu na nasze stosunki i organizacye lekarskie powinny go sobie zapamiętać. *Stahr.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza: 1) ostrzeżenie przed posadą lekarza Kasy brackiej gwarectwa w Dziedzicach-Czechowicach, ponieważ posadę tę wypowiedziano obecnemu lekarzowi bez słusznego powodu; wiadomości udzielają Dr Huppert w Bielsku i Dr Stiller, prezes organiz. śląskiej; 2) wiadomość o ukonstytuowaniu się organizacyi lek. w Krainie, gdzie prezesem obrano Dra Orazina.

Prezes: *Dr Janeczek.*

Z administracyi znaczków receptowych. Ponieważ często przydarza się, że Szanowni Koledzy zamawiają znaczki receptowe, blankiety receptowe i rachunki lekarskie — niewłaściwie u innych kolegów z Wydziału Towarzystwa Samopomocy, — co powoduje znaczną zwłokę w ekspedycyi — podaję do wiadomości Szanownych Kolegów, że żądania adresować należy jedynie i wyłącznie do administracyi znaczków receptowych. Kraków, Radziwiłłowska L. 4. (dom Tow. lek.). Należytości za powyższe przedmioty przesyłać należy albo czekiem pocztowej Kasy oszczędności Nr 67.268, albo w braku takiego wprost do mnie przekazem pieniężnym, z wyjaśnieniem na odcinku, na jaki cel kwota jest przeznaczona. W ten sam sposób przesyłać należy dary noworoczne na fundusz wdowi i sierocy.

Dr Żydłowicz, administrator. (Kraków, ul. Floryańska 22).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906 . . .	314,765	112,950
W r. 1907 do końca listopada	40,373	42,500
W grudniu 1907	1,502	2,000
razem .	356,640	158,450

Dr Żydłowicz, administrator.

Nowy sposób pomocy dla wdów po lekarzach obmyślił niemiecki »Związek lipski«, tworząc w Berlinie komitet, który zajmie się kształceniem zawodowem (na położne, dozorczynie chorych i t. p.) i dostarczaniem zatrudnienia wdowom po lekarzach. *R.*

Lekarzy w Austryi jest obecnie (1908) 12.041 (w roku 1907—11.937), w Galicyi 1472 (1480), we Lwowie 339 (347). *R.*

Przy reorganizacyi ubezpieczenia robotniczego w Austryi miałaby być według orzeczenia przybocznej rady ministerstwa handlu, sprawa lekarzy Kas chorych i ich wynagrodzenia pozostawiona umowom między Kasami a lekarzami; zalecałoby się jednak wydanie ogólnych w tej sprawie wskazówek. *R.*

Niemieckie Kasy chorych wydały w czasie od r. 1885 do 1904 gotówką w zasiłkach 1.114.629,489 mk., lekarzom wypłaciły 514.803,920 mk., — na leki 402.757,651 mk., — za leczenie swych członków w zakładach 303.061,148 mk., — położnicom 35.543,672 mk., a kosztów pogrzebowych 83.703,839 mk. *Stahr.*

Etruscy dentyści przed 2300 laty. W »Rivista Italiana di Odontojatria« pisze prof. G. Galli o sztucznych zębach, wyrabianych w IV. wieku przed Chr., opierając się na zbadaniu czaszki, którą znaleziono na starym etruskim cmentarzyku miasta Falerii. Robota dentystyczna w tej czaszce składa się z 4 złotych kapsli, z których dwie pokrywają 2 zęby naturalne i służą im za podporę, inne zaś dwie służą za sztuczne zęby. Etruskowie znali także i mastyks, którym wypełniali jamy sztucznych zębów. Że się ta robota utrzymała przez prawie 2300 lat, świadczy o dobrem jej wykonaniu. *Stahr.*

Zwalczanie chorób wenerycznych powinno według elaboratu, który wiedeńskie Towarzystwo lek. (k. k. Gesellschaft der Ärzte) przedłoży rządowi austryackiemu, opierać się na odpowiednich nowych przepisach w sprawie zakażenia wenerycznego. Gdy choroba weneryczna jednostki zagraża niebezpieczeństwem ogółowi, powinna obowiązywać zasada leczenia przymusowego tej jednostki. Towarzystwo oświadcza się w zasadzie przeciw obowiązkowi donoszenia o chorobach wenerycznych z wyjątkiem tych przypadków, gdy zagraża niebezpieczeństwo dla ogółu, oraz przypadków zakażenia osób nieletnich. Zresztą do tajemnicy o chorobach wenerycznych powinni być oprócz lekarzy praktycznych obowiązani także lekarze urzędowi i urzędnicy sanitarni. Prostytucya, nadzorowana przez władze, znacznie mniej zagraża rozwleczeniem chorób wenerycznych, niż nienadzorowana prostytucya tajna. Zakażone prostytutki należy leczyć i odosobniać przymusowo. Badania lekarskie prostytutek nie mogą odbywać się w ich mieszkaniu; wynagradzać za nie ma lekarzy władza. Liczba łóżek dla chorych wenerycznych powinna być w szpitalach pomnożona, a leczenie szpitalne ile możności bezpłatne. Osoby zakażone, które wiedząc o tem, obcują płciowo, należy karać. Najważniejszym jednak środkiem zwalczania chorób wenerycznych jest stosowne pouczanie publiczności.. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 doniesiono o 30 nowych przypadkach duru plamistego w 11 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Chorobrów 2, Chorościec 3), Bochnia (Borek 1), Jarosław (Nienowice 1), Lisko (Lisko 4), Rawa (Wulka mazowiecka 2, Niemirów 1), Skałat (Połupanówka 13), Śniatyn (Dżurów 1), Tłumacz (Jezierzany 1), o 3 przypadkach ospy w Gromcu pow. Chrzanów i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Łobzowie pow. Kraków (z tych 2 stwierdzono bakteryologicznie). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 6, błonicy 3, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 43, nieżywo 5; zmarło osób 45 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 2, błonicy 1, duru brzusznego 1. — Od 29. do 31. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 29, nieżywo 4; zmarło osób 16 (w tem obcych 8), z nich z gruźlicy 7 (4), zapalenia płuc 2, płonicy 1, duru brzusznego 1 (1). *S.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Ustępującego dyrektora szpitala św. Łazarza, Prof. Dra Poniklę, żegnali w d. 31. XII. 1907 wszyscy lekarze i urzędnicy szpitala. Imieniem prymaryuszy przemawiał Prof. Dr Pareński, sekundaryuszy Dr Murczyński, od młodszych lekarzy Dr Friedcker, od urzędników kierownik apteki, dyr. Muthsam, wręczając adres pożegnalny. Wydział krajowy upoważnił komitet administracyjny szpitala do wyrażenia dyr. Ponikle uznania za Jego wieloletnią pracę, a urzędnicy departamentu sanitarnego Wydziału kraj. nadesłali pożegnalny telegram.

— Na stanowisko dyrekrora szpitala św. Łazarza ogłosił Wydział krajowy konkurs z terminem do 1. marca 1908.

Przed rozstrzygnięciem podobnego konkursu w r. 1893 pisał »Przegląd lekarski« (Nr 18): »Dyrektor szpitala ma bezpośredni zarząd szpitala w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarczych, z czego wypada, iż musi kierować wszystkiemi czynnościami personalu lekarskiego, administracyjnego i gospodarczego, wglądać w nie nieustannie, kontrolować i decydować w sprawach, w których personal szpitalny nie może postępować samodzielnie. To wszystko wymaga koniecznie, by dyrekcya szpitala spoczywała w rękach lekarza, któryby obejmując swem okiem całość szpitala i doglądając każdej czynności z osobna, miał nieustannie na pieczy ten nieodzowny w szpitalu ład i harmonię między wszystkiemi częściami wielkiej instytucyi, bez których szpital nie może ani na chwilę spełniać skutecznie swego celu. Czynności też, z tego zadania naczelnika szpitala wypływające, są tak rozliczne, tyle wymagają wiadomości i osobnego doświadczenia z zakresu nietylko nauk lekarskich, osobliwie higieny, ale i pewnych gałęzi techniki, administracyi, zwykłego gospodarstwa domowego, znajomości stosunków miejscowych i ludzi w szpitalu zatrudnionych, są tak wielorakie, niespodziewane, wymagają tak często niezwłocznej na miejscu decyzyi, iż niemi nie można w żaden sposób obarczać żadnego innego lekarza szpitalnego.... Nie może być wątpliwości, że dyrektor musi być ciągle w szpitalu, t. j. musi w nim mieszkać. Nietylko bowiem, że ludzie są ludźmi i będą się czyto w dzień, czy w nocy, opuszczać w speł-

nianiu swych tak ważnych obowiązków, gdy będą wiedzieć, iż dyrektora niema w szpitalu — przecież są pewne godziny dnia lub nocy, w których trudno spodziewać się dyrektora — ale w każdej chwili zdarzyć się może coś w szpitalu, co wymaga koniecznie natychmiast interwencyi dyrektora, że tu wymienimy tylko wątpliwości lekarza dyżurnego, czy chorego przyjąć do szpitala, czy nie, i do jakiego oddziału, dostawę żywności i leków, niespodziewane zdarzenia w urządzeniach sanitarnych i mechanicznych szpitala, nagłe żądania lekarzy oddziałowych, wreszcie nagłe zdarzenia patologiczne w szpitalu, gdzie lekarz pomocniczy potrzebuje koniecznie pomocy lub rady choćby tylko w tym względzie, czy ma wezwać swego szefa oddziałowego. Tu i osobny telefon wprost ze szpitala do mieszkania dyrektora nie może zastąpić obecności jego na miejscu. Dlatego nie wahamy się wyrzec, że dyrektor powinien nieodzownie mieszkać w gmachu szpitalnym«.

Słuszne te uwagi do dziś dnia nie straciły nic na znaczeniu.

— Dzienniki stwierdzając, że w ostatnich kilku tygodniach była w Krakowie znaczniejsza liczba przypadków duru brzusznego, wzywają miejski urząd zdrowia do energiczniejszej akcyi dla wykrycia źródeł i zwalczenia epidemii i zauważają słusznie, że sprawą tą powinna się już była zająć miejska komisya sanitarna, ale w posiedzeniach jej nastąpiła znowu niczem niewytłómaczona trzechmiesięczna przerwa.

— Ze wszech miar zasługujące na poparcie Sanatoryum dla młodzieży Towarzystwa »Pomoc Bratnia« w Zakopanem uzyska może wreszcie wydatniejszą pomoc dzięki zbiorowej akcyi 30 towarzystw i kółek słuchaczy U. J., które postanowiły zgromadzić dla Sanatoryum »Legat im. Wyspiańskiego«. W zbieraniu ofiar będzie redakcya »Przeglądu lek.« chętnie pośredniczyć.

— »Krajowe Ognisko nauczycielskie« krząta się energicznie około zebrania funduszów na sanatoryum dla nauczycieli ludowych i uzyskało już pozwolenie ministerstwa skarbu na urządzenie na ten cel wielkiej loteryi fantowej z prawem wydania pół miliona losów jednokoronowych.

— Dr Waleryan Macudziński, dyrektor szpitala w Jaśle, usuwa się z początkiem r. 1908 z tego stanowiska. Jestto, o ile nam wiadomo, pierwszy za ery samorządu przypadek, że dyrektor szpitala zdołał wysłużyć 40 lat.

Lwów. Na posiedzeniu Krajowej Rady Zdrowia w d. 4. b. m. wydano opinię w sprawie szpitala w Białym Kamieniu, w sprawie okręgów sanitarnych w Husakowie i Kozłowie, w sprawie jednej lecznicy prywatnej w Zakopanem i dwóch w Krakowie, w sprawie oddziału dla chorób zakaźnych w lwowskim szpitalu krajowym, a wreszcie obradowano nad reformą egzaminów fizykackich.

— Wydział Izby lekarskiej wschod.-gal. odbył d. 3. I. b. r. posiedzenie, na którem jako Rada honorowa przeprowadził rozprawę przeciw jednemu z lekarzy, którego uznano winnym przekroczenia etyki lekarskiej przez to, iż używa faktorów dla pozyskania pacyentów i że od jednego wieśniaka bez dokładnego zbadania i udzielenia mu porady lekarskiej, lecz tylko za skierowanie go do szpitala, zażądał i pobrał 60 koron honoraryum. Również udowodnionem zostało, iż oskarżony używa nieprawnie nienależącego mu się tytułu. Za przekroczenia te nałożono grzywnę w wysokości 300 K; obwiniony wyrok przyjął. — Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem Dr Papée, jako referent nowego regulaminu Izby, przedstawił projekt nowego rozdziału mandatów Izbowych w poszczególnych powiatach politycznych, należących do Izby wschod.-gal. Według tego projektu miałoby być okręgów 12, zamiast dotychczasowych 10, z 19 delegatami zamiast dotychczasowych 13; jeden mandat przypadłby mniej więcej na 40 lekarzy, na Lwów przypadłoby 8 mandatów. Projekt ten przyjęto, a tem samem przyjęto w całości i ostatecznie nowy regulamin Izby, który następnie przesłany zostanie ministerstwu do zatwierdzenia.

— Na posiedzeniu Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich dnia 21. grudnia 1907 rozdzielono jednorazowych zapomóg 25 wdowom i sierotom po lekarzach w łącznej kwocie 2,770 koron, z tego 200 kor. na rok 1907, a 2,570 kor. na rok 1908. W szczególności z funduszów Towarzystwa otrzymało zapomogi 13 wdów po członkach Towarzystwa lekarzy gal. w łącznej kwocie 2,060 kor.; najniższa zapomoga wynosiła w tej rubryce 100 koron, najwyższa 200 koron; z funduszu Dra Gilewskiego udzielono zapomóg 11 wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie byli członkami Towarzystwa, w łącznej kwocie 810 kor. po 50 do 120 kor.; z funduszu Dra Barzyckiego i zapisu Dra Roickiego przyznano sierocie po lekarzu rządowym 100 kor. Trzech próśb nieuwzględniono. Rozdano remuneracye personalowi Towarzystwa w kwocie 175 kor. Wybrano delegata na uroczystość jubileuszową Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w osobie prezesa Dra Józefa Merunowicza. Uchwalono zgodzić się na propozycyę Towarzystwa »Samopomoc lekarzy«, aby w § 29 statutu powstać mającego stowarzyszenia »Krajowy Związek lekarzy« zamieszczoną została klauzula, że na wypadek rozwiązania tego towarzystwa majątek jego przechodzi w zarząd Tow. lek. gal., a gdyby w ciągu lat 15 nie powstało takiesamo stowarzyszenie, na jego własność.

— Dowiadujemy się, że w ciągu r. b. ukaże się z druku IV Zeszyt podręcznika chirurgii Prof. Rydygiera. Wiadomość tę witamy z prawdziwą radością. Równocześnie ukażą się 3 pierwsze zeszyty znakomitego tego dzieła w drugiem, uzupełnionem wydaniu

— W klinice chirurgicznej R. dw. Prof. Dra Rydygiera wakuje miejsce rządowego elewa z placą 600 K rocznie. Pierwszeństwo mają kandydaci, mający pewne studya w zakresie anatomii i histologii patologicznej lub medycyny wewnętrznej. Zgłaszać należy się zaraz do Dyrektora kliniki.

— Dr Eugeniusz Piasecki otwarł zakład ortopedyczny, a Dr Korman wspólnie z mr. farm. p. Sklepińskim prywatną pracownię chemiczno-bakteryologiczną.

— Od Nowego Roku wychodzić zaczęło we Lwowie pod redakcyą Prof. Stanisława Zakrzewskiego »Ateneum polskie, miesięcznik poświęcony sprawom kultury«. O wydawnictwie tem godzi się wspomnieć także na łamach pisma lekarskiego, bo zarówno zakres pisma, zaznaczony w tytule, jak i znajdujące się wśród licznego zastępu współpracowników nazwiska wybitnych lekarzy i przyrodników upewniają, że ramy nowego miesięcznika obejmą także dziedzinę nauk biologicznych i lekarskich i że w społecznym dziale pisma uwzględnioną będzie także higiena społeczna. Z tych względów obudzi »Ateneum« zajęcie niewątpliwie i w kołach lekarskich. Do współpracowników należą niemal wszyscy wybitni uczeni i literaci polscy; z lekarzy spotykamy nazwiska: Prof. Becka, Doc. Biernackiego, Dra E. Piaseckiego i Dra J. Starzewskiego. Na treść pierwszego zeszytu złożyli się prócz samego redaktora: Kasprowicz, Orkan, Staff, Raciborski, A. Siedlecki, Jachimecki, Zuber, Porębowicz i i. Prof. Zuber porusza w swym artykule ważną sprawę reformy uniwersytetów. Słabą stroną wszechnic austryackich jest to, że dziś są one przedewszystkiem szkołami praktycznemi, »fabrykami« praktycznych lekarzy, adwokatów, urzędników i t. d. Prof. Zuber proponuje albo zupełne odłączenie szkół zawodowych od właściwego uniwersytetu, albo zorganizowanie dla tych praktycznych celów osobnych kolegiów w uniwersytetach.

— Program posiedzenia sekcyi jarosławskiej Tow. lekarzy gal. w d. 10. I. 1908 obejmował: 1) Demonstracye chorych, Dr Fechter. 2) O prostytucyi, Dr Turzański. 3) Sprawozdanie roczne. 4) Wybór biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem warszawskiem odbyło się w d. 30. XII. 1907 zebranie ogólne, na którem prócz spraw sanatoryum dla piersiowo chorych załatwiono budżet Towarzystwa na r. 1908 (4100 rb.), budżet miesięcznika »Zdrowie« (2520 rb.), ogrodów im. Raua (21.600 rb.) i instytutu br. Lenvala (10.000 rb.).

— Budżet szpitala ewangielickiego na r. 1908, zatwierdzony przez Wydział dobr. magistratu, obliczono w dochodach i wydatkach na 34.063 rb. Gmina wyznaniowa ewangielicka zamierza wznowić starania, by szpital ten służył wyłącznie na potrzeby gminy, jako przez nią wyłącznie założony i utrzymywany. — Dzienniki podnoszą potrzebę przeniesienia szpitala św. Łazarza za miasto i rozszerzenia szpitala Dz. Jezus przez dobudowanie dwóch brakujących pawilonów (wśród nich drugiego chirurgicznego). Na naradzie lekarzy szpitalnych w sprawie usunięcia ze szpitali chorych nieuleczalnych (m. i. obłąkanych ze szpitala Jana Bożego) uznano przytułek w Górze Kalwaryi za nieodpowiedni do tego celu. Warszawskie Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi zgadza się umieścić w swoim przytułku 40 chorych ze szpitala Jana Bożego, żądając po 100 rb. za urządzenie każdego łóżka; większą liczbę chorych przyjęłoby Towarzystwo, gdyby miasto na rozszerzenie przytułku Towarzystwa w Drewnicy dało 90.000 rb. Propozycye te ma jeszcze rozpatrzeć Wydział dobr. magistratu. — Do Rady dobr. magistratu powołano 4 obywateli miasta, wśród nich z lekarzy prof. J. Kosińskiego.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Na skutek orzeczenia Sądu koleżeńskiego przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie, uważam za swój obowiązek zawiadomić Szanowną Redakcyę, że fakty, podane przeze-

mnie w korespondencyi z Warszawy w Nrze 45 »Przeglądu lekarskiego« z r. b., podpisanej inicyałami Dr Ł., a którą to korespondencyą, jak się okazało, uczuli się dotknięci koledzy Borzymowski, Drabczyk i Purytz, niezupełnie odpowiadały istotnemu stanowi rzeczy, chociaż były zgodne z krążącymi w Warszawie głosami. — Warszawa, 12 grudnia 1907. *Dr Stan. Łagowski.*

— Miarą szerzenia się ospy w Łodzi jest m. i. śmiertelność z tej choroby u dzieci. Od 15. X. do 15. XI. zmarło z ospy 198 dzieci, od 15. XI. do 15. XII—222. Magistrat, miejska komisya sanitarna, ani piotrkowski urząd gubernialny nie uczyniły nic dla stłumienia epidemii, a uchwała Towarzystwa higienicznego, które chciało utworzyć 8 stacyi bezpłatnego szczepienia, przesłana gubernatorowi piotrkowskiemu, przez 2 miesiące nie doczekała się nietylko zatwierdzenia, ale nawet odpowiedzi. Obecnie epidemia sama się już zmniejsza, natomiast grasuje odra, z której zmarło dotąd 39 osób. Dotychczasowy szpital dla chorych na ospę zamieniono na stały szpital zakaźny. Będzie to pierwszy miejski szpital w Łodzi, a i to zaledwo na 120 łóżek, co jest niesłychanie mało. Ludność uboga jest wogóle niemal zupełnie pozbawiona pomocy szpitalnej, bo istniejące szpitale fabryczne i prywatne są dostępne jedynie dla robotników lub ludzi zamożniejszych, a szpitali nie może zastąpić pomoc czterech bezpłatnych ambulatoryów, także prywatnych (fabr. Poznańskich, Towarzystw dobroczynności i Czerw. Krzyża), a przez to zależnych od stopnia ofiarności prywatnej. Na szczęście powiodło się staraniom lekarzy szpitala Poznańskich uzyskać dalsze subwencyonowanie tego szpitala przez rodzinę fundatorów, a przez to utrzymać nadal szpital w teraźniejszym stanie. Jednakże utrzymanie się bezpłatnego ambulatoryum przy tym szpitalu zależy od gminy izraelickiej, bo należące się od niej szpitalowi za leczenie ubogich 35.000 rbs., przekazała rodzina Poznańskich na to ambulatoryum, i gdyby gmina izraelicka nie dotrzymała przyrzeczenia, że dług ten ratami spłacać będzie, musiałoby być ambulatoryum (udzielające dotąd 50.000 porad rocznie) od 14. I. b. r. zamknięte.

— Działalność (z wielu względów wadliwych) Instytucyi lekarskich okręgowych, wprowadzonych przez rząd jako pomoc lekarska dla ludności w gubernii płockiej przed kilku laty, została przedłużona na mocy postanowienia komitetu ministrów do 14. I. 1909.

— Ustawa Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie została przez władze zalegalizowana.

Wilno. Do zarządu Towarzystwa lekarskiego na r. 1908 zostali wybrani: Dr Marewicz (prezes), Dr Lapides (wiceprezes), Dr Adamowicz (sekretarz), Dr Hłasko (skarbnik), Dr Safarewicz (bibliotekarz), Dr Wojnicz (laborant), aptekarz Hołub (kustosz). Byłego prezesa Dra Wojnicza mianowano jednomyślnie członkiem honorowym.

— Dr L. Czarkowski wybrany został I. wiceprezesem Zarządu głównego Tow. »Oświata« w Wilnie.

Z rożnych stron. Redakcyę »Österr. Vereinszeitung«, najstarszego pisma zawodowego lekarskiego w Austryi, objął Dr Janeczek, prezes Państw. Związku organizacyi lekarskich austryackich.

— »Klinisch-therap. Wochenschrift« (Nr 1) podaje wiadomość, że Dr M. Stefanowska otrzymała katedrę w uniwersytecie.... warszawskim. Wiadomość ta brzmi bardzo osobliwie.

— Wydział lekarski paryski został z objęciem urzędu przez nowoobranego dziekana, Prof. Landouzy, z końcem grudnia r. z. z powrotem otwarty.

— Dla badania wola w Szwajcaryi, gdzie zdarza się on u 14% tych popisowych, którzy nie są zdolni do służby pod bronią, zawiązał się komitet, złożony z najwybitniejszych lekarzy kraju. Rada związkowa udziela temu komitetowi dotacyi 5000 fr. rocznie.

— W Niemczech zawiązuje się osobny »Związek lekarzy szkolnych«.

— Nadmiar lekarzy, na który uskarża się Europa, niczem jest w porównaniu do stosunków w Japonii, gdzie jeden lekarz przypada na 1348 mieszkańców. Obecnie jest w Japonii przeszło 35.000 lekarzy, z nich tylko 33 cudzoziemców.

Mianowani: Znany dermatolog Dr Unna, Dr L. E. Pfeiffer i Dr Voigt w Hamburgu (przez Senat miejski) profesorami; bakteryolog Dr Ficker w Berlinie prof. nadzwyczajnym; doc. Dr Hesse dyrektorem kliniki dentyst. w Jenie.

Zmarli: Chirurg prof. Hoffa z Berlina, twórca nowoczesnej ortopedyi, w Kolonii.

Dr Władysław Kryże

ur. w r. 1839 w Białej Siedleckiej, zmarł w Warszawie. Ukończywszy gimnazyum w Lublinie, rozpoczął studya w akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Studya te przerwały wypadki r. 1863; ciężko ranny, udał się ś. p. Kryże do Galicyi. Po powrocie do Warszawy ukończył studya w r. 1874, poczem pracował kolejno jako ordynator, lekarz naczelny i kurator w szpitalu na Pradze, który z małego szpitalika o 60 łóżkach zdołał przekształcić w pierwszorzędny duży szpital, mieszczący 400 chorych. Równocześnie był lekarzem kolei terespolskiej, a od r. 1897 lekarzem naczelnym (rządowych) kolei nadwiślańskich, gdzie zdołał utrzymać do dziś pomimo wszelkich trudności polski personal lekarski, zreformował pomoc lekarską i urządził wzorowo szpital kolejowy.

Redakcya otrzymała: Dr Bruno Wojciechowski: Uwagi nad pięciu przypadkami cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. »Ginekol.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu za r. 1907.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać wcześnie.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Euferrol „Riedel“ (Dr F. Steil. »Med. Klinik« 1907, Nr 28) jest połączeniem żelaza i arsenu w takiej ilości, w jakiej je znajdujemy w wodzie Levico. Stosując kapsułki euferrolowe, stwierdził Steil przewagę euferrolu nad innymi środkami wtedy, gdy po wyczerpaniu zapasu musiano je stosować do czasu sprowadzenia świeżego transportu euferrolu. Używać go należy przez pierwsze 3 dni 3 razy dziennie po 1 kapsułce, potem 3 razy dziennie po 2, a nawet przy dłuższem używaniu 3 razy po 3 kapsułki. *Ll.*

Stowaina i skopomorfina. (Prof. B. Krönig i Dr C. J. Gauss. »Münch. med. Wochs.« 1907, Nr 40, 41). Przy znieczulaniu lędźwiowem stosują ogólnie nie więcej jak 0,08 stowainy, a gdy to nie wystarcza, dodają uśpienie chloroformowe. Aby uniknąć przykrych następstw, należy przy znieczulaniu zwracać uwagę na ciężar właściwy stowainy i na technikę wstrzyknięcia. Przed użyciem stowainy dodają do niej K. i G. suprareniny, która utrzymuje chemiczną czystość rozczynu. Przy takich ostrożnościach wykonali K. i G. pomyślnie 300 znieczuleń; natomiast bez tych ostrożności wśród poprzednich 400 wydarzyły się trzy wypadki śmierci. W ostatnich 600 przyp., gdzie znieczulenie lędźwiowe połączono z uśpieniem skopolaminowo-morfinowem (scopomorphin), nie wydarzyło się ani jedno zapalenie oskrzeli. *Ll.*

*

Rok XLVII. Kraków, dnia 18 stycznia 1908 Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy, oraz o przynależnych punktach bolesnych.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr Stanisław Łapiński.

Od przeszło lat trzydziestu toczy się sprawa kliniczna wyrostka robaczkowego, a pomimo to jest ona dotąd niewyczerpana i daleka od zakończenia. Tak np. główne pytanie, jaką jest wyczuwalność wyrostka, nie zostało dotąd rozstrzygnięte. Jedni autorowie, i to najpoważniejsi, twierdzą, że wyrostka robaczkowego wyczuć nie można. R. Lenzmann w swej obszernej monografii »Die entzündlichen Erkrankungen des Darmes in der Regio ileocaecalis« wyraża się: »Wyczuwanie zdrowego wyrostka jest według mego zdania bardzo rzadko możliwem, chociażby warunki były sprzyjające« — »jeżeli zaś się go wyczuwa jako wałek, to przebył on sprawę zapalną«. E. Rose w swej rozprawie »Die Untersuchungsmethode Bauchkranker auf Wurmfortsatzentzündung« mówi: »Nie wymagam, aby wobec próżnego jelita obrzmiały wyrostek wymacano, gdyż nie oddaję się pod tym względem żadnemu złudzeniu«. Albu w swej rozprawie »Zur Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis« z r. 1905 powiada: »Skurczona pętla jelit od zgrubiałego wyrostka daje się odróżnić tylko bardzo trudno, lub wcale nie«. Boas zaś pisze: »Udawało mi się wprawdzie w poszczególnych przypadkach z prawdopodobieństwem, graniczącem z rzeczywistością, wyczuć zgrubiały i bolesny wyrostek, lecz w większości przypadków na podstawie mego doświadczenia ... muszę temu zaprzeczyć«. Jeszcze w r. 1907 uważa Al. Schmidt z Drezna wyczuwanie wyrostka robaczkowego przez powłoki brzuszne za złudzenie.

Za możliwością wyczuwania wyrostka przemawia mniejszość autorów i to dość względnie. C. A. Ewald wyraża się: »Przy korzystnych warunkach udaje się wyczuć także wyrostek, ułożony na wewnątrz i poziomo, zwłaszcza jest to wtedy możliwe, jeżeli w nim istnieje chorobowe zgrubienie«, Nothnagel w swojem dziele o chorobach jelit, pisze: »Jeżeli się wogóle ten narząd w stanie zapalnym wyczuwa, to o wzięciu go za inny narząd, zwłaszcza skurczoną pętlę jelit, trudno pomyśleć«. Najbardziej stanowczo o wyczuwalności wyrostka wyraża się K. Hausmann z Orła. Twierdzi on, że na 50 podanych osób mógł wyczuć wyrostek 11 razy.

Ze względu na ważność kliniczną poruszonej sprawy, badaliśmy wyczuwalność wyrostka robaczkowego u 800 osób ambulatoryum tutejszej kliniki lekarskiej. Badaliśmy tylko mężczyzn, aby wyłączyć możliwą zamianę z częściami dodatkowemi macicy. Nie uwzględnialiśmy jednak tych mężczyzn, których wywiady wskazywały, że przebyli oni zapalenie wyrostka robaczkowego, albo którzy się skarżyli, że obecnie mają objawy takie, jakie odpowiadają zajęciu wyrostka robaczkowego. Czy pomimo tego między badanymi mężczyznami nie zdarzały się przypadki wyrostka robaczkowego, anatomicznie zmienionego, nie można stanowczo zaprzeczyć, gdyż kilku autorów (Tuffier, Marchand, Klęsk) podaje, że na 100 przypadków sekcyjnych znajduje się 23—50 razy wyrostek z przebytemi zmianami zapalnemi, chociaż za życia nie było żadnych przypadłości. W każdym razie przypadki, przez nas zbadane, nie wymagały leczenia klinicznego.

Warunki, w jakich można wyczuć wyrostek robaczkowy, są następujące:

1) Wyrostek musi się znajdować u osoby leżącej, na powięzi mięśnia lędźwiowoudowego *(m. ileo-psoas)* i mieć względem niego kierunek poprzeczny lub skośny, albo biedz równolegle z mięśniem ku dołowi. W przebiegu ku górze jest wyrostek najczęściej pokryty kątnicą, dlatego niewyczuwalny.

Według materyału sekcyjnego (500 przypadków) jaki podał Sudsuki, przebiega wyrostek najczęściej ku dołowi 183 razy, poprzecznie 141 razy, a ku górze 176 razy. Według tego możnaby wyczuć wyrostek na 500 przypadków $183+141=324$ ($68{\cdot}4\%$) razy. Myśmy zaś wyczuwali go na żywym materyale u 800 mężczyzn 412 ($51{\cdot}5\%$) razy. Laffargue widział na 200 sekcyi wyrostek przebiegający poprzecznie w 43%, ku dołowi w 41%, a ku górze w 13% przypadków; możnaby według tych danych wyczuć wyrostek w 84% przypadków, myśmy zaś na żywych wyczuli go w $51{\cdot}5\%$ przypadków.

Przypatrując się położeniu wyrostka na zwłokach, wydaje się, jakoby wyrostka w przeważającej liczbie przypadków nie można było wyczuć, gdyż bywa on pokryty mocno wzdętą kątnicą i wydętemi pętlami jelit, a sam bywa zepchnięty głęboko do miednicy małej. Tymczasem zacho-

wanie się jelit i położenie wyrostka u żywego człowieka jest zupełnie inne i korzystniejsze dla wyczuwania wyrostka, niż na zwłokach; brak bowiem za życia wzdęcia i następowej zmiany położenia wyrostka robaczkowego.

2) Powłoki brzuszne nie powinny przekraczać pewnej grubości, a przedewszystkiem nie powinny być mocno napięte. Czasem i grube powłoki dozwalają wyczuć wyrostek, jeżeli są podatne. Chodzi bowiem tylko o to, aby powłoki można przycisnąć do mięśnia lędźwiowoudowego. Wśród naszych 800 przypadków było 352 z powłokami grubemi lub niepodatnemi, z powodu czego nie można było wyczuć ani mięśnia lędźwiowoudowego, ani wyrostka 187 (53·1%) razy; u 96 (27·2%) zaś mężczyzn można było tak mięsień, jak i wyrostek wyczuć, pomimo grubych powłok brzusznych.

3) Potrzebne jest przy badaniu silne napięcie mięśnia lędźwiowoudowego *(m. ileopsoas)*, aby tworzył twardy podkład przy uciskaniu wyrostka. Jest to nieodzownym warunkiem wyczuwania wyrostka, tak że gdy się nie wyczuwa mięśnia lędźwiowoudowego, nie wyczuwa się zwykle i wyrostka. Aby ten mięsień napiąć, musi osoba badana podnieść wyprostowaną dolną kończynę prawą na ½ metra w górę. Na tę okoliczność zwrócił jeszcze uwagę Lenzmann w r. 1902, a później Melzer z N. Jorku. Na 800 mężczyzn można było wyczuć mięsień lędźwiowoudowy 415 (52%) razy, a nie wymacano go w 385 (48%) przypadkach. Z wybadanych 415 znaleziono 298 (71·8%) razy mięsień mocno napięty, a 117 (28%) razy wiotki.

4) Ułożenie ręki wyczuwającej jest dla badania bardzo ważne. Końcem palców, jak to się pospolicie robi, nie można ani znaleźć, ani dobrze wyczuć wyrostka. Należy położyć (stając po prawej stronie osoby leżącej trzymającej prawą kończynę wzniesioną), brzeg prawego palca wskazującego poprzecznie do przebiegu mięśnia lędźwiowoudowego, na okolicę biodrową prawą, mocno powłoki ucisnąć, aż się uczuje ostry brzeg mięśnia lędźwiowoudowego. Wtedy wyczuwa się pod palcem ruchomy, dość twardy wałeczek, który zmienia swą zbitość stosownie do trwania ucisku.

Na 800 mężczyzn udało się nam wyczuć wyrostek w powyższy sposób 412 (51·5%) razy. Przebieg wyrostka był przeważnie (390 [94·6%] razy) poprzeczny do kierunku mięśnia lędźwiowoudowego, a tylko 20 (5·0%) razy skośny; raz przebiegał wyrostek wzdłuż mięśnia ku dołowi, a raz ku górze. Grubość wyrostka była rozmaita, czasem miało się wrażenie grubej nitki, najczęściej cienkiego sznurka. Niekiedy dochodziła grubość wyrostka do grubości pióra gęsiego, a czasem (59 = 14·3% razy) był on jeszcze grubszy. Długość wyrostka przez wyczuwanie trudno ocenić, gdyż wyczuwa się tylko część jego; wynosiła ona od 2—5 cm.

Zajmująco przedstawia się bolesność wyrostka. Na 412 wyczuwalnych wyrostków było 270 (69·6%) bolesnych, a z tego 23 bardzo bolesnych. Na 270 bolesnych wyrostków było 47 bardzo cienkich i gładkich, a na 59 bardzo grubych wyrostków, było 41 bolesnych, a 18 niebolesnych. Stąd wynika, że grubość wyrostka nie idzie w parze z jego bolesnością.

Bardzo zajmujące są te przypadki, w których ucisk na wyrostek sprawia promieniowanie bolu do odległych miejsc jamy brzusznej. Na 412 wyczuwalnych wyrostków wynosiła liczba przypadków z promieniowaniem *(transmissio)* bolów 64 (15·5%). Z tego promieniowały bole do dołka podsercowego 25, do pępka 18, na lewo i do zatoki biodrowej lewej 18, pod łuk żebrowy prawy 3 razy. Nadto zauważono jeszcze 3 przypadki podwójnego równoczesnego promieniowania bolu od wyrostka robaczkowego; raz równocześnie do dołka podsercowego i pępka, raz do dołka podsercowego i spojenia łonowego, i raz do dołka podsercowego i na lewo. Stosunki te mają niemałą wagę przy ocenianiu stanu chorobowego zwanego zapaleniem wyrostka utajonem *(appendicitis larvata)*.

Z powyższych badań wynika, że wyrostek robaczkowy można u mężczyzn przeszło w połowie przypadków wyczuć, chociaż się oni nie uskarżają na przypady, towarzyszące zajęciu tego narządu.

Nie posiadamy dotąd pewnych oznak, po których moglibyśmy twierdzić, że wyrostek jest anatomicznie zmieniony, gdyż ani grubość, ani bolesność wyczuwalnego wyrostka nie pozwala wnosić o obecności zmian patologicznych w nim.

O punktach uciskowych.

Równocześnie badaliśmy punkt uciskowy Mac Burneya (+ B) we właściwem jego miejscu po stronie prawej i symetryczny punkt (— B) po stronie lewej. Uciskanie na punkt Mac Burneya (+ B) wykonywano w pierwszej ⅓ odległości linii łączącej kolec przedni kości biodrowej *(spina anterior superior ossis ilei)* z pępkiem; w tej samej odległości uciskano symetryczny punkt (— B) po lewej stronie. Rzut punktu Mac Burneya leży w kącie między kątnicą, a przyczepem jelita biodrowego, nie przypada więc na miejsce przebiegu wyrostka robaczkowego. Kelling uważa punkt uciskowy Mac Burneya za czysto nerwowy i przypuszcza, że w nim leży splot nerwu współczulnego, który on nazywa splotem kątniczobiodrowym *(plexus ileo-coecalis)*. Symetryczny punkt — B po stronie lewej należy do pętli esowatej i według Kellinga ma odpowiadać położeniu dolnego splotu krezkowego *(plexus mesentericus inferior)*. Bolesność uciskowa punktu Mac Burneya (+ B), jak słusznie zauważa Kelling, nie jest zawsze oznaką choroby wyrostka robaczkowego, gdyż punkt ten bywa także bolesny u osób tak zwanych nerwowych, histerycznych i neurastenicznych, Tak samo ma się rzecz i z innymi splotami nerwu współczulnego w jamie brzusznej.

Właściwy punkt Mac Burneya (+ B) był wśród 800 mężczyzn (czyli na 412 przypadków wyczuwalnego wyrostka) 232 (26·5%) razy bolesny. Bolesność tego punktu nie idzie wcale w parze z bolesnością wyrostka, gdyż na 270 przypadków bolesnego i wyraźnie wyczuwalnego wyrostka przypadało tylko 107 (39·7%) bolesnych punktów Mac Burneya (+ B), a na 126 przypadków z wyraźnie wyczuwalnym i niebolesnym wyrostkiem przypadało 26 przypadków bolesnego punktu + B.

(Dok. nast.)

Z zakładu anatomiczno-patologicznego prof. Obrzuta we Lwowie.

Nadnercze a miażdżyca.

Podali

Hornowski i Nowicki

asystenci zakładu.

(Dokończenie).

Z metod dla tkanki nadnercza właściwych, najważniejsza jest metoda Merkla. W ostatnich czasach zwrócili uwagę Flesch i Srdinko, na podwójne barwienie się istoty korowej i rdzennej za pomocą karminu i indygokarminu. Mianowicie kora barwi się na niebiesko, a istota rdzenna na różowo. Otóż według naszych badań i doświadczeń przeprowadzonych tak na nadnerczach miażdżycowych, jak i niemiażdżycowych, metody tej za dokładną i ścisłą uważać nie możemy. Metoda to nader kapryśna i dająca różne obrazy bez możności uchwycenia momentu, który opisane przez autorów zabarwienie wywołuje. Jeżeli preparaty pozostają choćby tylko o kilka sekund za krótko lub za długo w zgęszczonym kwasie szczawiowym, to powstaje jednolite zabarwienie niebieskie tak kory, jak istoty rdzennej; przy dłuższem płukaniu we wodzie powstaje naodwrót różowe zabarwienie tak jednej, jak i drugiej. Ponieważ odgrywa tu nie małą rolę i grubość skrawków i nie można określić czasu, przez który preparat należy trzymać w tym lub innym płynie, przeto metoda ta niema, zdaniem naszem, większej wartości i w naszych badaniach nie przywiązywaliśmy do niej szczególniejszego znaczenia.

Ważniejszą wydawała się metoda Unny. Przy barwieniu wielobarwliwym błękitem metylenowym (polychromes Methylenblau), a potem przez 15 minut 33% kwasem garbnikowym, zabarwionym kilkoma ziarenkami fuchsyny kwaśnej do barwy portweinu, mają się barwić w komórkach warstwy siatkowatej i pęczkowatej jądro i protoplazma na niebiesko, w innych zaś protoplazma na niebiesko, a jądro na czerwono, co miałoby dowodzić kwaśnego lub zasadowego oddziaływania wydzieliny nadnerczy. Komórki, których jądro i protoplazma barwiły się niebiesko znaleźliśmy rzeczywiście, nietylko jednak w warstwie siatkowatej i pęczkowatej, lecz również w istocie rdzennej. Porównując nadnercza miażdżycowe z innemi nie mogliśmy przy tym sposobie barwienia znaleźć żadnych wybitniejszych różnic co do barwienia się jąder lub protoplazmy, ani też co do przewagi komórek z jądrem i protoplazmą zabarwioną na niebiesko nad komórkami z jądrem zabarwionem czerwono a protoplazmą niebieską. Zauważyć nadto musimy, że nie znaleźliśmy jakiegoś specyalnego ułożenia jednych lub drugich komórek. Wreszcie ostatnią metodą, którą stosowaliśmy, było badanie feochromizmu komórek.

Jak wiadomo, komórki nerwowe istoty rdzennej nadnerczy, oraz komórki nerwowe całego układu współczulnego, barwią się po utrwaleniu w kwasie chromowym lub jego solach i przy następnem użyciu błękitu toluidynowego (toluidinblau) i safraniny w ten sposób, że protoplazma i jądro barwi się na jasno zielono. Jestto tak zwany feochromizm. Przy stosowaniu tej metody postępowaliśmy w następujący sposób: Cienkie skrawki z nadnerczy utrwalaliśmy w następującej mieszaninie: 5 procent. wodnego rozczynu dwuchromianu potasowego 10 cm³, formaldehydu (40%) 5 cm³, wody przekroplonej 35 cm³, przez 4 dni, następnie przenosiliśmy skrawki do 5% rozczynu dwuchromianu potasowego. Po wyjęciu z niego i opłukaniu we wodzie bieżącej przez 12 godzin przeprowadza się skrawki przez alkohole celem zatopienia w celloidynie. Barwienie: 20 minut w 10% wodnym rozczynie błękitu wodnego (Wasserblau), przez 5 minut w wodzie bieżącej, 20 minut 1% wodny rozczyn safraniny i wyskok 95% aż do niebieskawego zabarwienia preparatu.

Brak feochromizmu wyraża się tem, że jądro komórki barwi się na czerwono, a protoplazma na jasno niebiesko Jak dotąd, brak tego feochromizmu znaleziono w kilku przypadkach choroby Addisona w układzie współczulnym. Przy barwieniu tym sposobem nadnerczy miażdżycowych mogliśmy wszędzie stwierdzić feochromizm istoty rdzennej.

Tyle co do specyalnych metod barwienia naszych nadnerczy.

Zestawiając tedy zmiany drobnowidowe, zauważane przez nas w nadnerczach miażdżycowych powiemy, że cechują się one w ogólności sprawą zanikową i to głównie dotyczącą kory, a przedewszystkiem jej warstwy kłębkowatej z następowym mniej lub więcej posuniętym rozwojem tkanki łącznej podścieliskowej, z występowaniem zmian degeneracyjnych zwłaszcza w warstwie pęczkowatej i silnego nagromadzenia barwika w warstwie siatkowatej. Najmniejsze zmiany przedstawia istota rdzenna. a i te, o ile są, mają również charakter zanikowy. W pierwocinach nerwowych przy zastosowaniu wyliczonych metod zmian nie stwierdziliśmy. A teraz zachodzi pytanie, czy zmiany te są charakterystyczne dla nadnerczy, pochodzących ze zwłok ludzi, dotkniętych miażdżycą? Otóż na pytanie to należy odpowiedzieć przecząco. Takie same zmiany spotykaliśmy i w nadnerczach ze zwłok takich, gdzie miażdżycy nie było. A były to nadnercza przeważnie ludzi starszych. Stąd wniosek, że w nadnerczach osób, dotkniętych nawet bardzo znaczną miażdżycą tętnic, niema żadnych charakterystycznych, specyalnych zmian, odróżniających je od nadnerczy innych.

Prac, zajmujących się tym samym, co nasz, tematem, spotykamy w dostępnem nam piśmiennictwie tylko dwie[2]): jedna Josuégo[3]), druga Handelsmanna[4]). Josué badał tylko trzy nadnercza ze zwłok ludzi, dotkniętych miażdżycą, materyał zatem bardzo skąpy i nieuprawniający do wysnuwania pewniejszych wniosków. Zmiany w ogólności miały rzekomo charakter przerostu, określanego przez Josuégo nazwą »hyperépinéphrie«, a będącego następstwem wzmożonej pracy tego narządu. Przerost ów dotyczył wszystkich warstw kory i istoty rdzennej, a nadto towarzyszyło mu większe nagromadzenie barwika w warstwie siatkowatej kory.

---

[2]) Po oddaniu niniejszej pracy do druku pojawiła się w zeszycie trzecim 1907: »Pamiętnika Tow. lek. warsz.« praca Landaua: »Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis«.

[3]) Les capsules surrenales dans trois cas de l'atherom arteriel. Bullet de la Societ. med. des hôp. de Paris 1904 XI.

[4]) Ueber Suprarenininjiktionen bei Kaninchen nebst Einleitung ueber Nebennierenveraenderungen bei Arteriosclerose. Inaug. Diss. Berlin 1906.

Badania Handelsmanna przeprowadzone były już na znacznie większym materyale, bo na 18 nadnerczach, z których trzy pochodziły z osób, u których nie było miażdżycy, z pozostałych zaś 15 w dwóch miażdżyca była niewielka. W zewnętrznem wyglądaniu i wadze (średnia 4 gr., a zatem znacznie mniejsza, niż w naszych przypadkach) nie było nic charakterystycznego. Drobnowidowo stwierdzał Handelsmann stale przekrwienie, szczególnie w istocie rdzennej i uważa je za zjawisko, pozostające w ścisłym związku z miażdżycą. Spostrzeżenia tego, opierając się na własnych badaniach, potwierdzić nie możemy, przekrwienie spotykaliśmy częściej w korze, a wogóle biorąc, nie zawsze je znajdowaliśmy. Co się tyczy pomnożenia włókien mięsnych w nadnerczach miażdżycowych, rzeczy, zdaniem Handelsmanna, charakterystycznej, to pomnożenie owo zauważyliśmy również, nie jest ono jednak tak bardzo typowe, gdyż spotyka się je także przy innych sprawach; to samo dotyczy zgrubienia torebki, stale w nadnerczach miażdżycowych występującego. Silniejszy rozwój tkanki łącznej jest, zdaniem naszem, zwykłem następstwem zaniku elementów miąższowych. Podnieść jednak musimy zgodnie z Josuém i Handelsmannem, że w nadnerczach miażdżycowych uderza znaczna ilość barwika już wolnem okiem widocznego, jako ciemno-brunatny pas. Drobnokomórkowe nacieki, ogniskowo rozrzucone, znajdowane przez Handelsmanna, zdaje się, nie mają tu żadnego specyalnego znaczenia, bo spotyka się je i w innych nadnerczach.

Nie przyjmując w zasadzie zdania Josuégo, że nadnercza przy miażdżycy ulegają przerostowi, musimy również odrzucić przypuszczenie, wyrażone przez Handelsmanna, jakoby ów przerost mógł być następstwem miażdżycowego schorzenia tętnic, — przerostu bowiem nadnerczy przy miażdżycy wcale nie spotykaliśmy.

W drugiej grupie naszych badań chodziło nam o stwierdzenie, czy znajdują się jakieś charakterystyczne zmiany w nadnerczach królików, u których wywołano zmiany w tętnicy głównej przez wstrzykiwanie przez czas dłuższy adrenaliny.

W tym też celu wstrzykiwaliśmy królikom młodym o wadze, nie przenoszącej 2500 gr., adrenalinę, przetwór angielski (Takamine) do żyły usznej. Dawka jednorazowa wynosiła 3—10 kropli i to w ten sposób, że co 8—10 dni wstrzykiwaliśmy o jedną kroplę więcej. W ten sposób postępując otrzymaliśmy już po 2 i pół miesiącach charakterystyczne zmiany w tętnicy głównej. Nie mamy zamiaru omawiać tu dokładnie owych zmian, również nie tutaj miejsce na roztrząsanie pytania, za co należy uważać owe zmiany czy za identyczne z miażdżycą ludzką, czy za jakąś odrębną samoistną sprawę chorobową. Zaznaczymy tylko, że ani wyglądanie makroskopowe, ani też obrazy drobnowidowe za podobieństwem, a tem mniej za identycznością z miażdżycą ludzką nie przemawiają. Jestto, o ile sądzić można, sprawa dla królików charakterystyczna, sprawa, która, być może, jest pewnym rodzajem miażdżycy króliczej.

Badanie nadnerczy królików ze zmianami adrenalinowemi w tętnicy głównej oraz królików, którym adrenaliny nie wstrzykiwano, nic charakterystycznego nie wykrywa. Nie widzimy więc żadnych zgoła różnic w budowie między nadnerczami jednemi a drugiemi. W jednem tylko nadnerczu królika adrenalinowego spotkaliśmy bardzo zresztą nieznaczne ścieńczenie kory, do którego jednak nie można stanowczo przywiązywać żadnego znaczenia.

Loepper[5]), Kuelb[6]), Hedinger[7]), Mięsowicz[8]), Handelsmann[9]) nie znajdowali również wybitniejszych i charakterystyczniejszych zmian w nadnerczach królików, u których po wstrzykiwaniach adrenaliny otrzymywali typowe obrazy miażdżycy adrenalinowej. Znajdowano więc tylko dość stale krwotoki drobne lub, jak w jednym przypadku Mięsowicza, gdzie nadnercza w całości prawie składały się ze starych skrzepów, znaczniejsze. Co do zmian w samym miąższu, t. j. w komórkach gruczołowych kory i istoty rdzennej, to opisywane przez Hedingera pojawianie się wakuol, nie jest żadną charakterystyczną cechą, gdyż spotyka się je i w nadnerczach innych królików.

Na pytanie więc, czy zachodzi jakiś związek, badaniem wykazać się dający, między nadnerczem a miażdżycą, odpowiedzieć trzeba, że anatomiczny w każdym razie nie. Jak więc wytłómaczyć niewątpliwy związek czynnościowy, stwierdzany niejednokrotnie drogą doświadczalną? Trudno na to dziś odpowiedzieć. Może być, że kiedyś da się związek ten wyjaśnić na drodze chemicznej. Bo, że nadnercze, jako gruczoł, niewątpliwie bierze ważny udział w przemianie materyi, na to mamy chyba dość dowodów, zwłaszcza wówczas, gdy narząd ten ulega poważniejszym zmianom. Możnaby więc przypuścić, że i przy miażdżycy przychodzi tu do zaburzeń, cechujących się może wzmożonem wydzielaniem, może zmienionym jej chemizmem, który wśród innych warunków przyczynia się również do stałego i znaczniejszego podniesienia parcia krwi, w powstawaniu miażdżycy niewątpliwie niepoślednią odgrywającego rolę. Te zaburzenia w nadnerczu przy miażdżycy, przypuszczalnie istniejące, może w przyszłości będzie można wykrywać wydoskonalonemi metodami barwienia; dziś niestety w braku odpowiednich metod stwierdzić ich jeszcze nie możemy.

Wnioski:

1. Nadnercza ludzi dotkniętych miażdżycą nie okazują żadnych typowych dla tej sprawy zmian anatomicznych, gdyż zmiany w nich w tych przypadkach spotykane mogą występować i przy innych sprawach chorobowych.

2. Zmiany, spotykane w nadnerczach przy miażdżycy są zmianami następowemi, a nie przyczynowemi; stoją one w związku z ogólnem schorzeniem ustroju i są tegoż skutkami.

3. Być może, że na drodze chemicznego badania nadnerczy, lub też wewnętrznego ich wydzielania, znajdzie się rozwiązanie zagadnienia o stosunku nadnerczy do miażdżycy.

---

[5]) L'action de l'adrenaline sur l'appareil cardiovasculaire et sur la capsule surrénale. Soc. de Biologie 1903 XI.

[6]) Experimentelles ueber Nebennierenextrakte. Kongr. f. innere Med. in Wiesbaden 1905.

[7]) Ueber experimentelle durch Adrenalin und Haemostasin erzeugte Arterienerkrankungen bei Kaninchen. Korrespondenzbl. f. schweizer. Aerzte 1905.

[8]) Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na narządy wewnętrzne królika. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. T. XLVI. Serya B. Ak. Um. w Krakowie.

[9]) L. c.

O sposobach barwienia krętka bladego w celach rozpoznawczych.

Podali

Dr H. Ehrlich i Dr J. T. Lenartowicz

z Przemyśla.

Poszukiwanie krętków bladych w wykwitach kiłowych stało się dzisiaj tak powszechnem, praca na ten temat tak ogólną i gorączkową, że w literaturze ostatniego trzechlecia nie ma chyba jednego pisma lekarskiego, w któremby nie znalazło się mniej lub więcej prac, bądź nowych, bądź też omawiających znane już dawniej właściwości krętka bladego z rozmaitych punktów widzenia. Prace te, na ogół wziąwszy, do dziś podzielićby można na trzy grupy.

Grupa pierwsza, najliczniejsza, dlatego może, że przedmiot dla badaczy najłatwiejszy, najdostępniejszy, to cały szereg prac, omawiających dodatnie wyniki poszukiwań krętka bladego w różnych wykwitach kiłowych. Na tej też grupie, jak do dzisiaj, opieramy głównie przekonanie nasze o swoistości krętka bladego, a utrzymuje się ono w nas siłą samych faktów, bądź co bądź zbyt licznych, zbyt przekonywających, by im odmówić doniosłego znaczenia.

Grupa druga prac, dotyczących krętka bladego, to prace, zmierzające do oceny sposobów barwienia, rozliczne ulepszenia w sposobach barwienia dotąd znanych, często sposoby nowe, z których jedne dlatego mają mieć wartość, że dają obrazy jasne, bogate w szczegóły, inne dlatego, że sposób postępowania przy barwieniu jest prosty, samo barwienie trwa krócej, a w ręku lekarza-praktyka ma być ułatwieniem w rozpoznaniu, ma mu dać możność prędkiego sporządzenia preparatu nawet w godzinach ordynacyjnych. W ostatnich zwłaszcza czasach podano takich sposobów kilka i to sposobów istotnie prostych, dla celów klinicznych często zupełnie wystarczających. Dość wspomnieć o szybkim sposobie barwienia, podanym przez Mac Neala[1]), Bergera[2]), Preissa[3]) i o ostatniej najnowszej modyfikacyi Giemsy[4]).

Do trzeciej wreszcie, najszczuplejszej, bo bezsprzecznie najtrudniejszej grupy prac, zaliczyć musimy prace tych autorów, którzy do znanych dotąd skąpych wiadomości naszych o krętku bladym pragną dodać nowe szczegóły, czy to z zakresu rozwoju krętka bladego, czy też z zakresu, jak dotąd próżnych usiłowań uzyskania czystych jego hodowli. Tu wymienić należy prace: Löwenthala[5]), Herxheimera[6]), Krzyształowicza i Siedleckiego[7]) i próby hodowli podjęte przez Leuriaux i Queets[8]).

Poszukiwania krętka bladego, jeśli już dziś nie są, to przynajmniej wkrótce staną się tak powszechne, jak poszukiwanie dwoinek wiewiórowych, t. j. w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest wątpliwe, wymagać będziemy od lekarza praktyka, by za każdym razem użył mikroskopu i z jego pomocą usunął wątpliwości. Stąd też zapewne rodzi się chęć wynalezienia sposobów barwienia jak najprostszych i jak najszybszych. Sposoby te jednak krótkością barwienia nie powinny, że tak powiemy, wypierać innych postulatów, nie powinny wpływać ujemnie na jasność preparatu, nie powinny przez słabe uwydatnienie szczegółów krętka bladego utrudniać łatwego jego odszukania. Jak dotąd jedynym, że tak powiemy, klasycznym sposobem barwienia krętka bladego jest barwienie sposobem Giemsy. Sposób ten, ogólnie znany, już przez to, że był pierwotnym i pierwszym sposobem, użytym do wykrycia krętka bladego, jest i musi być uznanym, jak dotąd, za swoisty niejako dla krętka bladego, a wszelkie inne sposoby, krótsze czy dłuższe, uchodzić będą za mniej pewne, mniej ścisłe. Barwienie jednak sposobem Giemsy wymaga naprzód wielkiej znajomości właściwości tego barwika, dużego doświadczenia, a co najważniejsza, stosownego czasu, który, jeśli nie uwzględni się któregokolwiek z warunków barwienia ściśle wymaganych, jest niemal nieobliczalny. Wynik zatem barwienia sposobem Giemsy jest często ujemny nie dlatego, aby w danym preparacie nie było krętków, któreby się sposobem Giemsy nie mogły zabarwić, ale dlatego, że badający często drobną pomyłką: jak użyciem barwika o nieodpowiedniem zgęszczeniu, złem wymieszaniem roztworu, użyciem wody przekroplonej, nieodpowiedniej, bo kwaśnej, złem oczyszczeniem szkiełka lub naczynia, w którem się barwi, klasyczną tę metodę uczyni zgoła nieprzydatną, a co najważniejsze dopiero drogą długich prób i doświadczeń dojdzie do wykrycia błędu, przez się popełnionego.

Że tak jest, że błędów takich ustrzedz się nie łatwo i że skutkiem tego winy szuka się niesłusznie w barwiku, gdy jej właściwie w nieuwadze przy barwieniu szukać należy, dowodzi ostatni przepis Giemsy[9]), w którym autor bardzo wyczerpująco błędy podobne omawia i podaje ścisły przepis postępowania przy barwieniu. Rozumie też autor ogólną potrzebę podania szybszego sposobu barwienia i w tym też duchu dawny swój sposób zmienia, co jednak nie zmniejsza w niczem trudności ustrzeżenia się od pewnych błędów, a więc tem samem i sposobu postępowania zbytnio nie ułatwia.

Wielokrotnie podnoszono jako ogólną cechę krętka bladego jego trudną barwliwość, czyli jego słabe powinowactwo do barwików, a przekonanie to tak dalece się przyjęło, iż myślećby można, że próby barwienia zwykłymi, ogólnie znanymi barwikami, zawiodą.

Podjęte przez nas próby, jak niżej wywiedziemy, wskazują, że przekonanie to, na ogół biorąc, nie jest słuszne.

Sposoby barwienia, których używaliśmy, a których główne zasady poniżej podamy, aczkolwiek proste i każdemu dostępne, nienajgorsze dawały wyniki. Za zadanie nasze przy tych próbach barwienia krętka bladego postawiliśmy sobie zakres bardzo szczupły, bo systematyczne przejście pewnej grupy barwików ogólnie znanych, najczęściej używanych, a tem samem każdemu lekarzowi dostępnych, i zbadanie, o ile barwiki te mogą oddać usługi w barwieniu krętka bladego w sposób, o ile można krótki, łatwy i prosty. Nie kusiliśmy się bynajmniej o dobór materyału rzadkiego, materyału, w którym tak, jak n. p. w kilakach albo rozcierkach soku narządów wewnętrznych krętki blade wykrywa się trudno i zrzadka tylko, przeciwnie do prób barwienia używaliśmy materyału ogólnie najdostępniejszego i bardzo pewnego: wykwitów kiły drugorzędnej i nieleczonej, obok tego rozcierek z wrzodów pierwotnych. Przejrzeliśmy z górą 1000 preparatów, nie tyle dbając o dobór rzadkich przypadków, ile o pewność, żeby w każdym przypadku krętki blade istotnie w większej ilości się znajdowały. Nadmienić jednak musimy, że także i w tych przypadkach, w których objawy kliniczne nie dość były wyraźne, by módz odrazu kiłę rozpoznać, mikroskopowo wcześnie krętki blade znajdowaliśmy. Ilekroć rozpoczynaliśmy barwienie którymkolwiek z barwików po raz pierwszy, z tej samej grupy preparatów sporządzaliśmy preparaty kontrolne, barwiąc według przepisu Giemsy. Ostrożność ta wydała nam się konieczną z dwu względów. Raz dlatego, by, barwiąc sposobem, uznanym ogólnie za pewny, przekonać się, czy w preparacie istotnie krętki blade się znajdują, powtóre dlatego, by módz porównać wyniki barwienia, a tem samem módz orzec, o ile barwik próbowany daje wyniki zgodne z preparatami, barwionymi sposobem Giemsy.

[1]) Mac Neal: Referat w »Monatshefte f. prakt. Dermatologie«, Tom 44, zesz. 11.
[2]) Berger: »Münchener med. Wochenschrift«, 1906, Nr 25.
[3]) Preiss: »Wien. med. Presse«, 1906, Nr 49.
[4]) Giemsa: »Deut. med. Wochenschrift«, 1907, Nr 17.
[5]) Löwenthal i Wechselmann: »Med. Klinik«, 1905, Nr 26, 33.
[6]) Herxheimer: »Münchener med Wochenschrift«, 1905, Nr 20 i 1906, Nr 7.
[7]) Krzyształowicz i Siedlecki: «Monatsh. f. prakt. Dermatologie.
[8]) Podług Hoffmanna: »Die Aetiologie der Syphilis«, str. 30.
[9]) Giemsa: »Deuts. med. Wochenschr.«, 1907, Nr 17.

I właśnie dzięki tym preparatom kontrolnym śmiemy wyrazić przekonanie, że próby barwienia, jakie podjęliśmy, choć proste i mało wymagające wprawy, dawały wyniki wcale nie różne od barwienia sposobem Giemsy tak, że posługiwanie się nimi do celów praktyki codziennej moglibyśmy uważać za wystarczające i zupełnie pewne.

Do prób barwienia używaliśmy błękitu metylenowego Löfflera, zwykłego błękitu metylenowego, fuchsyny, fioletu goryczkowego, wezuwiny, thioniny, dahlii. Preparaty utrwalaliśmy bądź wprost nad płomieniem zwykłym sposobem, bądź wyskokiem bezwodnym przez 10—15 minut, bądź też mieszaniną formaliny z wyskokiem w stosunku 1:100, w tym przypadku bacząc pilnie na to, by czas utrwalania nie przekraczał jednej minuty. Wreszcie preparatów starszych dobrze wysuszonych nie utrwalaliśmy wcale.

Błękitu metylenowego używaliśmy w następujących rozczynach: błękit metylenowy wodny zgęszczony, błękit metylenowy wyskokowy zgęszczony i błękit metylenowy Löfflera. Pierwsze dwa rozczyny nie dały wyników dodatnich, mimo, że barwiliśmy nimi preparaty przez godzinę i dłużej. Natomiast błękit metylenowy Löfflera w przeciwieństwie do twierdzenia Heima[10]) dawał wyniki bardzo dobre. Preparaty, barwione tym barwikiem, utrwalone jednym z wyżej podanych sposobów (zwłaszcza mieszaniną formaliny z wyskokiem), już po 15—20 minutowem barwieniu, zmyte następnie wodą przekroploną, dawały obrazy jasne o dostatecznej wyrazistości. Ciałka krwi barwiły się zielonawo-żółto, krętki blade blado-niebiesko i w przeciwieństwie do krętka załamującego światło *(spirochaete refringens)*, grubszego i ciemniej zabarwionego, wyróżniały się ciałem bardzo delikatnem o skrętach wyraźnie zarysowanych i bardzo regularnych.

Ponieważ zgęszczone rozczyny wodne i wyskokowe zwykłego błękitu metylenowego nie dawały wyników dodatnich, próbowaliśmy barwić rozczynami tego barwika w wodzie karbolowej, sporządziwszy barwik następującego składu:

Błękitu metylenowego	1,50	gr.
Wyskoku bezwodnego	10	»
Wody karbolowej 5%	100	»

Po barwieniu barwikiem tak przyrządzonym już po 5 albo 10 minutach barwienia otrzymywaliśmy wyniki dodatnie, wogóle podobne do wyników przy barwieniu rozczynem Löfflera, tylko obrazy nieco wyrazistsze.

Fuchsyny używaliśmy tej samej, jakiej używa się ogólnie do barwienia prątków gruźliczych (rozczyn Ziehla). Rozczynem tym nie należy bezwarunkowo barwić dłużej. niż 30 sekund do $1\frac{1}{2}$ minuty, bo występuje łatwo przebarwienie i straty, z drugiej jednak strony lekko różowe zabarwienie tła ułatwia odszukanie krętków bladych, które od tej barwy odbijają wyraźnie ciemno-czerwonem zabarwieniem. Barwiąc fuchsyną korzystniej jest utrwalać preparaty wyskokiem lub mieszaniną wyskoku z formaliną, bo jeśli utrwala się nad płomieniem i przed ostygnięciem szkiełka barwi, powstają łatwo straty.

Fioletem goryczkowym barwiliśmy w rozczynie karbolowym (Oppenheim-Sachs[11]), w zgęszczonym wyskokowym (Herxheimer[12]) i anilinowym (Gonder-Hoffmann[13]) i mogliśmy ogółem potwierdzić wyniki wspomnianych autorów z tem jednakowoż nadmienieniem, że przy użyciu rozczynu anilinowego takiego, jakiego się używa zwykle do metody Grama, krętki blade barwią się dobrze już po 5 minutach barwienia, gdy Gonder i Hoffmann barwią przez 24 godzin.

Barwienie thioniną i dahlią dawało również wyniki dodatnie, obrazy czyste i jasne. Posługiwaliśmy się przy tem barwieniu barwikami następującego składu:

Nasyconego rozczynu thioniny w wyskoku 50%	10	gr.
Wody karbolowej 1%	100	»

Barwikiem tym należy barwić około 20—25 minut, poczem opłukać wodą przekroploną.

Skład rozczynu dahlii był następujący.

Dahlii	1	gr.
Wyskoku bezwodnego	10	»
Wody karbolowej 5%	100	»

Czas barwienia krótszy, bo 5—10 minut; zabarwienie krętków bladych jasno-fioletowe[14]).

Wezuwina i safranina barwią również krętki blade, obrazy jednakowoż nie są dosyć wyraźne, odszukanie krętków bladych trudniejsze, a prócz tego barwić trzeba tymi barwikami przeszło godzinę.

Zgodnie z Heimem zaznaczyć musimy, że ani krętek blady, ani krętek załamujący światło, sposobem Grama się nie barwią.

Tak przedstawiają się próby barwienia wyżej wymienionymi barwikami, a gdybyśmy chcieli sposoby, których używaliśmy, ułożyć w pewien szereg, przyznać musimy, że najłatwiej barwią się krętki blade rozczynem fuchsyny (roztwór Ziehla), bo w przeciągu $\frac{1}{2}$, 1 do 2 minut, prawie równie łatwo rozczynem fioletu goryczkowego w wodzie karbolowej lub anilinowej; w przeciągu 5—10 minut rozczynem karbolowym zwykłego błękitu metylowego lub rozczynem karbolowym dahlii (według składu wyżej podanego), w 20—25 minut barwikiem Löfflera lub thioniną karbolową, w godzinę lub dłużej wodnymi rozczynami safraniny, wezuwiny i bismarkbraunu.

We wszystkich tych próbach barwienia a zwłaszcza w barwieniu błękitem metylenowym okazało się, że nawet rozczyny bardzo zgęszczone mogą krętka bladego nie barwić zupełnie albo bardzo trudno; skoro jednak rozczyny te sporządzimy we wodzie karbolowej, wrażliwość krętka bladego na dany barwik znacznie się zwiększa. Na tej podstawie opierając się, skłanialibyśmy się do przypuszczenia, że woda karbolowa 1—3—5% jest przy barwieniu krętka bladego dobrą zaprawą i powinowactwo jego do barwików na pozór obojętnych znacznie podnosi.

Preparaty kontrolne, barwione sposobem Giemsy i ściśle według jego przepisu, nie różniły się niczem od preparatów barwionych barwikami przez nas używanymi, bo ani rozmaitością form krętka bladego, ani wyrazistością obrazów mikroskopowych, ani większą prawidłowością skrętów regularnych, ostrych i głębokich, cech, jak wiadomo, koniecznych do odróżnienia krętka bladego od postaci mu pokrewnych. Sądzimy też, że jeśli popełnia się błąd rozpoznawczy i krętek załamujący światło bierze się za krętek blady, to błąd ten równie łatwo można popełnić przy barwieniu sposobem Giemsy, jak przy barwieniu sposobami, które wyżej podaliśmy. Tu nie rodzaj barwika, nie użycie tego lub owego sposobu barwienia chroni od błędu, ale wprawa, doświadczenie i przejrzenie znacznej ilości preparatów z tem zastrzeżeniem, by szukać głównie postaci typowych, słabiej barwiących się, o ciele bardzo cienkiem i o skrętach bardzo prawidłowych, głębokich. Takie postacie, jako bardzo delikatne, wyróżniają się doskonale przy barwieniu błękitem Löfflera. Przyznać musimy, że pomyłka, o którą łatwo, zdarzyła się i nam w początkach pracy. W jednej grupie preparatów, barwionych różnymi barwikami, znaleźliśmy liczne okazy krętków dobrze zabarwionych, wyraźnych, bardzo obfitych w każdem polu widzenia i krętki te braliśmy początkowo za krętki blade, gdy późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że były to tylko krętki załamujące światło. Były tam krętki krótsze i dłuższe, rozmaicie

[10]) Heim: »Lehrbuch der Bakteriologie«, 1906, str. 458.
[11]) Oppenheim i Sachs: »Münch. med. Wochenschr.« 1905, Nr 31.
[12]) Holzheimer: l. c.
[13]) Gonder i Hoffmann podług Provazek: »Protistenuntersuchung«, 1907, str. 37.

[14]) Roztworem barwika Azur II z pomocą roztworu wodnego dahlii barwi Berger (»Münch. med. Wochenschr.«, 1906, Nr 25). Sposób przez nas podany zdaje nam się być prostszy.

powyginane, splecione po dwa i więcej, skłonni byliśmy dopatrzeć się krętków, w kopulacyi ze sobą będących, rozpadłych i krótkich, to znów w dłuższe pasma ze sobą połączonych, żaden jednak z krętków, jak się później okazało, nie miał cech, ściśle dla krętka bladego wymaganych. Późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że tam, gdzie w preparacie obok krętka bladego znajdowały się krętki załamujące światło, tam właśnie i tylko tam spotykaliśmy postacie wielorakie. Gdzie zaś w preparacie były same tylko krętki blade, wówczas znajdowaliśmy postacie wszystkie niemal bliźniaczo do siebie podobne.

Dlatego przypuszczamy, że opisywane przez niektórych autorów domniemane postacie przejściowe, wyróżnianie postaci młodocianych i już rozwiniętych, zgrubienia w krętkach uważane za jądra, rozpadanie się krętków przez podział podłużny i t. p. odnieść należy raczej do krętków załamujących światło, niż do krętków bladych. Długość krętków bladych w preparatach, które badaliśmy, była najczęściej średnią, ale znajdowaliśmy też krętki bardzo długie, mające wszystkie cechy krętka bladego. Domieszka krwi przy braniu materyału zdaniem naszem w badaniach zupełnie nie przeszkadza, owszem w preparatach dobrze rozprowadzonych i nieprzebarwionych w pobliżu ciałek czerwonych krwi krętki blade najłatwiej odszukać można. Nie leży zresztą w ramach pracy naszej omawianie tych wszystkich szczegółów, dotyczących krętka bladego, zwracamy uwagę na to tylko, co jako fakta często powtarzające się mieliśmy sposobność stwierdzić na pewne, uważając dyskusyę na temat morfologii i postaci przejściowych jak dotąd za nierozstrzygniętą.

Streszczając wyniki badań, do jakich na razie doszliśmy, ograniczamy się do zaznaczenia, że:

1) krętki blade barwią się dobrze nietylko barwikiem Giemsy, ale i prostszymi, wyżej wymienionymi sposobami.

2) Czas wymagany do zabarwienia krętka bladego sposobami, jakie podaliśmy, jest krótki, sposoby postępowania proste i łatwe.

3) Do celów rozpoznawczych dla lekarza-praktyka sposoby te zupełnie wystarczają.

4) Rozczyny wody karbolowej zwiększają wrażliwość krętka bladego na barwiki (rodzaj zaprawy dla krętka bladego).

5) Najprawdopodobniej próby barwienia i innymi barwikami dadzą wyniki dodatnie, zwłaszcza, gdy użyje się odpowiedniej zaprawy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Otte. **O pooperacyjnych powikłaniach płucnych i zakrzepach żył po uśpieniach eterowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Powikłania płucne po operacyach, zwłaszcza brzusznych, są wogóle bardzo częste. W szkole położnych w Osnabrück zdarza się ich jednak bardzo niewiele, co, jak sądzi O., zawdzięczać należy następującemu postępowaniu przy uśpieniu. Chora przed operacyą musi płukać pilnie usta płynem odkażającym, a wieczorem dnia poprzedzającego i rano przed operacyą wziewa po $^1/_2$ godziny rozczyn soli kuchennej z tymolem i wyskokiem. Na $^1/_2$ godziny przed uśpieniem wstrzykuje się 0,01 morfiny. Do uśpienia używa się eteru, maski Juillard-Dumonta, przyczem eter dawkuje się w ten sposób, że na początek daje się 10 ctm.^{3}, po 2 minutach 20 ctm.^{3}, po dalszych 2—10 ctm.^{3}, a potem w 5 minut 5 ctm.^{3}, średnio na godzinę 100 ctm.^{3} eteru. Po operacyi ostrożnie przewozi się okrytą chorą, a w łóżku znowu stosuje się wziewania jeszcze przed obudzeniem $^1/_2$ godziny. To postępowanie, a zwłaszcza wziewania, uważa O. za główną przyczynę dobrych wyników, unikania powikłań płucnych i zakrzepów. (Zdanie autora o tyle nie jest słuszne, że porównuje on wyniki oddziału ginekologicznego z przypadkami chirurgicznymi. Tymczasem statystyki chirurgów dowiodły, że wogóle u kobiet powikłania płucne występują rzadziej, niż u mężczyzn, z powodu braku zatrucia wyskokiem, tytoniem i z powodu innego typu oddychania, a dalej, że operacye powyżej pępka dają z zasady prawie 3 razy tyle powikłań płucnych, co poniżej i z tego też powodu wogóle przy operacyach kobiecych spotyka się znacznie mniej powikłań płucnych. *Przyp. sprawozd.*). *Klęsk.*

Herrenknecht. **3000 uśpień chlorkiem etylu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 49). Na podstawie swego bogatego doświadczenia poleca H. gorąco uśpienie chlorkiem etylu. Oczywiście nadaje się ono do operacyi krótkotrwałych, przyczem zużywa się 2—5 grm. tego środka. Do uśpienia używa H. maski Esmarcha, pokrytej gumą, z otworem, przez który napuszcza się na flanelę chlorek. Można bezpiecznie stosować to uśpienie przy zaburzeniach serca, nerek i płuc. Uśpienie trwa do 20 minut, poczem w razie potrzeby można przejść do chloroformu lub zastosować drugie uśpienie etylowe. Chorzy wśród uśpienia mają często sny erotyczne, pod koniec wszystko słyszą i pamiętają słowa. Podniecenia zwykle nie ma, głęboki sen następuje w $^1/_2$—$1^1/_2$ minuty. Odczyn źrenic nie jest znamienny. Wogóle nadaje się to uśpienie do operacyi trwających około 5 minut. *Klęsk.*

Haun. **W sprawie uśpienia ogrzanym chloroformem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). Zapomocą chloroformu, ogrzanego do 38°, przeprowadził H. 8 uśpień i przekonał się, że to postępowanie daje pewną korzyść, bo uśpienie występuje szybciej, przebiega lepiej, chorzy potem szybko przychodzą do siebie, a złych następstw nie bywa. Działanie korzystne odnieść należy chyba do ogrzanej pary chloroformu, która jest lżejszą i lepiej przez to wnika w drogi oddechowe. *Klęsk.*

Michelsson. **Bezcelowość dodatku przetworów nadnercza przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Za radą Biera i Dönitza zaczęto stosować przy znieczuleniu lędźwiowem jako dodatek do kokainy przetwory nadnercza, rzekomo celem zmniejszenia trującego działania kokainy i przedłużania znieczulenia. Doświadczenia jednak Thiesa na zwierzętach, a zwłaszcza spostrzeżenia kliniczne, między innemi i autora, dowiodły, że dodatek ten jest zupełnie niepotrzebny, a często wprost szkodliwy. Objawów zatrucia przetwory nadnercza nie usuwają, a co gorzej, oddziaływając nieraz kwaśno, działają szkodliwie na opony; przytem rozkładają się przy wyjaławianiu. *Klęsk.*

Torkel. **Ułamanie się igły przy nakłuciu lędźwiowem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Wskutek nieuwagi dozorczyni chora wśród nakłucia, gdy już miano igłę wyciągać, rzuciła się nagle, przyczem igła ułamała się. Nacięto zaraz skórę, ale igła tkwiła głęboko. Przez cały czas płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał strumieniem, co autora zaniepokoiło, bo widział już zgubne skutki wielkiej utraty płynu. Dopiero cięcie poprzeczne i odłutowanie wyrostka ościstego ułatwiło dostęp i wydostanie igły. Następstw dalszych ten wypadek nie miał. *Klęsk.*

Kuhn. **Jałowy surowy katgut.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor powołuje się na swoją poprzednią pracę o wyrobie katgutu i opisuje epidemię tężca, która wybuchła w klinice Orsoli w Bolonii wskutek złego katgutu. K. żąda, by nad fabrykami katgutu roztoczono taki sam nadzór, jak nad wyrobem surowic, a w końcu podaje odpowiednie przyrządy i sposoby do wyrabiania pewnie jałowego surowego katgutu. Oczywiście i ten nawet katgut należy potem jeszcze w zakładach znanymi sposobami wyjaławiać. *Klęsk.*

Madlener. **Nić z pokrzywy, jako chirurgiczny materyał do szycia.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Na podstawie swego doświadczenia poleca M. gorąco, jako pewny materyał do szycia, dający się łatwo wyjaławiać, a tani, nici sporządzone z kory pokrzywy azyatyckiej (*urtica nivea*). Nici te są silniejsze od jedwabiu i używać też ich można w bardzo cienkich pasemkach. *Klęsk.*

Weil. **Krwawiączka.** (*Zjazd med. wewnętrz. i chirurg.* Paryż. Październik, 1907). Od 2 lat leczy Weil krwawiączkę przez podskórne lub śródżylne wstrzykiwania świeżej surowicy końskiej. Jednorazowe wstrzyknięcie 20 ctm.^{3} wystarcza na miesiąc, tak, że przez ten czas można krwawców nawet operować bez wielkiego niebezpieczeństwa. Tak leczył W. jedenastu chorych. Sposób ten prócz właściwego leczenia jest też bardzo ważny dla chirurga w razie zamierzonej operacyi u krwawca. *Dr Klęsk.*

Creite. **W sprawie leczenia wąglika zewnętrznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 51). W leczeniu wąglika, usadowionego zewnętrznie, istnieją dwa zupełnie krańcowe zapatrywania. Jedni radzą wycinać całą tkankę chorą lub niszczyć

ją doszczętnie, drudzy naodwrót polecają leczenie jak najbardziej zachowawcze, nawet w najcięższych przypadkach. To drugie postępowanie wydaje w praktyce bardzo dobre wyniki. Miejscowo robi się okłady z 2 prc. octanu glinowego; chory musi leżeć spokojnie w łóżku, a gdy cierpienie usadowione jest na kończynie, to się ją zawiesza. W razie złego stanu ogólnego i silnej gorączki podaje się wyskok. Przy tem leczeniu opada szybko ciepłota, obrzęk miejscowy i obrzęk gruczołów ustępuje, a w 8—10 dni następuje stanowczy zwrot ku lepszemu, krosta zasycha, w 12—14 dni oddziela się strup i rana pokrywa się ziarniną. W ten sposób leczono na klinice Brauna 13 chorych z wynikiem znakomitym. Kto wie, czy zbyt energiczne operacyjne leczenie często wprost chorym nie szkodzi. *Klęsk.*

Hofman. **W sprawie leczenia tężca surowicą.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 55, Z. 3). W klinice w Gracu leczono 30 przypadków tężca: 13 podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy (śmiert. 53·8 prc.), 16 wstrzykiwaniami śródoponowemi (12·5 prc. śmiert.) a 1 wstrzykiwaniem śródnerwowem. Widać z tego, że wstrzykiwania oponowe dają dobre wyniki lecznicze, zwłaszcza, że przypadki, leczone w ten sposób, należały do ciężkich. Wstrzykiwania wykonywa się w ten sposób, że wypuszcza się najpierw 20 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzykuje się potem 20 ctm.³ antytoksyny (Höchst); u dzieci mniej, zwykle o połowę. W razie ciężkiego przebiegu powtarza się co 2—4. dzień podobne oponowe wstrzyknięcie, a w inne dni wstrzykuje się surowicę podskórnie. *Klęsk.*

S. Czerny. **Miejscowe stosowanie arszeniku przeciw zakażeniu ropnemu, pochodzącemu z zanieczyszczenia ran.** (*Sem. méd.* Nr 48, 1907). Na podstawie długoletniego doświadczenia radzi C. rany zakażone, nawet te, które wywołały już ogólne objawy, jak dreszcze, gorączkę, bole głowy, obrzęki najbliższych gruczołów, zasypywać po dokładnem oczyszczeniu białym arszenikiem, dobrze sproszkowanym, w małej ilości. Na to kładzie C. okłady z 2 prc. wody karbolowej, które w miarę potrzeby zmienia. Wyniki mają być bardzo dobre. Nigdy żadnych objawów zatrucia ani podrażnienia skóry C. nie zauważył. *Stahr.*

Schümannn. **Powstawanie nowotworów złośliwych na skórze naświetlanej promieniami Röntgena.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 3). Do opisanych już przypadków nowotworów, powstałych przy naświetlaniu promieniami Röntgena, dodaje autor jeszcze jeden z kliniki Trendelenburga (rak wielkości marki na grzbiecie ręki prawej). Nowotwór usunięto operacyjnie i osiągnięto wyleczenie. Nowotwory powstałe po rentgenizacyi są przeważnie b. złośliwe, rosną bardzo szybko. *Klęsk.*

Elsner. **Ezofagoskopia przy raku przełyku i wpustu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Rak przełyku daje zwykle tak typowe objawy, że badanie wziernikiem jest zupełnie zbyteczne. Prawie zawsze jako wczesny objaw występują trudności w połykaniu. Badanie zgłębnikiem daje też dość pewne dane. Inaczej rzecz się ma przy raku wpustu. Tu zwykle brak utrudnienia przełykania we wczesnych okresach, a jeżeli są objawy utrudnienia, to mogą one pochodzić również od kurczowych zaciśnięć. Przy badaniu zgłębnikiem często też nic pewnego stwierdzić nie możemy. Wynika z tego, że użycie wziernika jest uzasadnione jedynie przy raku wpustu, lub przypuszczeniu nowotworu w tem miejscu, natomiast przy raku przełyku jest ono bezcelowe, bo rozpoznanie uczynić można i bez wziernika, a, jak obecnie, leczniczo nic na raka w tem miejscu wpłynąć nie możemy. *Klęsk.*

Haberer. **Przewlekłe zlepiające zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. 18, Z. 2). Postać ta zapalenia wyrostka występuje zwykle u ludzi starszych. Rozpoczyna się zwolna bez gorączki zaparciami stolca i wychudzeniem, sprawiając wrażenie raczej guza złośliwego. Przypadków takich spostrzegał H. 7. Przy operacyi znaleziono przewlekłe zmiany w wyrostku i zrosty kiszki ślepej, zagięcia śledzionowego i pętli esowatej. Rokowanie zwykle dobre. Operacya polega na wycięciu wyrostka i usunięciu zrostów. *Klęsk.*

Ruff. **Rozdęcie i porażenie jelit przy posocznicy, poczynającej się poza obrębem jamy brzusznej.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 41, 1907). R. opisuje dwa przypadki, w których porażenie jelit było następstwem posocznicy. Punktem wyjścia posocznicy w jednym przypadku była ropowica uda, w drugim ropienie stawu kolanowego. Sekcya, ani na otrzewnej, ani w obrębie jelit nie wykryła żadnych takich zmian, któreby mogły wywołać porażenie jelit. Jelita uległy porażeniu pod wpływem działania toksyn, wessanych w miejscu odległem od jamy brzusznej. Ilekroć w przypadkach porażenia jelit nie ma zmian miejscowych, mogących je wywoływać, należy pamiętać, że niedowład jelit może być jednym z objawów posocznicy, a w takich razach przyczyna porażenia jelit może leżeć daleko poza obrębem jamy brzusznej. Wskazania do zabiegu chirurgicznego w przypadkach niedowładu jelit, wywołanego przez posocznicę, oczywiście nie ma; zabieg operacyjny w takich razach byłby bezskuteczną próbą usunięcia tylko jednego objawu choroby, a nie choroby właściwej t. zn. posocznicy. *Kostrzewski.*

Prof. Riedel. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego (ślepej kiszki) u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). U dorosłych przedziurawienie nie występuje zwykle nagle, bez poprzednich objawów, lecz poprzedzają je pewne wybitne cechy. Inaczej rzecz się ma u dzieci. Te nie zdają sobie dokładnie sprawy z choroby, z drugiej strony u dzieci i inne, niewinne zresztą cierpienia wywołują czasem groźne objawy przemijające. Jeżeli dodamy do tego, że rodzice nie chcą często swego dziecka poddać operacyi, a zakażenie u dzieci przebiega zwykle szybciej, niż u starszych, nic dziwnego, że statystyka zapaleń wyrostka robaczkowego przedstawia się u dzieci znacznie gorzej, niż u starszych. Z poszczególnych postaci spotykamy najczęściej u dzieci zapalenie ziarniste (*a. granulosa*), a zwłaszcza na tle kamieni kałowych. Wobec tego sądzi R., że dzieci należy właśnie o wiele częściej operować, niż to dotąd się czyni, bo wobec dzisiejszego stanu chirurgii nie byłoby nawet grzechem, gdybyśmy od czasu do czasu spotkali przy operacyi jakieś łagodne cierpienie, ale za to na pewno uchronili wiele dzieci, rzeczywiście chorych na zapalenie wyrostka, od niechybnej śmierci. *Klęsk.*

Voigt, **O pooperacyjnej późnej niedrożności jelit.** (*Deut. med. Wochs.* 1907, Nr 52). Pooperacyjna późna niedrożność jelit, powstała wskutek zrostów, może nie dawać wyraźnych objawów klinicznych, jak to V. w jednym przypadku spostrzegał. Zrosty zapobiegają rozszerzaniu się zapalenia otrzewnej, to też w tych przypadkach mimo dość dobrego stanu chorego spotkać można, jak w przypadku V., rozległą zgorzel jelita. Zapobiegamy tworzeniu się następowych zrostów, tamując przy operacyi każde krwawienie i usuwając wylaną już do jamy otrzewnej krew, dalej unikając użycia w jamie brzusznej środków przeciwgnilnych, rozległej tamponady gazą, a w końcu starając się o szybkie pobudzenie jelit do ruchu robaczkowego przez usuwanie przy operacyi treści z jelit, lawatywy następowe, wstrzykiwania fizostygminy, a nawet, jak niektórzy robią, przez rychłe przeczyszczanie chorych. Przy operacyi należy też wszelkie ubytki otrzewnej i pozostałe kikuty starannie pokrywać i obszywać otrzewną. Cięcia prowadzić należy nie za duże i o ile możności rany tamponowane szyć wtórorzędnie. Makowiec po operacyach brzusznych z podanych powodów można tylko wyjątkowo stosować. *Klęsk.*

Kurt Schulze. **Śródotrzewne wprowadzanie tlenu przy gruźliczej puchlinie brzucha.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* T, 18, Z. 1). Po wypuszczeniu płynu z otrzewnej wprowadza się 200—1800 ctm.³ tlenu. Zabieg ten wywołuje czasem wymioty, biegunkę lub boleści. Gaz ulega wessaniu w ciągu 10 dni. Zwykle jedno wprowadzenie tlenu wystarcza, w razie nazbierania się płynu należy wykonać drugie. Z 7 chorych, leczonych w ten sposób, wyleczenie nastąpiło u 6 w 1—2 lat. Przy innych postaciach wysięku otrzewnego, wprowadzania tlenu nie wywierają skutku. *Klęsk.*

Trinkler. **W sprawie techniki wyłuszczania odbytnicy przy jej raku.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 48—49). Nawet najmozolniejsze zabiegi, zmierzające do wyleczenia raka kiszki stolcowej, udaremniają często zakażenie rany, obumieranie z trudnością nieraz ściągniętej z góry kiszki, niemożność dokładnego stworzenia domykalności itp. Te wszystkie wady stara się T. usunąć w ten sposób, że na dwa tygodnie przed wyłuszczeniem odbytnicy zakłada odbyt sztuczny. Potem przy właściwej operacyi usuwa odbytnicę jedną ze znanych metod; pozostały odcinek zaszywa na głucho i umocowuje go przy otrzewnej. Ranę pozostałą tamponuje. Zyskuje się przez to wiele. Rana pozostaje czystą, goi się szybko, kał odchodzi swobodnie przetoką, a dla chorego jest to obojętną chyba rzeczą, czy ma przetokę, czy niedomykający się odbyt; oczywiście sposób ten nadaje się tylko do leczenia przypadków ciężkich, w których należy wykonać całkowite wyłuszczenie, a nie wycięcie kawałka odbytnicy. *Klęsk.*

Sutter. **W sprawie ostrego i przewlekłego zapalenia próżnego worka przepuklinowego.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 21/22). S. dochodzi do następujących wniosków: 1) Klinicznie nie różnią się objawy zapalenia próżnego worka przepuklinowego od objawów uwięźnięcia przepukliny. 2) Etyolo-

gicznie ma tu znaczenie oprócz innych czynników szczególnie utrudnienie krążenia, i to tętniczego w zapaleniu ostrem, żylnego w przewlekłem. 3) Lecznicze znaczenie może mieć tylko operacya. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Streitz. **Przypadek zapalenia otrzewnej, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). Przypadek opisany przebiegał typowo tak, jak wogóle zapalenie otrzewnej wywołane przez dwoinki zapalenia płuc. A więc wystąpił nagle wśród wymiotów i gorączki, a wkrótce zjawiła się biegunka. Po kilku dniach ostre objawy, do których należy i wielka bolesność, ustąpiły, pozostały tylko biegunki wraz ze silnem wzdęciem. Po 14 dniach zwykle zjawia się wysięk ropny, który ma dążność do przebijania się przez pępek, czasem przez pochwę, po poprzedniem otorbieniu się. U dzieci rokowanie dość dobre, u starszych sprawa zwykle nie ma dążności do ograniczenia się i stąd rokowanie bywa poważne. *Klęsk.*

Hippel. **W sprawie leczenia przed laparotomiami i po laparotomiach.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 46). Celem wywołania wypróżnień po operacyach brzusznych, usunięcia wzdęcia i zapobieżenia zrostom pooperacyjnym, zamiast osłabiających chorego przeczyszczań przed operacyą poleca H. gorąco podane przez Vogla pooperacyjne wstrzykiwania fizostygminy. Zaraz po operacyi wstrzykuje się 0,001, a potem tę samą dawkę co trzy godziny, aż wystąpią ruchy robaczkowe. Wtedy zakłada się na godzinę sączek do kiszki, przyczem zwykle odchodzą gazy. Na drugi dzień można podać lawatywę. Zwykle najwyżej 4 wstrzyknięcia osiągają skutek. *Klęsk.*

Hoffmann. **Dwa przypadki zmian trzustki.** (*Allg. med. Ztrl.-Ztg.* 1907, Nr 32). 36-letnia kobieta spostrzegła przed 9 laty po pierwszym porodzie po prawej stronie brzucha twardy, niebolesny guzek, który zwolna wzrósł do wielkości głowy dziecka. W ostatnich czasach dołączyły się ciągnące bole w grzbiecie i krzyżach. Stolec i mocz bez zmian, wychudnienia niema. Przed paru tygodniami pojawiały się (rzadko) naczczo rano wymioty śluzem zielonawym. Przy operacyi znaleziono 2 torbiele trzustki, jedną, litrowej pojemności w głowie trzustki, drugą, $^1/_4$-litrowej pojemności, w jej ogonie. Torbiele te usunięto; nastąpiło wyzdrowienie. — W drugim przypadku u 45-letniego mężczyzny, dotkniętego kamicą żółciową, rozwinęło się zapalenie trzustki, wśród czego pojawiło się kilka napadów, podobnych z objawów do niedrożności jelit. Po wyłuszczeniu pęcherzyka żółciowego, pełnego kamieni, wszelkie dolegliwości ustąpiły. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Grunert. **Chirurgiczne leczenie przerostu sterczu.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). Statystyka stwierdza, że przy przeroście sterczu daje wycięcie powrózka nasiennego 30 prc. wyleczeń, obustronne trzebienie 45 prc., operacya Bottiniego 52 prc., wycięcie sterczu 85 prc. Śmiertelność jest największa przy wycięciu gruczołu (do 12 prc.). Co do następstw pooperacyjnych, to po wycięciu powrózka nie bywa żadnych, po trzebieniu bywają czasem zmiany psychiczne, po operacyi Bottiniego krwotoki następowe i nawroty, po wycięciu zaś sterczu niedomykalność pęcherza, niezdolność płciowa, zwężenie cewki, przetoki, wreszcie zmiany psychiczne. W 6 przypadkach otrzymał G. bardzo dobre wyniki przy wycięciu powrózka nasiennego po jednej, a trzebieniu po drugiej stronie. Radzi też gorąco wykonywać te małe i zupełnie nie niebezpieczne zabiegi u każdego chorego, gdyż przez to napewno 30 prc. chorych uwolnimy od cewnika. Operować należy o ile możności jak najwcześniej. *Klęsk.*

Doll. **Udar łożyska nerki.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 49). Krwotoki do łożyska nerki dają według D. ciężki, a typowy obraz chorobowy. Przypadków takich spostrzegał D. dwa. Choroba występuje u ludzi, dotkniętych miażdżycą tętnic i cechuje się silnymi napadami bolu w krótkich odstępach czasu (co 6—24 godzin). Bole sadowią się w okolicy nerki, rozpromieniając się do worka mosznowego i prącia. W okolicy nerki można wymacać guz sprężysty, bolesny, zwolna powiększający się. Ciepłota zwolna podnosi się, występują objawy krwotoku wewnętrznego i zapadu, wzdęcie brzucha, w opłucnej nieraz wysięk. W okolicy lędźwi występuje naciek w skórze i podbiegnięcia krwawe, nieraz schodzące aż do worka mosznowego. Cierpienie kończy się zwykle śmiertelnie; leczenie, jak dotąd, nawet i chirurgiczne jest bezskuteczne. *Klęsk.*

Adrian. **Czy można kobietom po wycięciu nerki pozwolić na zajście w ciążę i na poród?** (*Posiedz. Tow. lek. w Strassburgu* 29. 6. 1907). Ze względu na to, że brak tak wrodzony, jak i operacyjny jednej nerki usposabia bardzo do chorób nerki drugiej i że w ciąży w 10 prc. występują właśnie cierpienia nerek, zadaje sobie A. pytanie, czy lekarz może kobiecie, mającej tylko jedną nerkę, pozwolić na zajście w ciążę i czy ma w danym razie z obawy przed gorszemi następstwami istniejącą już ciążę przerwać. Wprawdzie opisano wiele szczęśliwych porodów przy jednej nerce, A. sądzi jednak, że należy być tu bardzo ostrożnym i postępować mniej więcej w sposób następujący. Należy przestrzegać kobiety przed zajściem w ciążę zbyt rychło po wycięciu nerki, zwłaszcza, jeżeli wycięta nerka była stosunkowo zdrową. Ciąża może być bardzo niebezpieczną dla kobiety, u której usunięto nerkę z powodu gruźlicy lub nowotworu i w przypadkach tych przerwanie istniejącej ciąży jest zupełnie uzasadnione. Wogóle należy kobietom przedstawić możliwość niebezpieczeństwa w każdym przypadku braku jednej nerki. *Klęsk.*

Dermatologia.

Blumenfeld A. **O rzadszych przypadkach tuberkulidów skórnych.** (*Przegl. chor. skórn. i wener.* 1907, II. 10—11). Autor spostrzegając przypadki tuberkulidów, doszedł do przekonania, że postacie, opisane przez Barthélemyego pod nazwą: *folliclis* i *acnitis*, różnią się wyraźnie między sobą. Pierwsza pojawia się u ludzi, dotkniętych zmianami gruźliczemi, zwłaszcza u kobiet. Druga postać zaś występuje u ludzi w średnim wieku, u których ani dokładne badanie, ani wywiady nie wskazują na żadną zmianę gruźliczą w narządach wewnętrznych. Nazwą pierwszą (*folliclis*) objął Barthélemy zmianę chorobową, rozpoczynającą się w skórze lub tkance podskórnej i dochodzącą do wielkości ziarna grochu. Naciek głęboki wzrasta ku górze, przez co skóra przybiera zabarwienie sinawo-czerwone. Przebieg dalszy jest o tyle różny, że guzek albo ulega wessaniu, albo też na szczycie jego tworzy się pęcherzyk, zawierający ciecz ropiastą, przebijający się na zewnątrz (*tuberculide papulo-necrotique Hallopeau*). *Krzyształowicz.*

Malinowski F. **O samoistnym zaniku skóry.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). Autor opisując pięć przypadków tego cierpienia stwierdza, że zanik skóry występuje w różny sposób; w trzech przypadkach poprzedzały wystąpienie zaniku objawy zapalenia skóry, w jednym przypadku wywiady wskazują na pojawienie się przed zanikiem jakiejś sprawy zapalnej, obejmującej całą powierzchnię skóry, w piątym zaś zanik poprzedzało, o ile z wywiadów sądzić można, pojawianie się przez szereg lat pokrzywki. Jako przyczynę choroby podawali chorzy jakieś cierpienia moralne. Przedmiotowo nie stwierdzał M. żadnych objawów nerwowych, podmiotowe objawy ograniczały się do uczucia swędzenia. Na podstawie badań histologicznych dochodzi M. do wniosku, że sprawa występuje jako zapalenie przewlekłe, wiodące powoli do zaniku wszystkich warstw skóry i wszystkich jej składników. Wreszcie co do patogenezy przypuszcza M., że sprawa chorobowa zależy od zaburzeń naczynio-ruchowych, które stoją, być może, w związku z pewnemi zmianami w korze mózgowej. *Krzyształowicz.*

Kromayer. **Stałe wyleczenie promieniami Röntgena pocenia się rąk.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 50). Ponieważ promienie Röntgena działają o wiele szybciej na gruczoły potne skóry, niż na inne części, można więc przez odpowiednie dawkowanie promieni osiągnąć zanik gruczołów wspomnianych, nie wpływając zupełnie na resztę skóry. Do odpowiedniego dawkowania promieni podaje K. osobny sposób. *Klęsk.*

Stein. **Zastosowanie zastoiny Biera przy oparzeniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Przy oparzeniach pierwszego stopnia poleca autor zaraz celem zniesienia bolu stosowanie zastoiny przez 10—20 minut za każdym razem z przerwami, aż do chwili, kiedy po zdjęciu opaski ból już nie występuje. Leczenie to ma mieć także wpływ korzystny na pokrywanie się ubytków i tworzenie się blizn. *Klęsk.*

Mahl Fr. jun. **Sposób robienia odlewów** (*moulage*) **chorób skórnych.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). M. podaje sposób robienia odlewów, które mają dziś ogromne znaczenie dydaktyczne na wszystkich klinikach dermatologicznych (sławne muzeum odlewów Barelly w Paryżu), wedle swego doświadczenia i wskazówek Dra Photniosa. Sposób ten streszcza się w następujących zabiegach: uzyskania formy ujemnej zmienionej części skóry, zrobienia odlewu dodatniego i barwienia, oraz uzupełnienia tego modelu. M. ma wielką zasługę, że rozpoczął próby robienia w kraju odlewów, które dotąd sprowadzano do naszych klinik od obcych. *Krzyształowicz.*

Prof. Fournier. **Rak języka, kiła, a tytoń.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 49). Zdaniem Poiriera każdy chory na

raka języka musiał przebyć kiłę lub być namiętnym palaczem. F. na podstawie swego doświadczenia potwierdza to zdanie w zupełności i uważa nawet raka języka za chorobę typową u kiłowych palaczy. Kobiety cierpią na raka języka rzadko, podobnie ci mężczyźni, dotknięci kiłą, którzy nie palą tytoniu. Wynika z tego, że w leczeniu rzekomo kiłowych cierpień języka u palaczy należy postępować bardzo ostrożnie, zwłaszcza, że jak doświadczenie wielu chirurgów uczy, leczenie rtęciowe przyczynia się bardzo w początkach raka do szybszego rozwoju nowotworu i zwiększa jego złośliwość. *Klęsk.*

Duhot. **Leczenie kiły atoksylem.** (*Clinique* 1907, Nr 49). Na podstawie dwóch doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: Atoksyl nie może iść w porównanie z rtęcią. Nie posiada wcale tych właściwości ochronnych, co rtęć, bo z chwilą zaprzestania wstrzykiwań atoksylowych, nawrót należy prawie do reguły. Działaniem leczniczem przypomina atoksyl jodek potasu, wywiera wpływ raczej na objawy choroby, niż na samą jej przyczynę. Wybitny wpływ wywiera atoksyl na zmiany kiłowe w skórze, a szczególnie na owrzodzenia. Lek ten zawdzięcza wiele swych własności arszenikowi, którego jest tworem pochodnym i działa skuteczniej na zmiany w skórze, niż na zmiany na błonach śluzowych. Wstrzykiwania atoksylu są niebolesne; nie działają wcale miejscowo na zmiany kiłowe. Atoksyl nie jest lekiem niebezpiecznym, nie wywiera żadnych działań ubocznych. Dla osiągnięcia skutku należy go wstrzykiwać codzień po $1/2$ grama przez 10—15 dni. Atoksyl można uważać tylko za lek pomocniczy, bardzo użyteczny w niektórych przypadkach kiły, a stosować go podobnie, jak jodek potasu. *Stahr*

Lang. **O leczeniu zwężeń cewki moczowej fibrolizyną.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). Próby leczenia fibrolizyną podjęte w szpitalu w Erfurcie w przypadkach zwężeń bliznowatych krtani, przełyku, zrostów osierdzia, zesztywnień stawów, wypadły bardzo dobrze i z tego powodu zastosowano to leczenie w 3 przypadkach starych zwężeń cewki z wynikiem bardzo dobrym. Oczywiście leczono zwężenie równocześnie i miejscowo. *Klęsk.*

Waelsch. **O zapaleniu najądrza na tle podrażnienia płciowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor miał sposobność spostrzegać u mężczyzn, wstrzymujących się od spółkowania i przy wygórowanym, a nie zaspokajanym popędzie płciowym, obrzmienia, a nawet stwardnienia najądrza, które odnosi do nawałów krwi. Chorobie tej daje W. nazwę *epididymitis erotica*. Cierpienie to po usunięciu przyczyny ustępuje; w razie długiego trwania wywołać może nawet niepłodność. *Klęsk*

Stern. **Leczenie zapalenia najądrza i gruczołów pachwinowych przekrwieniem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 48). S. leczy wiewiórowe zapalenie najądrza zastoiną i to w ten sposób, że w okresie ostrym przy dużej bolesności stosuje przekrwienie przez czas dłuższy, a gdy bolesność ustąpi, stosuje celem wessania nacieku zastoinę krótkotrwałą obok leczenia gorącem powietrzem. W ten sposób leczył 75 przypadków. Wyniki są o tyle dobre, że bolesność ustępuje szybko, a co najważniejsza, płodność zostaje zachowaną. Leczenie zastoiną zapaleń gruczołów pachwinowych daje również dobre wyniki. W razie zropienia osiągnąć można przez małe nakłucie i zastosowanie ssawek prawie zawsze wyleczenie. *Klęsk.*

Hirschberg. **Ostre zapalenie jądra na tle zakażenia prątkiem ropy błękitnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 43). Co chwila mnożą się publikacye, donoszące o chorobotwórczości prątka ropy błękitnej. H. spostrzegał ostre zapalenie jądra, wywołane przez te prątki. Po nacięciu powłok moszny i jądra nastąpiło wyleczenie. *Klęsk.*

Turzański G. **Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi.** (*Przegl. chor. skór. i wener.* 1907, II. 10, 11). Autor poddaje krytyce nasze urządzenia w sprawie prostytucyi, które dają się podzielić na dział administracyjny i dział kontroli lekarskiej, i dochodzi do przekonania, że nie spełniają one swego zadania, gdyż nie odpowiadają ani wymogom obecnego postępu kultury, ani najnowszym wynikom badań lekarskich. T. żąda w pierwszym rzędzie, aby władze administracyjne wykonywały ścisły nadzór nad domami publicznymi i aby nie dozwalano pojedynczym prostytutkom mieszkać osobno. Nadzór zaś powinien czuwać nad higieną tych domów, nad sposobem odżywiania się prostytutek, wreszcie nad uregulowaniem czasu otwarcia tych domów i obowiązkiem odkażania części płciowych przez obie strony. Dalej zaleca T. podzielić domy publiczne na dwie kategorye, prostszą i wykwitniejszą i podaje ogólne zasady opieki nad prostytutkami w kierunku moralnym (oświata), jak i społecznym (płaca i zabezpieczenie na starość).

Powszechnie wiadomo, jak niedostatecznym jest dotychczasowy sposób kontroli lekarskiej; to też T. radzi na wzór prof. Fingera poddawać prostytutki badaniu lekarskiemu co drugi dzień i leczyć je znacznie dokładniej i dłużej, szczególnie w przypadkach kiły, niż to się dzieje dotychczas. W tym celu proponuje utworzenie osobnych oddziałów dla stałego leczenia prostytutek, a następnie żąda, aby biura oględzin lekarskich zatraciły charakter policyjny, a nadzór policyjny został oddzielony od kontroli lekarskiej. Sprawozdanie T. przeplecione jest mnóstwem szczegółów, jużto zaczerpniętych z piśmiennictwa, już też objaśniających myśli zasadnicze. *Krzysztalowicz.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Strassmann. **O pęknięciach ścian żołądka, głównie wewnętrznych i niezupełnych.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Mężczyzna 46-letni po zażyciu makowca w celach samobójczych, został w stanie nieprzytomnym przewieziony do szpitala, gdzie zastosowano przepłukanie żołądka, lecz bezskutecznie. Na sekcyi nie stwierdzono innych zmian prócz znacznej ilości świeżej krwi w żołądku i w górnym odcinku jelit. Krwotok ten pochodził z pęknięć błony śluzowej żołądka, ułożonych promienisto od wpustu wzdłuż krzywizny mniejszej. Drugi taki przypadek opisał już dawniej Key-Aberg i dowiódł doświadczalnie, że zmiany takie powstają przy przepełnieniu żołądka płynem lub gazami. Wlewanie do żołądka płynów w celach leczniczych wywołuje takie następstwa najłatwiej u chorych nieprzytomnych, tem też tłómaczy się, że oba opisane przypadki dotyczą ludzi zatrutych makowcem, przyczem wchodzi jeszcze w grę porażające działanie tego środka na mięśnie gładkie i zniesienie odruchów. Przed laty kilkunastu widział autor całkowite pęknięcie żołądka, zmienionego rakowato, powstałe także wskutek płukania. W podobny sposób powstało pęknięcie błony śluzowej żołądka w przypadku Wunschheima, gdzie zwężający rak przełyku przebił do tętnicy głównej z następowym krwotokiem i przepełnieniem żołądka krwią. Wszystkie te przypadki zalicza autor do pęknięć pod wpływem urazu wewnętrznego. Samoistne pęknięcie błony śluzowej wywołuje nadmierne rozdęcie żołądka gazami. Warunkiem koniecznym jest trwały skurcz wpustu i odźwiernika, a powstanie takiego skurczu przypisuje S. działaniu bezwodnika węglowego. W przypadkach tych istnieją zawsze przewlekłe zmiany żołądka. Według Key-Aberga sadowienie się pęknięć na krzywiźnie mniejszej pochodzi stąd, że przepełniony żołądek stara się przybrać postać kulistą, wtedy zaś najsilniejszemu napięciu musi ulegać błona śluzowa na krzywiźnie mniejszej, ponieważ w tem miejscu posiada najmniej fałdów. Przypisaćby można nadto mniejszą odporność mechaniczną tej okolicy, zależną od wnikania w ścianę większej ilości naczyń i nagromadzenia tłuszczu. Tego doświadczenia nie potwierdziły, natomiast prawdopodobniejszą jest mniejsza rozciągliwość z przyczyny grubszej, mniej podatnej warstwy mięsnej. Pod działaniem urazu wewnętrznego pęka niekiedy, prócz błony śluzowej, także surowicza, częściej jednak spotyka się to przy urazach zewnętrznych. Urazy zewnętrzne wywołują zwykle płatowe oderwanie błony śluzowej, jednak nie stale, zdarzają się bowiem i pęknięcia szczelinowate, zupełnie podobne do pęknięć powstałych pod wpływem urazu wewnętrznego. Niema więc zasadniczej różnicy między tymi dwoma rodzajami pęknięć, co zresztą jest zrozumiałe, bo uraz zewnętrzny zmniejsza nagle pojemność żołądka, która może się stać zbyt małą, aby pomieścić znajdującą się w żołądku, zwłaszcza obfitą treść. Petry tłómaczy rzecz tak, że uraz powoduje zagięcie wpustu i odźwiernika przez wzmożone ciśnienie śródbrzuszne, a wtedy ściśnięte gazy rozsadzają żołądek, albo nagle wstrząśnięta treść uderza ze znaczną siłą o ściany i wywołuje pęknięcie w najsłabszem miejscu. Pęknięcia mogą się szybko goić, ale oderwania błony śluzowej trwają długo jako owrzodzenia, różniące się od wrzodu trawiennego nieregularnością brzegów. Na podstawie własnego doświadczenia nie przyjmuje S. powstawania wrzodów trawiennych z pęknięć i oderwań błony śluzowej. *Bujak.*

A. Lissauer. **O neurastenii rentowej i jej znaczeniu dla instytucyi ubezpieczenia.** (*Aerzt. Sachverständ. Zeit.*, Nr 18, 1907). Na podstawie swych spostrzeżeń wyróżnia L. nową sprawę chorobową »neurastenię rentową«, odgraniczając ją ściśle od całego szeregu nerwic, głównie zaś od t. zw. nerwicy urazowej, z którą ma ona tylko tyle wspólnego, że również po urazie wystąpić może. L. określa tę sprawę chorobową jako chorobowo wzmożone wyobrażenie o niezdolności do pracy w połączeniu

z chorobliwie podniesionem pożądaniem uzyskania renty. Sprawa ta różni się głównie tem od neurastenii urazowej, że wystąpić może — jak to L. stwierdził w jednym przypadku, — także bez urazu; o ile zaś uraz zadziała, to nie mechanicznie (wstrząśnienie układu nerwowego), ale przez to, że wyzwoli u chorego, u którego istniało już podłoże neurasteniczne, wyobrażenia o niezdolności do pracy, jak również chorobliwie podniesione pożądanie renty. Rokowanie tego cierpienia jest złe, nawet w razie udzielenia ubezpieczenia; chory oporny jest leczeniu, uważając lekarza, zachęcającego do pracy, za swego wroga. Wobec ustawodawstwa o ubezpieczeniu od wypadku, jakoteż od nabytej niezdolności do pracy, należy zdaniem L., oceniać neurastenię nerwową taksamo, jak i neurastenię ogólną wskutek urazu.

Lustgarten.

O. Daske. **W sprawie odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej według van Itallie.** (*Aerzt. Sachverständ. Zeit.*, 1907, Nr 14). Metoda ta wynika ze znanej własności krwi rozkładania wody utlenionej, przyczem wywiązuje się gwałtownie tlen, a polega na działaniu swoistego zaczynu, wyodrębnionego przez autora pod nazwą »hemazy«. Zaczyn ten pod wpływem ogrzania krwi do 65° w ciągu półgodziny traci tę własność. Van Itallie stwierdził, że w ten sposób ogrzana, następnie oziębiona do 15° i zmięszana z 1 prc. rozcz. wody utlenionej krew ludzka i małpia wywiązuje tlen; natomiast krew innych zwierząt, jak koni, wołu, świń, kóz, królików, szczurów, kur, gołębi, ryb, żab i t. p. traci swą katalityczną własność. Podobne wyniki otrzymał, badając plamy krwi, zaschnięte na płótnie, nawet bardzo stare. Jednakowoż ścisłe badania autora dowodzą, iż rzecz nie jest tak prosta, jak to podaje van Itallie, gdyż wiele gatunków krwi zachowuje często po ogrzaniu zdolność katalizy, a z drugiej strony krew ludzka traci ją tak, iż metoda ta, która z początkiem zdawała się rokować doniosłe znaczenie w medycynie sądowej, okazuje się niepewną, a zaczyn sam, dość zmienny, wymaga jeszcze dalszych badań.

Nowaczyński.

Revenstorf. **Zatrucie lyzolem, a zapalenie płuc zrazikowe.** (*Aerztl. Sachverständ. Zeit.* 1907, Nr 12). Prawie zawsze zdarza się, iż po zatruciu lyzolem lub ciałami pochodnemi z grupy fenolowej, rozwija się zapalenie zrazikowe płuc przeważnie w płatach dolnych, któremu chorzy najczęściej ulegają. Za przyczynę tego uważają jedni żrące działanie aspirowanego lyzolu na tkankę płucną lub zachłyśnięcie się treścią żołądkową wymiotowaną, tem bardziej, iż w zatruciu lyzolem wśród szybkiej utraty przytomności zawsze powstają wymioty; inni znów twierdzą, że lyzol, uległszy wessaniu w przewodzie pokarmowym, wydziela się (prócz nerek) na drogach oddechowych, wywołując zapalenia zrazikowe płuc. W dwu przypadkach zatrucia lyzolem stwierdził R. charakter aspiracyjny zapalenia płuc w ten sposób, iż badał drobnowidowo sok, wyciśnięty z ognisk zapalnych, jakoteż i same ogniska w skrawkach barwionych. W obu razach, a znacznie łatwiej w soku, stwierdził obok licznych bakteryi i ziarenek węgla, resztki pokarmowe, jak włókna mięsne, ziarnka skrobi i komórki roślinne, których w tych przypadkach głównie się poszukuje. Ten sposób postępowania zaleca R. jako bardzo ułatwiający rozpoznanie charakteru sprawy zapalnej, wikłającej zatrucie.

Nowaczyński.

Rembold. **Przyczynek do kazuistyki mięsaka w następstwie urazu.** (*Aerztl. Sachverständ. Zeit.*, 1907, Nr 12). Sprawę tę, dotąd nie wyjaśnioną, autorowie różnie, zależnie od przypadku, rozstrzygają. By módz uznać związek między urazem, a nowotworem, stawia R. następujące żądania: 1) uraz przedewszystkiem musi być niewątpliwie stwierdzony; 2) nowotwór musi powstać w miejscu zadziałania urazu; 3) jeżeli nowotwór powstaje bezpośrednio po urazie, musi przeciąg czasu, upływający między urazem, a rozwojem nowotworu być taki, by możliwem się wydawało, że w tym krótkim czasie nowotwór mógł wzróść do stwierdzonych w danej chwili rozmiarów; jeżeli zaś powstaje po upływie dłuższego czasu, powinno się wykazać łącznik jakiś między urazem a nowotworem, n. p. w postaci bolu, zapalenia, kostniaka, martwaka; 4) wreszcie należy wyłączyć możliwość istnienia gdzieś w ustroju pierwotnego ogniska, którego przerzutem byłby nowotwór, świeżo powstały w miejscu urazu. Na podstawie tych zasad mógł R. przyjąć niewątpliwy związek między licznemi i ciężkiemi obrażeniami, jakim uległ pewien mężczyzna podczas wypadnięcia z wozu, a mięsakiem drobno-okrągło-komórkowym, który rozwinął się w miejscach, na jakie uraz zadziałał (żebra, kręgosłup, rdzeń, kość ramieniowa, gruczoły okołooskrzelowe) w trzy miesiące po wypadku i doprowadził do zejścia śmiertelnego. *Nowaczyński.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 5. grudnia 1907.

Przewodniczy kol. Rumszewicz. Obecnych członków 38.

1) Kol. Sznarbachowski przedstawia $5^1/_2$-letnią **matołkowatą dziewczynkę** z gub. Charkowskiej, urodzoną jako drugie z kolei dziecko. Ojciec, robotnik fabryczny, nałogowy pijak, miewał często w stanie nietrzeźwym stosunki z żoną, wobec czego możliwe tu jest poczęcie z ojca pijanego. Dziecko miało się jednakże rozwijać w pierwszym roku prawidłowo i dopiero później po ciężkiej biegunce przestało rosnąć, a zaczęło grubieć. W 3. roku, po zastosowaniu limanu i słonych kąpieli znowu zaczęło nieco rosnąć, w ostatnim zaś roku także mówić (bardzo mało), oraz bawić się z innemi dziećmi, chociaż na ogół i dotychczas jest jeszcze mało towarzyskie. Apatya, nizka inteligencya, żarłoczność (jada prawie tylko mięso), stałe zaparcie stolca. Charakter uparty. Wzrost w stosunku do wieku bardzo mały, nóżki skrzywione, głowa duża, czaszka nieforemna. Skóra na głowie znacznie zgrubiała, nos spłaszczony, policzki mięsiste, wargi wysunięte i odwinięte. Z ust otwartych wygląda mięsisty język i wycieka ślina. Zęby popsute, rzadkie, gruczołu tarczowego wymacać nie można. Przepuklina pępkowa. Od 6 tygodni leczenie jodowe, pod wpływem którego dziecko stało się ruchliwsze.

Dyskusya: Kol. Trzebiński radzi spróbować leczenia przetworami gruczołu tarczowego. — Kol. Łążyński byłby ewentualnie za wszczepieniem gruczołu. — Prelegent odpowiada, iż wobec blizkiego wyjazdu chorej można myśleć tylko o opoterapii środkami wewnętrznymi.

2) Odczyt kol. A. Modrzewskiego: **Sposób bakteryologicznego badania krwi na prątki duru brzusznego według Conradiego.** Omówiwszy technikę postępowania, zestawił M. 795 przypadków duru brzusznego, badanych według Conradiego, w tej liczbie 16 przypadków Dra Kleina i 20 swoich, nigdzie jeszcze nie opisanych. M. dochodzi do wniosków następujących: Zapomocą sposobu Conradiego powiodło się stwierdzić, że 1) w pierwszym tygodniu duru brzusznego prątki Ebertha wyrastają ze krwi częściej, niż w następnych okresach choroby; 2) odsetka przypadków, dających sposobem Conradiego wynik dodatni w pierwszym tygodniu choroby waha się około 75%. Ta liczba nie jest jeszcze ustaloną, gdyż w pierwszym tygodniu choroby zbadano zaledwie kilkadziesiąt przypadków i ta okoliczność właściwie wpływa na to, że dziś nie możemy wyrzec stanowczo, czy sposób Conradiego może współzawodniczyć z odczynem Widala. Bądź co bądź i dziś już w praktyce szpitalnej sposób Conradiego jest obowiązujący. Co się zaś tyczy praktyki prywatnej, a osobliwie takiej, gdzie powtórne branie krwi jest niemożebne, lepiej czekać drugiego tygodnia choroby, by wykonać odczyn Widala. W każdym razie podnieść należy ścisłość sposobu Conradiego i względną łatwość wykonania. Łatwość byłaby jeszcze większą, gdyby pożywkę Conradi-Drigalskiego (podłoże mające dużo stron dodatnich) można było zastąpić inną, łatwiej dającą się przygotować. M. próbował zastąpić pożywkę Conr.-Drig. przez pożywkę z zielenią malachitową, t. j. przez pożywkę Löfflera. Okazało się, że prątki Ebertha, wyhodowane na tej pożywce, zupełnie prawie tracą zdolność do aglutynacyi. Zbadano 10 hodowli prątków durowych, z tych 3 stare laboratoryjne, 1 z wody, 1 z kału, 5 ze krwi chorych. Tylko stare laboratoryjne hodowle dawały stosunkowo nieznaczną aglutynacyę. Hodowle zaś świeże nie dawały aglutynacyi nawet w rozcieńczeniu 1:10. Badane równolegle szczepy, wyhodowane na pożywce Conradi-Drigalskiego niczem nie różniły się w stosunku do aglutynacyi od hodowli na zwykłym agarze.

Dyskusya: Kol. Bylina zaznacza, iż dzięki metodzie Conradiego udowodniono w niezbity sposób bakteryologiczną przyrodę duru brzusznego. Jeźli niekiedy nie udaje się znaleźć prątków we krwi, to zależy to tylko od zbyt małej ilości krwi badaniu poddanej. Metoda Conradi-Drigalskiego jest technicznie łatwa, a stosowanie jej jest ważne, zwłaszcza przy zakażeniach mieszanych (n. p. róży z durem). — Kol. Januszkiewicz pyta, czy istnieje chronologiczna równoległość między wynikami odczynu Widala i metodą Conradiego, poczem stwierdza, iż dawno już uważano dur brzuszny za bakteryemię, a to wskutek znalezienia prątków w śledzionie i plamkach wysypki różyczkowej. Metoda Conradiego ma zresztą swe braki, podobnie jak odczyn Widala, od którego różni się tem, że daje wyniki dodatnie już

w pierwszym tygodniu choroby. — Kol. Nowaczek przypomina, iż prątki durowe znajdowano także w szpiku kostnym, dokąd przecież mogły się one dostać tylko ze krwi. — Kol. Hoffmann. Dopiero badania lat ostatnich wykryły obecność bakteryi we krwi w wielu chorobach zakaźnych, nawet w mniej ciężkich przypadkach. — Kol. Bylina: To, co poprzedni mówcy przytaczali, upoważniało nas tylko do przypuszczenia obecności bakteryi we krwi chorych na dur; natomiast metoda Conradiego stwierdziła ją w bezpośredni sposób, z zupełną pewnością. — Prelegent: Z przypadków Kaisera było 18,5% takich, w których metoda Conradiego dała wynik dodatni, odczyn zaś Widala wypadł ujemnie. Być może, iż zwiększając ilość badanej krwi, można będzie przy stosowaniu metody Conradiego zwiększyć odsetek wyników dodatnich. W przeciwnym razie wyższość pozostanie przy odczynie Widala, dającym 95% wyników dodatnich w przeciwieństwie do 75% przy metodzie Conradiego. W niektórych ciężkich wypadkach prelegent nie otrzymywał, stosując metodę Conradiego, wyniku dodatniego, chociaż używał do badania stosunkowo znacznych ilości krwi.

3) Odczyt kol. S. Trzebińskiego: **Psychoza i neuroza w belletrystyce polskiej.** Część I. (Odczyt i dyskusya będą streszczone po wygłoszeniu części drugiej).

4) Po zamknięciu dyskusyi odczytano zaproszenie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego na obchód jubileuszowy i uchwalono jednogłośnie wysłać telegram gratulacyjny.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Na posiedzeniu Wydziału w d. 11. I. 1908 postanowiono zwołać nadzwyczajne Walne Zgromadzenie na 26. I. 1908 celem poprawek w nowym statucie, udzielono 2 zapomogi po 150 koron (choremu lekarzowi i wdowie po lekarzu), jedno zaś podanie odrzucono, gdyż petent nie był członkiem Towarzystwa i wogóle nie jest lekarzem; uchwalono dalej odstąpić od myśli założenia własnej księgarni, przyjęto projekt odezw, które mają być wniesione do Izb lekarskich i odpowiednich władz w sprawie pomnożenia liczby lekarzy miejskich, a w końcu reaktywowano komisyę prasową, wybierając do niej Dr Zydłowicza, Weinsberga, Stahra i Prof. Ciechanowskiego. *R.*

Ze Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie. Na posiedzeniu Wydziału spraw bytu lekarzy w d. 14. I. 1908 uchwalono zwrócić się do władz o wyjaśnienie w sprawie odebrania lekarzom szpitalnym bezpłatnych biletów jazdy tramwajami. Dr Wisłocki przedstawił referat »O stosunku lekarza do publiczności«, roztrząsając w nim wypracowany przez Izbę lek. wschodnio-gal. kodeks deontologii lekarskiej i uzasadniając potrzebne w nim zmiany. W końcu przedstawił referent projekty minimalnych taks lekarskich: dla laryngologów (opracowany przez Dra Dudrewicza), dla chirurgów (opr. przez Dra Lewensterna i Szpota). Projekt taryfy ginekologów ma przedstawić Dr Neugebauer, taryfy okulistów Dr Cetnarowicz. W dyskusyi, w której m. i. oświadczył się Dr Dunin przeciw opracowywaniu taryf minimalnych wogóle, uchwalono ułożyć projekt taryfy minimalnej dla Warszawy i dla ułatwienia dalszych rozpraw ogłosić go drukiem w jednem z pism lekarskich. (»Med. i Kron. lek.« 1). *R.*

Rachunki lekarskie. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina kolegom, iż Walne Zgromadzenie w d. 27. kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu. Rachunki sprzedaje Administracya znaczków receptowych w Krakowie, Radziwiłłowska l. 4, po 4 halerze za sztukę.

Lekarze krakowskiej Kasy chorych podjęli starania o zwiększenie wynagrodzenia. Gdyby starania te nie odniosły skutku, zamierzają lekarze Kasy solidarnie ustąpić z d. 1. II. b. r. Nie można wątpić, że w słusznej swej sprawie znajdą lekarze Kasy poparcie u ogółu kolegów. *R.*

Sprawy sanitarne w Austryi. Jeden z pięciu oddziałów powstającego w Austryi »ministerstwa pracy« ma, według dzienników, obejmować sprawy zarządu sanitarnego i miejsc kąpielowych. Jeżeliby ta zapowiedź oznaczać miała oddanie nowemu ministerstwu całego zakresu spraw sanitarnych, to dział ten byłby w niem wśród innych jego zadań jeszcze mniej na swojem miejscu, niż obecnie — w ministerstwie spraw wewnętrznych. Jedyną właściwą drogą byłoby utworzenie odrębnego ministerstwa zdrowia; ale nadzieja, by do tego wkrótce w Austryi doszło, coraz bardziej słabnie. *R.*

Sprawę zezwolenia na zabieg operacyjny u małoletnich omawia Dr K. Büdinger w Nr 48 »Oesterr. Sanitätswesen«. Najpierw zajmuje się pytaniem, czy rodzice lub opiekun małoletniego mają prawo odmówić zezwolenia na zabieg, konieczny do ratowania życia. Pytanie to rozstrzyga poniekąd wyrok sądu kasacyjnego, wydany przed dwoma laty. Pewna kobieta w Samborze wezwała do swego ciężko chorego dziesięcioletniego syna lekarza, który rozpoznawszy uwięzniętą przepuklinę radził natychmiast oddać chłopca do szpitala dla dokonania operacyi. Matka nie usłuchała tej rady, rzekomo ze względu na dziecko, które w żaden sposób nie chciało pójść do szpitala; we dwa dni później dziecko umarło. Matka, oskarżona o zaniedbanie chorego i o przestępstwo przeciw bezpieczeństwu życia, została w pierwszej instancyi uwolniona, gdyż »wezwała lekarza, a nie jest obowiązaną posłuchać rady lekarskiej«. Najwyższy Trybunał zniósł jednak ten wyrok i skazał oskarżoną na tydzień aresztu. W uzasadnieniu swego wyroku podniósł Trybunał kasacyjny, że niższa instancya mylnie pojęła zakres obowiązków matki. Naturalny obowiązek matki doglądania i pielęgnowania dziecka w chorobie nie ogranicza się do tego, że dziecko powinno być wogóle lekarzowi przedstawione, ale przeciwnie wymaga, aby choremu naprawdę udzielić takiej pomocy lekarskiej, któraby usunęła chorobę i przyspieszyła wyzdrowienie. Matka była przeto obowiązana posłuchać rady lekarza. W podobnym przypadku zachowały się sądy Rzeszy niemieckiej zupełnie odwrotnie: niższa instancya skazała rodziców, wyższa uwolniła. — Ciekawy przypadek przytacza autor z własnej praktyki: U pewnego dziecka, oddanego do szpitala, którego ojciec z Wiednia wyjechał, okazała się pewnego dnia potrzeba zabiegu dla ratowania życia. Autor wobec tego, że nie mógł się zwrócić do ojca, udał się w krótkiej drodze do trzech sądów (sąd powiatowy, krajowy i krajowy wyższy) i każdy z tych trzech sądów dał inną radę. Autor dochodzi do wniosku, że rodzice, lub opiekun mają prawo rozstrzygać, o ile idzie o małe dziecko, jednak wobec dorosłego małoletniego przysługiwać im powinno tylko prawo ojcowskie. Prawne uregulowanie tej sprawy jest konieczne, obecnie jednak nie możemy się tego tak prędko spodziewać. I dlatego na innej drodze powinno się co rychlej stworzyć jakieś normy postępowania. Oto w braku ustawy powinny władze wydać w drodze administracyjnej przepisy dla wypełnienia tej luki w ustawie i wskazania drogi zarówno sędziemu, jak lekarzowi. Lekarze wojskowi mają takie normy postępowania w orzeczeniach ministerstwa wojny z 28. grudnia 1905 i jego sekcyi marynarskiej z r. 1906 Nr 192. Podobne normy możnaby ustanowić i dla ludności cywilnej. Najwyższa władza zdrowia powinna wydać przepisy w tym kierunku dla lekarzy szpitalnych; przepisy te obowiązywałyby wprawdzie tylko lekarzy szpitalnych, ale znalazłyby może zastosowanie i w praktyce prywatnej i kasowej, bo każdy lekarz w danym przypadku, nie mając innego wyjścia, musiałby się oprzeć na tem, co jest i mógłby przynajmniej liczyć na to, że, stosując się do takich przepisów, nie jest wprawdzie na drodze ustawowej, ale przynajmniej na drodze oficyalnej, którą sądy uznają. *Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1 do 4. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 38, nieżywo 3; zmarło osób 27 (w tem obcych 12), z nich z gruźlicy 4 (2), zapalenia płuc 2, duru brzusznego 2 (2). — Od 5. do 11. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 4; zmarło osób 56 (w tem obcych 17), z nich z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 9, płonicy 1 (1), duru brzusznego 2. *L.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 11. I. 1908 było przypadków: odry 2, płonicy 2, duru brzusznego 2 † 2, krztuśca 3, nagm. zapalenia ślinianek 1, róży 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 było przypadków: błonicy 11 † 3 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 6, ospy wietrznej 8, płonicy 37 † 8 (6 † 4), odry 11, duru brzusznego 4 † — (2 † —), czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1 (1). — Od 5. do 11. I. 1908 było przypadków: błonicy 5, krztuśca 11, ospy wietrznej 21, płonicy 20 † 8, (w tem obcych 2 † 2), odry 7, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1). *L.*

Wiadomości bieżące.

W ubiegłej kadencyi uchwalił Sejm na wniosek Prof. Dra Marsa wyznaczyć 6,000 koron na zasiłki dla lekarzy, pozostających w służbie krajowej, a wyjeżdżających zagranicę dla poczynienia studyów. Zasiłki te, o ile nie są wyczerpane, mogłyby obecnie wypełnić pilne i ważne zadanie, ułatwiając wycieczki naukowe zagranicę przyszłym lekarzom zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie. Wszak zakład ten, którego budowa ma się w roku bieżącym rozpocząć, potrzebować będzie kilku kierowników oddziałów i grona lekarzy pomocniczych. Pracowników na polu psychiatrycznem mamy w Galicyi dotąd niewielu; trzeba prawdziwego poświęcenia, by w trudnych warunkach naszych i to za bardzo nędzną płacę w tym dziale pracować. Należałoby przeto koniecznie tym lekarzom pomocniczym, którzy z zaparciem się od lat pełniąc w Zakładzie kulparkowskim twardą służbę, nabrali znacznego zasobu doświadczenia i fachowej wiedzy, zapomocą krajowych zasiłków ułatwić teraz zbadanie stanu i sposobu prowadzenia zakładów zagranicznych i przygotowanie się do objęcia samodzielnych kierowniczych stanowisk w Kobierzynie; brak podobnych ułatwień dla młodzieży lekarskiej, wykształconej na wszechnicach krajowych, zniechęciłby na długie lata młodszych lekarzy do szczegółowszego poświęcania się psychiatryi i utrudniłby przez to niepomiernie późniejszy przyrost sił pomocniczych, sekundaryuszy i praktykantów w naszych Zakładach krajowych, bez którego one przecież obejść się nie mogą.

Mamy nadzieję, że Wydział krajowy poświęci baczną uwagę poruszonej tu sprawie i że nie spuści jej z oka dyrektor przyszłego zakładu kobierzyńskiego, który zapewne sam także zechce się oprzeć na kolegach, równie doświadczonych w zakresie psychiatryi, jak i w zakresie stosunków naszego kraju.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. I. 1908 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem zarząd złożył sprawozdanie za r. 1907.

— Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy celem uchwalenia poprawek statutowych odbędzie się 26. I. 1908 o godzinie 5 popoł. w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) w Krakowie.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Uczestnicy kursów dla lekarzy, urządzonych w grudniu r. 1907 w uniwersytecie krakowskim, złożyli zamiast uczty pożegnalnej na ręce Komitetu kursów 150 koron na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Za ten hojny dar składa Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy ofiarodawcom gorące podziękowanie.

Dr Flis, sekretarz. *Dr Damski,* wiceprezes.

— Sprawa liczniejszych, niż zazwyczaj, przypadków duru brzusznego w mieście nie schodzi z porządku dziennego. W Radzie miejskiej podniósł ją Prof. Domański, na co miejski urząd zdrowia odpowiedział uspokajającem zapewnieniem, że epidemii w samem mieście niema, a spostrzeżone przypadki duru mają źródło we wsiach podmiejskich. Na to znów podały dzienniki wiadomość, mającą pochodzić z dobrego źródła, że w powiecie krakowskim są obecnie tylko 4 przypadki duru. Słusznie jednak zauważył w dalszej dyskusyi w prasie Doc. Seńkowski, członek miejskiej komisyi sanitarnej, że ani wyjaśnienia zarządu miejskiego, ani wiadomości dziennikarskie o stanie duru brzusznego w powiecie krakowskim, nie są wystarczające; stojąc przytem ze sobą w sprzeczności, chybiają one temwięcej zamierzonego celu i nie mogą uspokoić mieszkańców miasta. Przy tej sposobności przypomniał Doc. Seńkowski o tem, że w gminach podmiejskich dotąd istnieją osławione płukadła jarzyn, t. j. wzdłuż gościńca brudnymi rowami płynące boczne koryta Rudawy i że wbrew brzmieniu ustawy z d. 24. VII. 1893 dz. u. k. Nr 43 § 8 miejska komisya sanitarna, zamiast zbierać się przynajmniej raz na miesiąc, znowu, co już podnosiliśmy, przez 3 miesiące ani razu nie była zwołana. (W ostatniej chwili dowiadujemy się, że posiedzenie komisyi sanitarnej zostało nareszcie zwołane na 16. b. m.).

Jest rzeczą oczywistą, że w całej tej sprawie nie ma należytego ładu i porządku; nie widać w niej koniecznego w takich razach energicznego działania miejskich władz zdrowia; nasuwają się wątpliwości, czy porozumiewają się one w mierze dostatecznej z powiatową władzą sanitarną; przepisy ustawy nie są wypełniane. Jest rzeczą konieczną, by Prezydyum miasta zwróciło szczególną uwagę na sprawy sanitarne i przyspieszyło konieczną dla ich uporządkowania reorganizacyę miejskiej służby zdrowia.

— W d. 11. I. 1908 odbyła się uczta pożegnalna, urządzona na cześć dyrektora Prof. Ponikły przez lekarzy szpitala św. Łazarza.

— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że posada sekundaryusza w Tarnobrzegu została już obsadzoną.

— Wśród urządzonych tej zimy przez krakowskie »Towarzystwo oświaty ludowej« stałych wykładów popularnych po wsiach powiatu podgórskiego, odbywają się także wykłady z zakresu higieny i pierwszej pomocy; prelegentami są nauczyciele ludowi. Zorganizowanie tych wykładów jest zasługą inspektora szkolnego, p. Seweryna Udzieli.

Lwów. Długoletni redaktor »Czasopisma galic. Towarzystwa aptekarskiego«, p. Bronisław Koskowski, przeniósł się do Warszawy; redakcyę »Czasopisma« objął po nim Dr Jan Piepes-Poratyński.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. uchwalił na posiedzeniu w d. 13. I. 1908 zalecić do Rady miejskiej kandydatury: Dra Starzewskiego, Papéego, Piaseckiego, Hojnackiego i Felsa; nadto, jak donoszą dzienniki, kandyduje do Rady Prof. Rydygier i Dr Ozarkiewicz. — Do Sejmu zaś zgłoszoną ma być podobno kandydatura Dra Festenburga, prezydenta Izby lekarskiej.

— Niektóre dzienniki podały wiadomość, pochodzącą rzekomo z Krakowa, o dokonanem już jakoby obsadzeniu stanowiska dyrektora szpitala św. Łazarza. Wiadomość ta nie ma żadnych podstaw, jak wiadomo bowiem, na stanowisko dyrektora rozpisany został konkurs, którego termin upływa dopiero 1. marca 1908.

— Dr Alfred Winogrodzki z Sambora, zasłużony działacz społeczny, ułożył w postaci praktycznej tablicy »Przykazania higieniczne« dla szkół. Tablica ta, wydana nakładem »Towarzystwa przyjaciół młodzieży szkolnej w Samborze« znajduje się w handlu po cenie 10 hal.

Warszawa. Redaktorami połączonych »Medycyny i Kroniki lekarskiej« są Dr M. Sadowski i Dr J. Zawadzki, wydawcą Dr L. Guranowski, skarbnikiem Dr H. Kucharzewski, członkami zarządu Drowie: Dobrzycki, Sierpiński, Srebrny; do komitetu redakcyjnego należą nadto Drowie: F. Arnstein, M. Biehler, W. Biehler, T. Borzęcki, J. Brunner, Cetnarowicz, Korybut-Daszkiewicz, T. Heiman, Kurella, Leśniowski, Lubliner, Mutermilch, Oderfeld, S. Orłowski, Róbin, Sędziak, Szymański, J. Wojciechowski, J. Winiarski i H. Zaleski. Przy zwiększonej objętości zachowano zresztą w nowem piśmie formę dotychczasową »Medycyny«; prenumeratę podniesiono na 7 rb. w Warszawie, 8 rb. na prowincyi.

— Stosownie do uchwał X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przekształcił się warszawski »Komitet do badania i leczenia raka« na centralny Komitet polski tej sprawy i wezwał do zorganizowania komitetów miejscowych: na Poznańskie Dra F. Chłapowskiego, na Litwę Drów Dembowskiego i Rymszę, na Galicyę zachodnią Prof. Ciechanowskiego.

— Instytut higieny dziecięcej im. br. Lenvala w Warszawie, kierowany przez Dra Z. Paderewskiego, udzielił w r. 1907 5,427 porad ambulatoryjnych, 1,911 porad dentystycznych, 37,303 kąpieli higienicznych, 135,095 buteleczek mleka wyjałowionego i zaszczepił 4,205 dzieci.

— W r. 1910 ma się odbyć w Warszawie »wystawa miast«, obejmująca m. i. całą higienę miast i mieszkań, oraz szpitalnictwo. Celem wystawy jest ułatwienie działania przyszłym samorządom miejskim.

— Jak donoszą dzienniki, powstała w Łodzi myśl, by szpital im. Poznańskich objęła w swoje zawiadywanie gmina izraelicka, nie mająca dotąd szpitala dla swoich ubogich chorych, a mogąca bez trudności składać rocznie 30,000 rb.; pozwoliłoby to utrzymać szpital wraz z ambulatoryum w dotychczasowym zakresie, a uchyliłoby zależność losów szpitala od prywatnej ofiarności.

— Powiatowy zarząd ziemski w Żytomierzu poszukuje lekarzy na posady w powiecie żytomierskim (płaca roczna 1,200 rb. i 200 rb. na mieszkanie).

— Wystawa zdrojowa w Ciechocinku ma być otwarta 24. V. b. r.

Z różnych stron. Posiedzenie organizacyjne »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« ma się odbyć 18/31. I. 1908 w lokalu »Ogniska Polskiego« o g. 8½ wieczorem.

— P. Curie-Skłodowska obrana została członkiem korespondentem petersburskiej Akademii nauk.

— Jednym z tematów odbyć się mającej w ministerstwie oświaty w Wiedniu w d. 21—24. I. 1908 ankiety w sprawie reformy szkoły średniej jest pytanie: »Czy potrzebne jest pomnożenie ćwiczeń fizycznych i jak należy je przeprowadzić bez isto-

tnej szkody wykształcenia naukowego uczniów«. Sprawę tę przedstawią higienista prof. Hueppe z Pragi i dyrektor gimnazyum Dr Thumser z Wiednia.

— W »Austryackiem Towarzystwie badania dzieci« odbyć się mają 13. i 20. I 1908 rozprawy o lekarzach szkolnych. »Wiener mediz. Wochenschrift« (2) zwraca z tego powodu uwagę, że lekarzy szkolnych w Wiedniu i innych miastach, w których zarząd spraw szkolnych spoczywa w ręku tych samych władz, co i zarząd spraw sanitarnych, osobno ustanawiać nie potrzeba, że należałoby tam tylko rozszerzyć agendy lekarzy gminnych, którzy już i tak obecnie muszą nadzorować pod względem higienicznym budynki szkolne i t. d.

— Zakład kąpielowy w Joachimsthal, gdzie dobywaną jest ruda, zawierająca rad, a wody według przeprowadzonych badań są silniej promieniotwórcze, niż gdziekolwiek indziej, zamierza rząd austryacki założyć we własnym zarządzie.

— X. Zjazd internistów francuskich odbędzie się 3—5. IX. 1908 w Genewie. Przedmiotem obrad będą. 1) Kliniczne postacie stwardnienia tętnic (sprawozdawcy: Huchard i Jaquet). 2) Patogeneza stanów neurastenicznych (Dubois i Lepine). 3) Leczenie kamicy żółciowej (Gilbert, Carnot i Mongour).

Mianowani: Doc. Witmaak z Gryfii profesorem otyatryi w Jenie; Doc. Kutscher z Marburga profesorem nadzw. fizyologii; Dr Budzynowski elewem klin. chorób dzieci w Krakowie; Dr Verstaendig sekundaryuszem szpitala w Tarnobrzegu.

Zmarli: Prof. Mering, dyrektor kliniki lekarskiej w Halle; chirurg prof. Annandale w Edymburgu.

Redakcya otrzymała: Dr A. Winogrodzki: Przykazania higieniczne. Sambor 1908. — Saski: O beztlenowcach w tkankach ustroju prawidłowego, »Akad. Um.« 1907. — Spira: Seltener Fall einer kombinierten angeborenen Missbildung des äusseren Gehörganges. »Monats. f. Ohrenhk.« 1907. — Świątecki: Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu. »Medyc.« 1907. — W. Puławski: Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą swoistą. »Czas. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kołaczyki do kąpieli z kwasem węglowym wyrabiane przez fabrykę w Hallein wywiązują kwas węglowy jednostajnie i stale, mogą być używane w każdego rodzaju wannie, dają się łatwo przewozić. Woda w wannie nie dzieli się na warstwy, odziaływające obojętnie, kwaśno i zasadowo, gaz wywiązuje się bez poruszania kończynami. Ten rodzaj kąpieli zastosowano w wielu lecznicach zamiast kosztownych kąpieli gazowych z urządzeniem maszynowem. *Mis. W.*

Regulin. Dr Mollweide (Diakonissenkrankenh. we Fryburgu, Therap. Monatshefte 1906, marzec) pisze o przetworze tym, wprowadzonym do lecznictwa przez Prof. Schmidta, iż uważa go za pewny i przyjemnie działający środek przeczyszczający, zasługujący na stosowanie w zaparciu przewlekłem. Środek ten ma zawsze tę zaletę, że nie drażni niepotrzebnie, czem samem przewyższa już wiele innych podobnych środków. Podobnie wyrażają się o regulinie również Schellenberg (D. m. W. 48, 1906), Bollenstern (D. Aer. Z., listopad 1007), Voit (M. m. W. Nr 30, 1906) i i. *S. W.*

Pyrenol (Dr Leopold Wiener, Aerztl. Centralzeitung. Nr 33/35, 1907). Przeciwko tak wielopostaciowej chorobie, jaką jest influenca, niewiele pomagają przetwory jednostronne, jak chinina, antypirina, salicyl, fenacetyna i t. d. Dążeniem przeto naszem jest wprowadzenie w użycie takiego środka, któryby łączył w sobie wiele właściwości leczniczych, jakie mogłyby być pomyślnie przeciwstawione całemu szeregowi objawów influency. Na podstawie licznych doświadczeń, przeprowadzonych w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu, orzeka Wiener, że pyrenol jest najlepszym środkiem przeciw influency. Przedewszystkiem działa on jako środek wykrztuśny, dalej jako uspokajający, przeciwgośćcowy i łagodny środek przeciwgorączkowy. Jego działanie obniżające ciepłotę, występuje powoli, dochodzi tylko do normy, nigdy poniżej tej ostatniej, dlatego też przy zastosowaniu pyrenolu, jako środka przeciwgorączkowego nigdy nie występują objawy sercowe. Działanie wykrztuśne pyrenolu jest bardzo wybitne; odpluwanie bywa ułatwiane, nasilenie kaszlu znacznie się zmniejsza. W ten sposób zabezpiecza pyrenol chorego przeciw zapaleniu płuc. Gdzie powstała nerwica serca przy influency lub wogóle jakieś powikłania ze strony układu nerwowego, tam pyrenol daleko szybciej działa uspokajająco, nawet w wypadkach, gdzie brom i kozłek okazały się bezskutecznymi. Dolegliwości, wywołane przez gościec, ustępują zaraz po pierwszych dawkach tego środka. Przeciw gośćcowi i zimnicy stosował Wiener pyrenol w kołaczykach, 3—6 razy dziennie po 0,5 albo w rozczynie z syr. malinowym: Rp. Pyrenol 6—10 na 180, syr. rub. idaei 20,0, MDS. 3—6 r. dziennie 1 łyżkę stołową zażywać. Przy zajęciu płuc i oskrzeli: Pyrenol 6,0—10,0 na 175,0 liq. ammon. anis. 5,0, succ. liquir 20,0, MDS. 3—6 r. dziennie 1 łyżkę stołową, a dla dzieci $^1/_4$—$^1/_2$ dawki. Stosowany w odpowiednich wysokich dawkach oddaje pyrenol przy swej nieszkodliwości znakomite usługi. *Hr.*

Euferrol. (Dr Hauschild. »Deutsche med. Wochs. Nr 26, 1907). Pomyślne wyniki przy stosowaniu w błednicy i niedokrwistości wody Lewico, naprowadziły autora na myśl, sporządzenia ze składowych części tej wody kapsułek żelatynowych. Wyrabia je obecnie firma J. D. Riedel. Każda kapsułka zawiera 0,012 gr. żelaza, oraz 0,00009 kwasu arsenawego, t. j. tyle, ile w jednej łyżce stołowej wody Levico. Przetwór ten, jak Hauschild podaje, nawet przy chorym żołądku bywa dobrze znoszony. Używa się go w tych przypadkach, co wodę Levico (5—6 kapsułek dziennie). *Ll.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 25 stycznia 1908 Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani (»laryngitis submucosa acuta«).

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 23. lipca 1907 r.).

Pierwsze wzmianki o obrzęku krtani znajdujemy u Hipokratesa, któremu również znanem było zapalenie różowate górnych dróg oddechowych. Dopiero jednakże w pierwszej połowie XVIII wieku pierwsze dokładne prace kliniczne i anatomiczno-patologiczne, dotyczące obrzęków krtani pochodzenia zapalnego, zawdzięczamy znakomitym lekarzom ówczesnym: Boerhavemu, Van Swietenowi, oraz Bichatowi. Darluc również w tym czasie po raz pierwszy opisał obrzęk krtani pochodzenia zakaźnego (różowatego).

Twórcą jednakże nauki o obrzęku krtani, jako sprawie chorobowej *sui generis*, był lekarz francuski Bayle na początku XIX wieku. Autor ten pod nazwą *oedema glottidis* rozumiał przedewszystkiem obrzęki krtani pochodzenia zapalnego, jakoteż i ropowicę *(phlegmone laryngis)*. Bouilland w r. 1825 użył poraz pierwszy nazwy: *laryngitis phlegmonosa*, zaś w r. 1832 Cruvelhier i *laryngitis submucosa*. Ta ostatnia nazwa, jako najodpowiedniejsza, przeważnie jest obecnie używana; ja również w pracy niniejszej będę się trzymał tej nazwy.

W dalszym ciągu Sestier (1852) rozszerzył naukę Baylea o obrzękach krtani, włączywszy do nich oprócz zapalnych, również obrzęki pochodzenia niezapalnego. Sprawom tym, do których zaliczył również ropowicę krtani, nadał Sestier nazwę ogólną: *angina laryngea infiltrata*. Również i Friedreich (1858) trzyma się tego poglądu Jakkolwiek autor ten wspomina i o różowatem zapaleniu krtani, to jednakże dopiero Massei, znany profesor laryngologii w Neapolu, wyodrębnił w r. 1885 [1]) z całej tej grupy obrzęków zapalnych krtani — różę krtani, jako samodzielną postać chorobową. Dowodzi on mianowicie, opierając się na 14 przez siebie spostrzeganych przypadkach tego cierpienia, że etyologicznie, częściowo zaś i anatomicznie róża krtani jest identyczna z zapalnym obrzękiem krtani pochodzenia zakaźnego, wzgl. z ropowicą krtani, klinicznie jednakże się od nich różni, rozwijając się często samodzielnie na błonie śluzowej krtani.

Ten pogląd Masseiego znalazł potwierdzenie w całym szeregu prac, że wspomnę tu tylko Bryson Delavana, Fasanoa, Schecha, Davisa, Biondiego i wielu innych, u nas Sokołowskiego [2]), oraz Dmochowskiego [3]), autora doskonałej pracy anatomiczno-patologicznej o róży górnych dróg oddechowych, drukowanej w r. 1904 w Pamiętniku Towarzystwa Lek. warsz. Dmochowski stanowczo utrzymuje, że bądź co bądź klinicznie, a do pewnego stopnia i anatomicznie należy oddzielać różę od ropowicy krtani.

W r. 1888 Senator, słynny profesor berliński, ogłosił pracę o t. zw. pierwotnej ostrej zakaźnej ropowicy gardła, która również wywołała cały szereg dalszych prac (Landgrafa, Hagera, Barucha, Germanieja i wielu innych, u nas Sokołowskiego i Obtułowicza). Wszyscy ci autorowie skłaniają się do poglądu, że opisana przez Senatora sprawa chorobowa jest identyczną z obrzękiem krtani zapalnym wzgl. różą krtani.

W dalszym ciągu Semon w latach 1891—5 uogólnia jeszcze bardziej ten pogląd, uważając zarówno ostry obrzęk krtani wzgl. zapalenie krtani obrzękowe, jakoteż różę i ropowicę gardła i krtani, wreszcie i ropowicę podżuchwową *(angina Ludovici)* za identyczne sprawy chorobowe, mianowicie za ostre, septyczne zapalenia gardła i krtani.

Klasyczną pracą, która w chaotycznych bądź co bądź zapatrywaniach na istotę obrzęków krtani wprowadziła pewien ład, była monografia Kuttnera z Berlina z r. 1895 [4]) Autor ten na podstawie 9 dokładnie przez siebie zbadanych przypadków utrzymuje, że klinicznie odróżniać róży od ropowicy krtani niema podstawy, tem więcej że i etyologia tych cierpień jest jednakowa (zwykły paciorkowiec ropotwórczy nie różni się niczem od rzekomo swoistego dla róży paciorkowca Fehleisena). Kuttner odróżnia przedewszystkiem obrzęki krtani zapalne od niezapalnych-zastoinowych, występujących w postaci nacieczenia surowiczego tkanki łącznej podśluzowej, n. p. w przebiegu cho-

[1]) »Eresipela della laringe«. Riv. chir. et terap. XII. 1885. Nr. 1.

[2]) »Kilka uwag o róży krtani«. Gaz. Lek. 1892. Nr 32.

[3]) »Przyczynek do anatomii patologicznej t. zw. róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych«. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1904 r.

[4]) On the probable pathological identity of the varians forms of acute sephic inflamations of the threat and ruck etc. Med. chir. trans. 1895.

rób nerek, płuc, naczyń, serca i t. p.). Obrzękom krtani pochodzenia zapalnego nadaje Kuttner odpowiednią przez Cruvelhiera jeszcze wprowadzoną nazwę: ostre podśluzowe zapalenie krtani (*laryngitis submucosa acuta*), przyczem dzieli je znowu na 2 grupy: 1) sprawy obrzękowe zapalne krtani pochodzenia zakaźnego, do których włącza Masseiego różę krtani, oraz Senatora ostrą zakaźną ropowicę gardła, oraz 2) obrzęki krtani zapalne, niezakaźne, występujące po oparzeniach, urazie itp.; do grupy tej Kuttner włącza i t. zw obrzęki krtani zapalne wtórne w przebiegu przymiotu, oraz gruźlicy. W ostrem zakaźnem zapaleniu podśluzowem krtani rozróżnia Kuttner 3 okresy: 1) *stadium oedematosum;* w okresie tym istnieje jedynie obrzęk i przekrwienie; jest on identyczny z Masseiego różą krtani; 2) *stadium plasticum;* cechuje go nacieczenie drobnokomórkowe, oraz wysięk; wreszcie 3) *stadium suppurativum*, znamionujący się ropieniem w tkankach miękkich krtani; odpowiada on postaci, zwanej pod nazwą ropowicy krtani (*laryngitis phlegmonosa*).

Do tego podziału, zgadzając się w zasadzie na pogląd Kuttnera na istotę spraw obrzękowych krtani, dodaje Rupprecht jeszcze okres czwarty: septyczny.

Wreszcie Heymann i Meyer[5]), autorowie najświeższej pracy, ogłoszonej w książce jubileuszowej dla Prof. Schroettera (1907), proponują podział zapalnych obrzęków krtani na 2 postacie: zwykłą zapalną i septyczną, lub ropowiczą. Autorowie ci częściowo znowu powracają do poglądu Masseiego, t. j. co do odrębności róży krtani pod względem klinicznym. Jak już wspomniałem, u nas Dmochowski odróżnia różę od ropowicy krtani do pewnego stopnia i pod względem anatomicznym, zaś świeżo (1905 r.) Pierce[6]) z Ameryki dowodzi, że sprawy te różnią się nawet i pod względem etyologicznym, gdyż zdaniem Piercego paciorkowiec ropotwórczy ma różnić się morfologicznie od paciorkowca róży (Fehleisena).

Wreszcie Prof. Pieniążek w doskonałej monografii o zwężeniach dróg oddechowych[7]) wyraża pogląd, że czystą różę krtani należy uważać za lżejszą, zaś rozlane podśluzowe zapalenie krtani za cięższą postać jednego i tego samego zakażenia, przyczem w ostatniej postaci odróżnia znowu: najlżejszą, ropowiczą, wreszcie zgorzelinową.

Widzimy z powyższego, że sprawa istoty spraw obrzękowych krtani w ogólności, zaś róży krtani w szczególności, po dawnemu pozostaje sporną.

Co się mnie tyczy, to skłaniam się bardziej ku poglądowi Kuttnera wzgl. Semona, t. j., że róża krtani nie stanowi sprawy chorobowej odrębnej, natomiast co do spraw obrzękowych krtani w ogólności, to podział Kuttnera wydaje mi się zbyt zawikłanym. Możnaby go, zdaniem mojem, uprościć w sposób następujący:

I grupa: obrzęki krtani niezapalne (zastoinowe) – (*oedema laryngis*).

II grupa: obrzęki krtani zapalne (*laryngitis submucosa acuta*), dzielące się znów na: *a*) pierwotne (samorodne) *b*) wtórne (objawowe).

[5]) »Laryngx-oedem und Laryngitis submucosa«. Berlin 1895 p. 68.

[6]) »Zur Kenntnis der Laryngitis submucosa acuta«. Monat. F. Ohrenk. Nr 2, 1905.

[7]) »Zur Aetiologie der Kehlkopfoedems« Zeit. f. kl. med 1907 B. 62.

Pierwotne (*laryngitis submucosa acuta primaria*), stosownie do wywołujących je przyczyn, podzielić można na: 1) zwykłe (po oparzeniach, urazach i t. p.) i 2) zakaźne (tu należy t. zw. róża krtani).

Zarówno obrzęki krtani zapalne pierwotne, jak i wtórne stosownie do ich przebiegu podzielić można na: 1) obrzękowe (*laryngitis submucosa acuta — oedematosa*) i 2) ropowicze (*laryngitis phlegmonosa*).

Ostre podśluzowe zapalenie krtani (*laryngitis submucosa acuta*) należy w naszym przynajmniej klimacie do względnie częstych spraw chorobowych, jak to zresztą jeszcze w r. 1888 wykazał Sokołowski[8]). Na przeszło 21.000 chorych z praktyki prywatnej i w lecznicy dokładniej spostrzegałem te cierpienia w 108 przypadkach, co stanowi przeszło 5%.

Osobiście jestem zdania, że sprawa ta o wiele częściej się zdarza, nie zawsze jednakże w przypadkach takich dokonywa się badania lusterkiem krtaniowem. Tak n. p. jestem przekonany, że badając krtań w każdym przypadku ropnia okołomigdałkowego, stosunkowo często znaleźlibyrmy wtórny obrzęk nagłośni. Z drugiej znowu strony, badając częściej krtań u dzieci, co zresztą nie zawsze od nas jest zależne, w wielu razach, zwłaszcza w przypadkach tzw. krupu pierwotnego, odkrylibyśmy przyczynę duszności w ostrym obrzęku przestrzeni podgłośniowej, jak o tem między innemi w jednym przypadku mogłem się przekonać.

Co się tyczy wieku chorych, dotkniętych obrzękami zapalnymi krtani, to w moich przypadkach było:

do 5-go roku życia		w przyp.	
między 10—20 rokiem		8 »	
» 20—30	»	26 »	
» 30—40	»	36 »	
» 40—50	»	24 »	
» 50—60	»	6 »	wreszcie
» 60—70	»	6 »	
razem		108	

czyli że cierpienia te najczęściej napotyka się w wieku późniejszym (między 20 a 50 rokiem, mianowicie przyp. 86). O przyczynach rzekomo rzadkich przypadków obrzęków krtani u dzieci wspominałem powyżej (brak badania lusterkiem krtaniowem). Najmłodszy z chorych moich liczył $2^1/_2$ lat (ostre podgłośniowe zapalenie krtani,) najstarszy 70 (obrzęk więzadła nalewkowonagłośniowego i chrząstki nalewk. praw). Mężczyźni stanowili lwią część chorych w moich spotrzeżeniach, mianowicie 84 na 24 kobiet, t. j. $3^1/_2$ razy więcej. Z kobiet, podległych temu cierpieniu, najwięcej było niezamężnych (12), następnie mężatek (8), wreszcie najmniej wdów (4).

Co do zajęcia chorych, dotkniętych ostrem podśluzowem zapaleniem krtani, to największy kontyngens dostarczyli w moich spostrzeżeniach rolnicy i obywatele ziemscy (8 przyp.), oraz urzędnicy i kelnerzy (po 6 przyp.), co jest oczywiście w związku z wpływami szkodliwymi, (zaziębienie, pył, kurz i t. p.), jakim chorzy tacy podlegają. Drugie miejsce zajmują w mojej statystyce: kupcy, szewcy, wojskowi, buchalterzy, właściciele domów, wreszcie inka-

[8]) Trans. of the Amer. Laryng. Assoc. 1906.

senci (po 4 przyp.), również w przeważnej części podlegający zmianom atmosferycznym, oraz szkodliwym wpływom zawodu; wreszcie po 2 razy spostrzegałem to cierpienie u kowali, pończoszników, subjektów, rękawiczników, uczniów, księży, piwowarów, pisarzy, introligatorów, posłańców, rewirowych, stolarzy, aptekarzy, wreszcie hutników.

(Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O wyczuwalności wyrostka robaczkowego i kątnicy, oraz o przynależnych punktach bolesnych.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr Stanisław Łapiński.

(Dokończenie).

Punkt Mac Burneya daje przy ucisku promieniowanie bolu. Dostrzegaliśmy ten objaw u 5 mężczyzn: dwa razy promieniował ból do okolicy biodrowej lewej, dwa razy do pępka, a raz do dołka podsercowego. Przenoszeniem się bolów *(transmissio)* przy ucisku w jamie brzusznej zajmowało się kilku autorów (Obrazcow, Lennander, M. Buch, Kelling), którzy zgadzają się na toże między poszczególnymi splotami nerwu współczulnego istniejące połączenia włókien nerwowych przenoszą wzajemnie wrażliwość z jednego splotu na drugi. Jaka przytem odbywa się sprawa chorobowa, niewiadomo. Lenander sądzi, że przyczyną promieniowania bolów jest pełzające zapalenie naczyń limfatycznych w otrzewnej, rozszerzające się od miejsca zajętego. Kelling przypuszcza przeczulicę, wywołaną w splotach nerwowych przez zmiany zapalne w poszczególnych narządach jamy brzusznej, która to przeczulica przenosi się odruchowo drogą włókien nerwowych na inne sploty. Przytem bolesna jest tylko otrzewna, same zaś narządy, dotknięte zapaleniem, mają nie być bolesne przy ucisku. Promieniowanie bolów z zajętego narządu może stać się przyczyną fałszywego określania siedziby choroby (zamiast we wyrostku chorym, w zdrowym pęcherzyku żółciowym i odwrotnie), nietylko przez chorego, ale i przez lekarza, przeto być powodem błędnego rozpoznania choroby.

Podobnie, jak punkt Mac Burneya (+ B) okazał się i symetryczny punkt lewy (— B) w zatoce biodrowej lewej często bolesny. Na 800 mężczyzn u 141 (17·6%) ten punkt był bolesny. Równocześnie obydwa punkty + B i — B były bolesne 97 (12·1%) razy. Byli to przeważnie mężczyzni, u których istniały przeczulice i w innych miejscach jamy brzusznej, albo zmiany w pętli esowatej. Punkt — B ma bowiem odpowiadać według Kellinga dolnemu splotowi krezkowemu i należeć do pętli esowatej.

Oznaczaliśmy jeszcze punkt robaczkowy Lenzmanna (+ R), oddalony 6 cm. na linii poziomej na lewo, począwszy od prawego kolca kości biodrowej. W tem miejscu odchodzi często wyrostek robaczkowy od kątnicy. Na 800 mężczyzn, mających 270 razy wyrostek, a 232 razy punkt Mac Burneya bolesny, był punkt robaczkowy (+ R) 173 razy bolesny, a 21 razy bardzo bolesny. Przy badaniu okazało się, że i symetryczny punkt po stronie lewej (— R) był przy ucisku bolesny i to u 800 mężczyzn 143 (17·8%) razy. Zestawiając bolesność uciskową punktów + R i — R okazało się, że na 800 badanych u 86 mężczyzn były obydwa te punkty równocześnie bolesne.

Porównując wreszcie otrzymane dane statystyczne co do bolesności punktów uciskowych i wyczuwalnych wyrostków, nie można między niemi dostrzedz ani równoczesności, ani wzajemnego związku. Tak np. na 800 mężczyzn miało 232 (26·5%) bolesny punkt Burneya, a 173 (21%) bolesny punkt robaczkowy; równocześnie jednak bolesne znaleziono obydwa punkty tylko w 111 (14·4%) przypadkach. Niema podobnież i równorzędności między bolesnością wyrostka a bolesnością punktu robaczkowego. Na 270 bolesnych wyczuwalnych wyrostków robaczkowych przypadało tylko 79 (29·2%) bolesnych punktów robaczkowych, zaś obok 225 wyraźnie wyczuwalnych niebolesnych wyrostków było 27 (12%) bolesnych punktów robaczkowych. Nierównoczesność bolesności punktu robaczkowego (+ R) a wyrostka wynika jeszcze z zestawienia, że na 173 przypadków bolesności + R, jakie wogóle u 800 mężczyzn dostrzeżono, zauważono równocześnie bolesny wyrostek u 93 (53·7%) osób.

Równocześnie bolesne znaleziono na 800 mężczyzn następujące trzy ważne miejsca t. j. wyczuwalny wyrostek robaczkowy, punkt Mac Burneya (+ B) i punkt robaczkowy Lenzmanna (+ R) tylko w 63 (7·8%) przypadkach. Te trzy miejsca bolesne bywają obecnie uważane jako cechujące zapalenie wyrostka robaczkowego; pomimo ich obecności, nie było jednak w naszych spostrzeżeniach żadnych innych objawów ani przedmiotowych, ani podmiotowych zapalenia tego narządu; sami też badani nie uskarżali się na żadne dolegliwości, towarzyszące zazwyczaj zapaleniu wyrostka.

Wobec otrzymanych wyników musimy sobie zadać pytanie, czy bolesność wyczuwalnego wyrostka oznacza także jego zmianę chorobową, zwłaszcza, że znajdowaliśmy wyrostki zupełnie cienkie i gładkie, a pomimo to bolesne, osoby zaś badane nie uskarżały się na żadne dolegliwości w zatoce biodrowej prawej. Również należałoby się zastanowić nad tem, czy zwiększona grubość wyrostka jest oznaką jego zmiany chorobowej. Niema również pewności, że bolesność punktu Mac Burneya lub punktu robaczkowego ma wskazywać na schorzenie wyrostka. A nawet bolesność wszystkich trzech miejsc nie może upewnić o obecności zmian chorobowych we wyrostku. Stąd trudno nam powiedzieć, na jakich objawach klinicznych mamy oprzeć nasze twierdzenia, rozpoznając przewlekłe zapalenie wyrostka. Opisano bowiem przypadki, w których na podstawie bolesności rozpoznano także przewlekłe zapalenie wyrostka, jednak wycięty wyrostek okazał się niezmieniony. W innych znów przypadkach, pomimo wycięcia wyrostka, pozostały dolegliwości w zatoce biodrowej prawej, bolesność punktu Mac Burneya lub robaczkowego. Rozstrzygnięcie więc, kiedy mamy uważać wyrostek za zdrowy, a kiedy za chory, jest jeszcze dotąd niepewne. Jednak te i inne nasuwające się pytania nie należą do zakresu niniejszej rozprawy, która zajmuje się tylko możliwością wyczuwania wyrostka robaczkowego.

Oprócz 800 przypadków wyżej przytoczonych, badano jeszcze 60 innych mężczyzn, u których wyczuwano przy ucisku zatoki biodrowej prawej więcej niż jedno pasmo (sznurek), a mianowicie 35 razy po 2 sznurki, 25 razy po 3 lub więcej sznurków, poprzecznie przebiegających, różnej grubości. Pasma te należy uważać za zmiany na otrzewnej, prawdopodobnie kątniczej. Utrudniają one w wysokim stopniu odróżnienie wyrostka robaczkowego. Najniższe pasmo należałoby jednak uważać jako wyrostek robaczkowy. Że te pasma należą do kątnicy lub wyrostka robaczkowego wynika z równoczesnego badania zatoki biodrowej lewej, gdzie takich postronków wcale wyczuć nie można. Sprawa ta wymaga jeszcze dokładniejszych badań.

Wyczuwanie kątnicy i pętli esowatej.

Niejakie przeszkody w wyczuwaniu wyrostka tworzy kątnica, jeżeli jest silnie skurczona w postaci postronka, jak to często bywa w kurczowem zaparciu stolca. Dlatego badając wyrostek, należy wprzód upewnić się o położeniu kątnicy. W tym kierunku przeprowadziliśmy badania na tych samych 800 mężczyznach; wynik tych badań w streszczeniu tu przytaczamy. Na 800 mężczyzn powiodło się nam wybadać kątnicę 440 (55%) razy, a wyrostek 412 (51·8%) razy. Wyczuwalność kątnicy jest przeto nieco większą, niż wyrostka. Obrazcow wybadał na 109 mężczyznach kątnicę 56 (51·4%) razy. Na 352 przypadki o powłokach grubych lub niepodatnych wybadano kątnicę 99 (28·1%) razy, t. j. prawie tyle razy (96 = 27·2%), co i wyrostek przy tych samych warunkach. Kształt kątnicy przedstawiał się rozmaicie, najczęściej był walcowaty i gładki (145 razy), nierówny 12 razy, jako wiotki worek 31 razy, postronkowaty 7 razy, jako gładki sznurek 4 razy i t. d.

Ważnym objawem jest bolesność dotykowa kątnicy. Na 440 przypadków wyczuwalnej kątnicy była kątnica 135 (30·6%) razy bolesną, z tego spostrzegano promieniowanie bolu uciskowego od kątnicy 46 razy, a mianowicie w 17 przypadkach na lewo i do lewej zatoki biodrowej, 15 razy do pępka, 11 razy do dołka podsercowego, a 3 razy pod prawy łuk żebrowy. Kątnica chora może więc sprawiać bole w odległych miejscach jamy brzusznej. Bolesność kątnicy była o połowę mniej częstą, niż bolesność wyrostka, gdyż na 800 badanych mężczyzn przypadało 440 wybadalnych kątnic, a z tego 135 (16·8%) bolesnych, gdy natomiast przy tej samej liczbie badanych mężczyzn było 412 wyczuwalnych wyrostków, a z tego aż 270 (33·7%) bolesnych. Bolesność kątnicy i wyrostka nie była zawsze równoczesną. Na 800 mężczyzn były równocześnie bolesne kątnica i wyrostek 98 (12·2%) razy wobec 135 przypadków bolesnej kątnicy, a 270 przypadków bolesnego wyrostka robaczkowego. Nie było także równoczesności bolesności kątnicy, punktu uciskowego Mac Burneya (+ B), jakoteż punktu robaczkowego (+ R), gdyż na 135 przypadków bolesnej kątnicy przypadały równocześnie 93 (68·1%) punkty bolesne + B i 62 (46·7%) punkty bolesne + R.

U 215 mężczyzn badano dokładnie i lewą zatokę biodrową z podniesioną kończyną dolną lewą w ten sam sposób, w jaki wyczuwano wyrostek robaczkowy. Przy tem badaniu spostrzeżono, że mięsień lędźwiowoudowy lewy trudniej się wyczuwa, niż prawy, gdyż na 215 mężczyzn wyczuwano go 99 (46%) razy, gdy natomiast prawy był wyczuwalny w 52% przypadków. Aczkolwiek napięcie mięśnia lędźwiowoudowego lewego wyczuwalność pętli esowatej znakomicie czyni wyraźniejszą, to i przy niewyczuwaniu tego mięśnia można było wyczuć pętlę esowatą. I tak na 215 mężczyzn dała się pętla esowata wyczuć 135 (62·7%) razy. Obrazcow, który się tą sprawą zajmował, podaje, że na 60 mężczyzn wybadał pętlę esowatą 39 (65%) razy.

Wykazawszy w niniejszej pracy wyczuwalność wyrostka robaczkowego u przeszło połowy badanych osób, należy przez dalsze badania wynaleźć objawy, po którychby można rozpoznać, czy wyczuwalny wyrostek jest prawidłowy, czy schorzały i jakie zmiany anatomiczne się w nim odbywają.

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka słów o leczeniu hypnozą.

Napisał

Dr med. Stanisław Breyer

lekarz okręgowy w Mrzygłodzie.

W dostępnem mi piśmiennictwie polskiem ostatnich lat kilkunastu, nie znalazłem żadnej pracy o leczeniu hypnozą. Doświadczalnie i teoretycznie zajmował się hypnotyzmem przed kilkunastu laty Prof. N. Cybulski w Krakowie, który znalazł pośród swoich słuchaczy, wielu, nadzwyczajnie podatnych. Z wielką łatwością uśpieni, okazywali niemal wszystkie znane zjawiska hypnozy: tracili władzę w kończynach, nie oddziaływali na silne bodźce zewnętrzne, na prosty rozkaz czuli się małemi dziećmi, zmieniali wyraz twarzy i »z płaczem szukali mamy!« i t. p., i t. p. Jak wiadomo, zjawiska te tłómaczy fizyologia zahamowaniem niektórych czynności mózgu.

Hypnozę do medycyny nowożytnej wprowadził Liebeault, który około r. 1860 stworzył w Nancy zakład, wyłącznie na ten cel przeznaczony. W ślady jego poszli Bernstein, również w Nancy, van Reuteughem w Amsterdamie, Wetlerstrand w Stokholmie, Schrenk-Notzing w Monachium, Moll w Berlinie i wielu innych.

U nas leczeniem hypnozą na większą skalę zajmował się J. Ochorowicz w Warszawie, który jednak jako nie lekarz nie mógł uniknąć błędów. Wszak nie lekarzowi może się bardzo łatwo przytrafić, że n. p. zamiast surowicy w błonicy użyje poddawania! Zwłaszcza w Niemczech leczenie hypnozą pochwycili w swe ręce ludzie, nie mający z medycyną nic wspólnego. Tej to okoliczności należy przypisać powolny rozwój tej metody leczniczej i brak zaufania. Strümpell wyraźnie nawet twierdzi, że tesame wyniki co hypnozą, można osiągnąć środkami oddawna znanymi. Inni przeciwnie, jak n. p. Bernheim, uważają leczenie to za jedną z największych zdobyczy lekarskich w wieku XIX. Różnica zdań jest przeto krańcowa. Nic dziwnego! Jeśli bowiem o środkach leczniczych materyalnych głoszą nieraz oceny wprost sobie przeciwne, to cóż dopiero o leczeniu psychicznem, gdzie prawie wszystko zależy od osobistego wpływu lekarza i zaufania, jakie w chorych budzi.

Według wykazów klinik psychoterapeutycznych van Reutenghema i Eadena w Amsterdamie najlepsze wyniki otrzymujemy zapomocą hypnozy: w neurastenii, zawrotach, nerwowym bolu głowy, rozmaitych nerwicach, blednicy, psychicznej depresyi, czynnościowych porażeniach i niedowładach; dobre: w przewlekłym alkoholizmie, jąkaniu się, pląsawicy, śledziennictwie, dychawicy nerwowej, przewlekłem zaparciu żywota, onanii; prawie żadne lub żadne: w padaczce, skurczu pisarskim, chorobach organicznych układu nerwowego i wewnętrznych i w chorobach umysłowych.

Chociaż Prof. Cybulski w swych doświadczeniach doszedł do wniosku, że wszelkie znane sztuczki, jak wpatrywanie się w przedmiot błyszczący i t. p., są przy usypianiu zbyteczne, to jednak nie da się zaprzeczyć, że w celach leczniczych szybciej dochodzi się do celu właśnie zapomocą jednego z owych sposobów.

Moim chorym kazałem wpatrywać się w jakiś przedmiot i równocześnie poddawałem objawy senności. Mając wyłącznie

leczenie na celu, nie robiłem żadnych, znanych zresztą, doświadczeń; starałem się jedynie przez odpowiednie poddawanie usuwać stopniowo objawy chorobowe. W wyborze chorych stosowałem się do wskazówek kliniki amsterdamskiej. Najlepsze wyniki otrzymałem w wycieńczeniu po wstrząsie nerwowym, w nerwicach, zboczeniach regularności i objawach nerwowych w okresie przekwitania. W dwu przypadkach padaczki zdawała się następować poprawa, która jednak trwała tylko przez krótki okres leczenia.

Z mojego szczupłego dotychczas doświadczenia pozwalam sobie przytoczyć kilka przypadków, rzeczywiście zachęcających:

1) R. S., 13-letnia córka rolnika z Rakowy, choruje od czasu, gdy ją przed 2 laty krowa pochwyciła na rogi. Nie odniosła wprawdzie żadnego obrażenia, czuje się jednak tak chorą, że łóżka nie opuszcza. Brak apetytu, wymioty, bicie serca, zawroty głowy, bole w dołku, rozdrażnienie, aż do płaczu posunięte: oto cały szereg dolegliwości, trwających uporczywie od lat dwóch, pomimo leczenia u kilku lekarzy, na co szczególniejszy nacisk kładę.

Stan obecny: Dziewczynka, dobrze zbudowana, lecz tak wycieńczona i słaba, że ją ojciec przenosi. Skóra i błony śluzowe blade »jak ściana«. Kończyny drżą i uginają się. Wyraz twarzy zbolały, usta drgają, zdaje się, że chora lada chwila wybuchnie płaczem. W narządach wewnętrznych zmian nie ma.

Rozpoznanie: »Nerwica urazowa« z następowem ogólnem wycieńczeniem.

Leczenie: Podatna, jak zwykle młode dziewczęta, usnęła po dwóch minutach poddawania. »Już dzisiaj czuć się będziesz lepiej, w domu będziesz grzeczna i wesoła, a o tej brzydkiej krowie zapomnisz«; w ten sposób starałem się w ciągu pół godziny zatrzeć ślady doznanego przed dwoma laty wstrząsu. Sen był głęboki; po przebudzeniu czuła się chora nieco lepiej i obiecała za tydzień przyjechać. Po dwóch tygodniach z okazyi jarmarku zjawiła się znowu. Szła bez pomocy, wymioty ustąpiły, apetyt dobry, błony śluzowe i skóra zaróżowione. Widoczne jeszcze objawy długotrwałego wycieńczenia, lecz nie ulegało wątpliwości, że w chorobie nastąpił zwrot stanowczy. Uśpiłem ją raz jeszcze; sen był mocny; poddawanie jak dawniej. Później nie widziałem jej już więcej.

2) M. Z. żonie »amerykanina« z Ulucza zmarło na jakąś chorobę zakaźną naraz kilkoro dzieci. Śmierć ich odczuła tak boleśnie, że od paru miesięcy leży obłożnie chora; wezwano mnie do rzekomo umierającej.

Stan obecny: Kobieta młoda, doskonale zbudowana i nieźle odżywiona, znajduje się w tak wielkiej depresyi psychicznej, że w obawie śmierci równocześnie posłano po księdza. W narządach wewnętrznych zmian nie znalazłem.

Leczenie: Już po jednokrotnem zastosowaniu hypnozy z odpowiedniem poddawaniem nastąpił zwrot pomyślny. Śmierć dzieci zapadła niejako w odległą przeszłość, sen i apetyt powrócił i chora w ciągu dni kilku opuściła łoże.

3) D., propinatorka z Mrzygłodu, lat około 50, od dwóch lat t. j. od czasu ustania regularności cierpi na różne objawy, jak »zamieranie serca«, uderzanie do głowy i t. d. i t. d. Dolegliwości te przybierają niekiedy takie rozmiary, że chora omdlewa i otoczenie cucić ją musi.

Stan obecny: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona; w narządach wewnętrznych zmian nie ma.

Rozpoznanie: Objawy nerwowe, częste w okresie przekwitania (climax).

Leczenie: Środki apteczne, Krynica, lecz bez skutku. Po kilkakrotnem zastosowaniu hypnozy odzyskała w zupełności zdrowie i stan ten trwa bez zmiany od roku.

4) R. B., lat 60, cierpi od lat 4 na napady kaszlu, trwające nieraz godzinami. Spowodowały one w końcu małe krwawienie gardlane, zupełną prawie bezsenność, wymioty i ogólne wycieńczenie. Najściślejsze badania, podjęte przez specyalistów, nie wykryły żadnych zmian ani w krtani, ani w płucach. Zgodzono się wreszcie na rozpoznanie nerwicy nerwu błędnego. Po paruletniem bezskutecznem leczeniu środkami aptecznymi, wodami i t. p. poleciłem chorej poszukać w Warszawie, gdzie stale mieszkała, lekarza, któryby się podjął leczyć hypnozą. Po zastosowaniu przez Dra Kopczyńskiego, specyalistę chorób nerwowych, w lekkim śnie hypnotycznym odpowiedniego poddawania i elektryczności stan, prawie beznadziejny, znakomicie się poprawił i poprawa do dnia dzisiejszego się utrzymuje.

Znaczna ilość podobnych przypadków, w których stosowano bezskutecznie wszelkie znane środki, a więc i poddawanie na jawie, uleczonych w końcu hypnozą, uprawnia do wątpienia w słowa Strümplla, jakoby te same wyniki można osiągnąć innymi oddawna znanymi środkami. Są wprawdzie przypadki, w których samo dotknięcie szaty mistrza, otoczonego aureolą sławy, cudownie uzdrawia, jednak lekarz-praktyk nawet do hypnozy niejednokrotnie uciec się musi. I zdaje się, że na tem właśnie całe nieporozumienie polega.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Susłow. **O tętniczem i żylnem ukrwieniu okolicy trzustki i dwunastnicy.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 42). Na 45 tętniczych i 25 żylnych preparatach stwierdził S., że oprócz tętnicy trzustkowo-dwunastniczej górnej i dolnej jest jeszcze trzecia: trzustkowo-dwunastnicza tylna. Odchodzi ona od tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, niedaleko od górnego brzegu górnej poziomej części dwunastnicy, na jej tylnej powierzchni, przechodzi z przodu przewodu żółciowego, krzyżując się z nim, biegnie dalej wzdłuż bruzdy między dwunastnicą i główką trzustki, pokryta miejscami nawet tkanką gruczołową, oddaje tu cały szereg gałązek ku dwunastnicy i trzustce, łączy się z tylną gałązką dolnej t. trzustkowo-dwunastniczej i tworzy w ten sposób łuk tylny tętniczy. W jednym przypadku niedokształtu górnej t. trzustkowo-dwunastniczej spostrzegał S. znaczny rozwój tętnicy tylnej, lecz zwykła średnica jej wynosi tylko 1,5—2 mlm. Co się tyczy układu żylnego, to według S. mogą być 3 albo 4 żyły, tworzące także łuki zupełnie podobnie do łuków tętniczych; żylne leżą powierzchowniej od tętniczych i obydwa utworzone jednakowo. Ztąd nazwy żył jednakowe z nazwą tętnic. Niekiedy dolne żyły biegną samoistnie i wtenczas otrzymujemy typ 4 żył. W takim razie z dolnej połowy łuku dwunastnicy i przylegającej do niego z tyłu części trzustki zbiera się krew do żyły, która albo samoistnie dobiega do górnej żyły krezkowej, trochę wyżej od dolnej żyły trzustkowo-dwunastniczej, albo łącząc się z nią, dobiega w postaci ogólnego pnia do tejże górnej żyły krezkowej. Dwa razy znalazł S. i piątą żyłę, zbierającą krew z przedniej powierzchni dolnego odcinka wspomnianej okolicy i dobiegającą do przedniej powierzchni górnej żyły krezkowej, niżej miejsca dopływu do niej górnej żyły trzustkowo-dwunastniczej; wtenczas stanowi ona dodatkową żyłę trzustkowo-dwunastniczą dolną. Lecz najczęściej spotykał S. 3 żyły, górną — o średnicy 3—3,5 mlm., tylną — 3 mlm., dolną — 2—2,5 mlm.; wszystkie te żyły szeroko łączyły się ze sobą.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Fischl. **Skutki wycinania grasicy u kurcząt.** (*79. Zjazd niem. lek. i przyr. w Dreznie.* Wrzesień, 1907). W sekcyi chorób dziecięcych omawiał F. swoje doświadczenia nad wycięciem grasicy u kurcząt. Na 26 operowanych przeżyło operacyę 24; operacya nie wywołała żadnych następstw. Podobnie ujemne wyniki otrzymał F. w doświadczeniach u kóz, psów i królików. Z tego wnosi F., że grasica nie ma w życiu pozapłodowem żadnego znaczenia i jest skazaną na zanik. *Klęsk.*

Doc Ignatowski. **W sprawie wpływu wycięcia nerki, podwiązania naczyń nerkowych i moczowodów na ustrój.** (*Izw. Woj. Med. Akad.* 1907, Nr 2—5). Na podstawie swoich badań doszedł J. do następujących wniosków: 1) Wycięcie jednej nerki znoszą króliki bardzo łatwo i nie wpływa ono nawet na ogólny stan zwierzęcia. W pierwszych dniach po podwiązaniu żyły nerkowej następuje przekrwienie. Później nie zauważa się żadnego wpływu na ogólny stan zwierzęcia. Podwiązanie tętnicy nerkowej w pierwszym okresie po operacyi znoszą zwierzęta łatwo. 2) W końcu pierwszego miesiąca po podwiązaniu tętnicy nerkowej, jak również i moczowodów, rozwijają się objawy zatrucia wskutek nagromadzenia wytworów bezgnilnej martwicy tkanki nerkowej, t. j. nefrotoksyn. Nefrotoksyny mogą czasowo wywołać niesprawność drugiej nerki, polinukleozę, a niekiedy i niedokrwistość. W końcu drugiego lub trzeciego miesiąca wszystkie oznaki zatrucia ustępują i zwierzęta zupełnie powracają do zdrowia. 3) Nerka, której tętnicę lub żyłę podwiązano, ulega zwyrodnieniu i zanika. Podwiązanie moczowodów u królików wywołuje wodonercze. 4) Jednostronne zapalenie nerki, jako samoistna postać chorobowa, nie wywołuje koniecznie zmian drugiej nerki. 5) Każda dwustronna operacya na nerkach zawsze zabija zwierzęta, nie wywołując żadnych drgawek.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Doc. Wiszniewski. **Morfologiczne wyniki porównawczego badania działania surowicy nefrotoksycznej i prawidłowej.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 42—45). W. badał wpływ jednorazowych i wielokrotnych wstrzykiwań surowicy prawidłowej i nefrotoksycznej na zwierzęta. Wnioski autora są następujące: 1) Surowica nefrotoksyczna jest nadzwyczaj trująca. Surowica taka z królika zabija psa bardzo prędko po wstrzykiwaniu nawet niewielkich dawek, świnkę morską w dawce 6—9 sz. ctm.³ zwykle w ciągu pierwszej doby. Stopień własności trujących surowicy nefrotoksycznej zależy najprawdopodobniej od okresu uodpornienia zwierzęcia i od ilości zrobionych mu wstrzykiwań zawiesiny nerkowej. 2) Przy ostrem zatruciu zwierzęcia surowicą nefrotoksyczną zjawiają się bardzo znaczne zmiany nerek, ostre miąższowe zapalenie z rozległem łuszczeniem się nabłonka kanalików, z plazmo- i karyolizą, z tworzeniem się ogromnej ilości wałeczków — szklistych, ziarnistych, niekiedy — krwawych. 3) W innych narządach, n. p. w sercu i wątrobie zmiany są bardzo nieznaczne. Zmiany w tych narządach zależą od działania surowicy wogóle, gdyż można je w jednakowym stopniu znaleść nietylko u zwierząt, ktorym wstrzyknięto surowicę nefrotoksyczną, lecz i u tych, którym wstrzyknięto surowicę prawidłową, choćby tylko raz. 4) Przy powtarzanych wstrzykiwaniach surowicy prawidłowej znajdujemy postępującą wakuolizacyę w komórkach wątroby aż do zupełnego rozpuszczenia się ich razem z jądrem, natomiast w nerkach zmiany znacznie mniejsze, niż po jednorazowem wstrzyknięciu surowicy nefrotoksycznej. To pozwala uważać zmiany w nerkach po jednorazowem wstrzyknięciu surowicy nefrotoksycznej za skutek działania nefrotoksyny i przez to samo taką surowicę w znacznym stopniu za swoistą. 5) Ogrzana w ciągu ½ godziny do 56° C. surowica nefrotoksyczna traci w znacznym stopniu swoje działanie trujące. 6) Surowica nefrotoksyczna wywiera pewne działanie hemolityczne, większe od działania surowicy prawidłowej. Surowica ta wywołuje na miejscu wstrzyknięcia bardzo znaczną zgorzel tkanek, zjawiającą się w takim samym stopniu i po usunięciu hemolitycznych własności surowicy.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Besredka. **Jadowitość surowic leczniczych, jej zmienność i jej mierzenie.** (*Ann. de l'Instit. Pasteur* Nr 10, 1907). Określanie siły i warunków jadowitości różnych surowic przeprowadził autor na świnkach morskich, odpowiednio przygotowanych (uczulonych). Już w poprzednio wspólnie z Steinhardtem ogłoszonej pracy wykazał on, że po podskórnych wstrzykiwaniach świnkom surowicy przeciwbłoniczej lub jakiejkolwiek innej surowicy końskiej świnki stają się nader wrażliwe na ponowne wstrzyknięcie tejże surowicy, wykonane w 12 dni później wprost do mózgu. W przeciwstawieniu do człowieka, jak wiadomo, u świnek nieuczulonych nie występują objawy zatrucia surowicą. Obecnie ogłasza autor wyniki porównawczych badań przeprowadzonych nad surowicami leczniczemi wszystkich prawie krajów Europy. Rozpoczął swe badania autor od wstrzykiwania pod oponę twardą uczulonym świnkom 0·25 ctm.³ surowicy, która to jednak dawka dla wszystkich tych surowic okazała się zawsze prawie śmiertelną. Obniżając stopniowo tę dawkę, udało się autorowi otrzymać dla różnych surowic różne najmniejsze dawki śmiertelne. Wielkość tych dawek, a więc i jadowitość surowicy okazała się przytem zależną: 1) od wieku danej surowicy i od sposobu jej zbierania, a 2) od warunków życia koni, z których surowicę zbierano. Nie wpływało zaś na jadowitość dodanie ciał odkażających, jak karbol, chloroform itp. Surowice ogrzane były mniej jadowite, niż nieogrzane. Wiek surowicy odgrywa rolę tylko w pierwszych sześciu tygodniach od jej otrzymania. Największa jest jadowitość w pierwszym dniu, ale potem zaczyna maleć, z początku szybciej, później wolniej, aż po kilku tygodniach zatrzymuje się na stałym poziomie.

Oszacki.

Czeboksarow. **Wpływ t. zw. nieorganicznej surowicy Trunecka na doświadczalną miażdżycę tętnicy głównej u królików.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 46). W celu zbadania wpływu t. zw. nieorganicznej surowicy Trunecka na doświadczalną miażdżycę tętnicy głównej u królików, wstrzykiwał C. jednej seryi królików do żył 1 prc. rozczyn chlorku barowego, drugiej zaś seryi jednocześnie z tem do jamy brzusznej surowicę Trunecka w ilości od 0,3 sz. ctm. do 2,5 sz. ctm. Z 25 królików, którym jednocześnie wstrzykiwano chlorek barowy i surowicę Trunecka, znaleziono zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej tylko u 3 (12 prc.); natomiast z 25 królików, którym wstrzykiwano tylko chlorek barowy, znaleziono zmiany miażdżycowe u 20 (80 prc.). Na podstawie tego wnosi C., że surowica Trunecka wstrzymuje rozwój miażdżycy tętnicy głównej u królików, co zgadza się ze spostrzeżeniami klinicznemi nad działaniem surowicy przy miażdżycy u człowieka.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Bridré. **Badania nad doświadczalnym rakiem myszy.** (*An. d. l'Instit. Pasteur* Nr 10, 1907). B. prowadził przez dwa lata badania nad przeszczepialnością, jakoteż warunkami odporności przeciw złośliwemu gruczolakowi myszy. Do przeszczepień podskórnych używał B. małych strzępów tkanki niemiażdżonej. Ilość szczepień udałych chwiała się między 30 a 100 prc., przyczem uzyskiwano cały szereg generacyi nowotworu. Na wynik dodatni czy ujemny szczepienia nie zdają się mieć wpływu ani wiek nowotworu, ani też generacya, ani ilość zaszczepionego materyału. Myszy szare były daleko mniej wrażliwe na szczepienie od białych. Nowotwory wytworzone przez szczepienie miały zawsze wszelkie cechy złośliwości z wyjątkiem tej, że nie dawały przerzutów.

Co się tyczy odporności, to okazało się wbrew wynikom doświadczeń Ehrlicha, że jeśli u myszy, raz szczepionej, nowotwór się nie przyjął, to nie wynikało stąd jeszcze, żeby ona miała być odporną względem szczepień następnych. Bezwzględną odporność stwierdzano dopiero po dwukrotnem szczepieniu z wynikiem ujemnym. Bardzo silne uodpornienie stwierdzano u myszy po jednorazowem wstrzyknięciu podskórnem starannie rozdrobionej miazgi nowotworowej w ilości 5—6 razy większej, niż w doświadczeniach poprzednich z niezmiażdżoną tkanką nowotworową. Mniej skuteczną w wywoływaniu odporności była miazga, ogrzana do 25—55°, a już zupełnie nie działało wstrzykiwanie jej przesączu, w którym nie było komórek rakowych. Próbował też B. uodparniać myszy, wstrzykując im miazgę z narządów myszy prawidłowych; najskuteczniejszą okazała się w tym kierunku miazga ze śledziony. Widać ztąd, że odporność przeciwrakowa nie jest »izo-odpornością« przeciw tkankom gatunku: »mysz«. Stan takiego uodpornienia, raz nabyty, może trwać 5 miesięcy i dłużej. Szczepienie dwóch różnych rodzajów nowotworów równocześnie, jakoteż szczepienie jednego rodzaju nowotworu na mysz, już poprzednio skutecznie drugim zaszczepioną, dowiodło, że tak tu, jak tam, nowotwory rozwijają się niezależnie od siebie. — Doświadczenia B., podjęte z surowicą barana i kozy, którym wstrzykiwano miazgę rakową, nie dały jasnych wyników.

Oszacki.

Prof. Schwalbe. **Nowsze badania nad morfologią i powstawaniem nowotworów.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Badania nad nowotworami skierowały się głównie w trzech kierunkach: morfologii, zasadniczej przyczyny powstawania i badań nad właściwą etyologią rozmaitych rodzajów nowotworów. Co do morfologii nowotworów, to w ostatnich czasach przekonano się, że istnieją nowotwory o budowie tkanki fizyologicznej, ale powstające w innych narządach na »niewłaściwem« miejscu n. p. nadnerczaki w nerkach, guzy o budowie wola w kościach, a zwłaszcza nabłoniaki kosmówki, które stwierdzano nawet i u mężczyzn. Krompecher zwrócił uwagę na pewien rodzaj nowotworów, nazwanych przez niego rakami komórek podstawowych (Basalzellenkrebs), które zajmują pośrednie miejsce między rakami, a mięsakami. Nowotwory barwikowe uważają jedni za mięsaki, inni za raki, a Robbert uważa je nawet za zupełnie odrębny rodzaj nowotworów (*chromatophoroma*), zbudowanych ze swoistego gatunku komórek barwikonośnych. Komórki te posiadają liczne rozgałęziające się wypustki. Obecnie wiemy dalej, że komórki nowotworu mogą wykonywać nawet pewne czynności fizyologiczne, jak wytwarzać śluz, żółć i kolloid. Czynność ta nowotworu ważną jest czasem dla ustroju i tak przy raku nadnercza zapobiega ona wystąpieniu choroby Addisona. Samorodne znikanie nowotworów obecnie też niewątpliwie stwierdzonem zostało. W sprawie zasadniczej przyczyny powstawania nowotworów niewiele posunęliśmy się naprzód. Stwierdzono jednak, że guzy rosną same ze siebie, a nie przez przeobrażanie się w nowotwór tkanki sąsiedniej. Rozrost powstaje czasem nagle przez zniesienie pewnych oporów, ale jakich, dokładnie nie wiemy. Związek potworniaków i nowotworów mieszanych nie ulega już dziś wątpliwości. Powstanie jednych lub drugich zależy tylko od okresu rozwoju płodowego, w którym oddziela się zawiązek późniejszego nowotworu. Tak n. p. potworniak powstawać musi z zawiązka, oddzielonego wcześniej, nowotwór mieszany z zawiązka, oddzielonego później. Im w późniejszym okresie rozwoju płodowego ma nowotwór swe źródło, tem budowę ma prostszą. Etyologia poszczególnych nowotworów roi się poprostu od nowych badań i spostrzeżeń. Głównie zajęto się w ostatnich czasach przeszczepialnością nowotworów. Przeszcze-

pianie guzów z ludzi na zwierzęta nie dało pewnych wyników, natomiast doświadczenia ze szczepieniem ze zwierzęcia na zwierzę rozwijają się w całej pełni. Zapomocą nich doszliśmy do wielu ciekawych spostrzeżeń. Wiemy obecnie, że wrażliwość na przyjmowanie się nowotworów możemy zwiększać lub zmniejszać, a same nowotwory czynić mniej lub więcej złośliwymi. Wśród szczepień mogą nowotwory zmieniać swą zasadniczą budowę i n. p. z raków przechodzić w mięsaki. Pasorzytowa teorya raka niema silnych podstaw. Gdyby przyczyną raka był pasorzyt, musiałby on mieć zupełnie inne cechy, niż wszystkie pasorzyty, jakie dotąd znamy. Przeciwko tej teoryi przemawia wiele okoliczności, choćby przeszczepianie chrzęstniaków, a wreszcie i to, że przeszczepiać można tylko tkankę nienaruszoną, zaś miażdżenie i rozcieranie tkanki nowotworowej zupełnie udaremnia przyjęcie się przeszczepionych części. Wprawdzie dotąd dla praktyki niewiele jeszcze zdziałano, jednakże możemy być z wyników i tak zadowoleni, bo uzyskaliśmy przez uodpornienia Ehrlicha i inne próby choć tę pewność, że wyleczalność raka jest rzeczą, którą będzie można z czasem osiągnąć. *Klęsk.*

Medycyna wewnętrzna.

Lessier i Chalier. **O odczynie ocznym Calmettea.** (*Presse méd.* 1907, Nr 98). Autorowie stosowali metodę Calmettea w 200 przypadkach, z tego u 180 chorych na gruźlicę, a mianowicie u 100 dorosłych, 60 dzieci i 20 starców. Na 75 przypadków gruźlicy klinicznie pewnej wystąpił odczyn u 60 osób, t. j. w 80 prc. przypadków. Ujemnie wypadał odczyn przy znacznem wyniszczeniu w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej. Na 66 przypadków niegruźliczych wystąpił odczyn 11 razy, t. j. w 16 prc. przypadków, a w 44 przypadkach klinicznie wątpliwych wystąpił 23 razy (około 50 prc.), a dalszy przebieg potwierdził, że w tych przypadkach istotnie była gruźlica. Noworodki, zrodzone z matek gruźliczych, nie oddziaływały. Odczyn występuje o wiele silniej i, szybciej u dzieci, a wolniej i słabiej u ludzi osłabionych i starców. *Dr Sermak.*

Franke. **O odczynie ocznym przy gruźlicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 48). Opierając się na wynikach Wolff-Eisnera, który wpuszczając gruźliczym wołom do worka spojówkowego 10 prc. rozczynu tuberkuliny, otrzymywał zawsze silne zapalenie spojówki, wykonał Calmette podobne doświadczenia na spojówce ludzi i doszedł do wniosku, że chorzy na gruźlicę oddziaływają na tę próbę zapaleniem spojówki. Do celów tych nie używa Calmette samej tuberkuliny; strąca on zapomocą 75 prc. wyskoku ciała białkowate, zawarte w tuberkulinie, suszy je, a następnie sporządza sobie z nich 1 prc. wodny rozczyn, który wkrapla do worka spojówkowego. Citron, który sprawdzał doświadczenia Calmettea i używał wprost 1 prc. rozczynu tuberkuliny, doszedł do wniosku, że odczyn ten jest dobrym środkiem rozpoznawczym w praktyce, że obecność jego przemawia zawsze za gruźlicą, że jednakowoż brak jego jej nie wyłącza. Fr. przeprowadzał próby, używając przetworu, sporządzonego na sposób Calmettea i podaje, że we wszystkich przypadkach, w których odczynu należało się spodziewać, odczyn występował, w przypadkach zaś niewyraźnych, w których gruźlicy wykryć nie można było zwykłymi sposobami, dodatni odczyn dawał uzasadnioną podstawę do przypuszczania gruźlicy. Płyn ten zapuszcza się tylko do jednego oka; odczyn zaczyna się pojawiać po 3—12—15 godzinach; drugie oko służy do porównania. Fr. potwierdza spostrzeżenia Citrona, że w odczynie tym można odróżnić trzy okresy: 1) zaczerwienienie spojówki powiek, 2) zaczerwienienie spojówki powiek i gałki ocznej, 3) zapalenie spojówki, połączone niekiedy z obrzękiem powieki. Po 3—4 dniach odczyn ustępuje bez śladów. Odczyn ten dokładnego wytłómaczenia dotychczas nie znalazł; starają się go tłómaczyć jako objaw »nadczułości« ustroju (Überempfindlichkeits-Phänomen). Zakład Pasteura w Lille dostarcza w zatopionych rurkach wyjałowiony proszek, otrzymany z tuberkuliny sposobem Calmettea, który po do dodaniu wody daje rozczyn, dobry do użycia. Autor pracuje nad sposobem utrzymania rozczynów tego proszku przez dłuższy czas w stanie dobrym do użycia. *Pisarski.*

R. Romme. **Samozatrucie jelitowe i obrona ustroju zapomocą jelita.** (*Presse méd.* 1907, Nr 95). Dotąd panująca w nauce teorya samozatrucia pochodzenia jelitowego opiewała, iż trucizny, będące wytworem gnicia białka w przewodzie pokarmowym, uległszy wessaniu przez błonę śluzową, dostają się do krwi, przechodzą przez wątrobę, która część ich zatrzymuje i zobojętnia, wreszcie zostają wydalone przez nerki. W zależności czy to od zbyt wielkiej ilości trucizn, czy też od zaburzeń czynnościowych wątroby lub nerek ma następować zatrucie ustroju, którego objawy podobne są do tych, jakie otrzymać możemy doświadczalnie po wstrzyknięciu substancyi kałowych do żył zwierzęcia, a więc: nagły spadek ciśnienia krwi, duszność, drgawki, wysadzenie oczu, rozszerzenie źrenic, hypoleukocytoza, zniesienie lub zmniejszenie krzepliwości krwi. Tymczasem badania Falloisea, którego doświadczenia R. przytacza, zdają się przemawiać przeciw temu, żeby wątroba miała znaczenie głównego czynnika zobojętniającego trucizny jelitowe, choćby z tego powodu, iż po wstrzyknięciu mas kałowych wprost do żyły wrotnej, zatrucie nietylko nie zostaje zniesione, lecz nawet nie przebiega łagodniej, niż po wstrzyknięciu do którejkolwiek innej żyły. Natomiast główną rolę w usuwaniu trucizn przypisuje Falloise błonie śluzowej jelita i to zdrowej, nienaruszonej. Po wstrzyknięciu bowiem wyciągu mas kałowych do pętli jelita, podwiązanej i odosobnionej, stwierdza się, iż wyciąg zostaje wessany, a u zwierzęcia nie powstają wcale objawy zatrucia, natomiast wystarczy uszkodzić błonę śluzową, by zatrucie w całej pełni się ujawniło. Z drugiej strony i samo gnicie istot białkowych nie odgrywa tej roli, jaką przypisywano mu w patogenezie samozatrucia, gdyż n. p. wyciąg treści jelita czczego (otrzymywał ją Falloise z przetoki chorego), która, jak wiadomo, nie ulega gniciu, jest bez porównania bardziej zabójczy, niż masy kałowe. *Nowaczyński.*

Th. Janowski. **Nowe drogi w dyagnostyce chorób wewnętrznych.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 9). Dotychczas dyagnostyka od czasów wykrycia opukiwania przez Auenbruggera, a osłuchiwania przez Laënneca śledziła głównie zmiany anatomiczne w narządach chorych. Sojusz kliniki z anatomią patologiczną opanował medycynę, zwłaszcza od czasów Skody i Rokitańskyego. Obecnie jednak już dość dawno zaczął się w klinice nowy prąd, uwzględniający ważność oceny czynności narządów chorych i przebieg czynnościowy spraw chorobowych. Zmiana zapatrywań uwydatnia się wybitnie przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Klinicyści dawniejsi w tych przypadkach rozpoznawali bądź gruźlicę, bądź serowate zapalenie płuc, bądź przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc. Dopiero od czasu odkrycia Kocha zjednoczono najrozmaitsze przejawy anatomiczne gruźlicy w jednostkę kliniczną. Tak samo badanie patologii wymiany materyi doprowadziło do poznania cukrzycy i śpiączki cukrzycej. Wszelako i na dyagnostyce fizyologicznej nie ograniczyły się nowsze badania. W ostatnich czasach nabiera znaczenia badanie sprawności narządów i ustroju chorego, czyli dyagnostyka potencyalna. Dało jej początek wprowadzenie zgłębnika i posiłków próbnych przez Kussmaula, Leubego i Ewalda w chorobach żołądka. Potem przez badanie porównawcze składu spożytych pokarmów i wydalanych stolców zastosowali badania te Schmidt, Strassburger, Zweig i Strauss w dyagnostyce chorób jelit. Badania licznych uczonych zwróciły się do wykrycia sprawności wątroby we wszystkich jej czynnościach, t. j. przy przeróbce cukru, wytwarzaniu mocznika z ciał azotowych, przy działaniu niszczącem trucizny, oraz wytwarzaniu urobiliny. W ostatnich czasach zwrócono się też do badania sprawności nerek, zwłaszcza przy ocenianiu stanu nerki zdrowej przed wycięciem chorej. — Badania te zmierzają do stwierdzenia, jaka jest zdolność nerek do wydzielania substancyi azotowych i soli, szybkość wydzielania błękitu metylenowego, wstrzykniętego pod skórę, oraz zdolność nerek do wytwarzania cukromoczu pod wpływem wstrzykiwać florydzyny. W tym samym kierunku zdąża kryoskopia i zastosowanie chemii fizycznej w medycynie. *Dr Blassberg.*

Franke. **Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze.** (*Tygodnik lekarski* 1907, Nr 36—37). Doświadczenia F., przeprowadzone na morskich świnkach, psach i królikach, przemawiają za istnieniem różnicy między prątkami typu ludzkiego, a typu bydlęcego. Tuberkulina ludzka, doprowadzana dłuższy czas do ustroju świnek i psów (u królików obraz zmian był niejasny) w małych dawkach, działa podrażniająco na szpik kostny i to tak na tkankę erytroblastyczną, jak i leukoblastyczną, a to jej część myeloidalną, wywołując ich bardzo żywe bujanie, a w następstwie tego podrażnienia powstaje we krwi krążącej obraz poliglobulii wraz z leukocytozą wielojądrzastą neutrofilną. Powolna tuberkulizacya tuberkuliną bydlęcą u zwierząt działa na krew i narządy krwiotwórcze wprost przeciwnie, wytwarzając niedokrwistość typu bledniczego wraz z objawami limfemii, a u świnek i leukopenię z częściową metaplazyą szpiku kostnego. Pewną analogię, choć nie dającą się ściśle wykazać, spostrzegamy u ludzi. Mianowicie gruźlicy dzieci, która przeważnie polega na zakażeniu typem bydlęcym, towarzyszy zwyczajnie niedokrwistość

z objawami limfemii, podobnie jak u zwierząt przy powolnej tuberkulizacyi tuberkuliną bydlęcą. *Dr Blassberg.*

Wolff-Eisner. **O braku glikogenu w leukocytach w białaczce szpikowej i uwagi nad znaczeniem tegoż w nauce o odporności i dla teoryi fagocytozy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 44). Autor stwierdził, że nietylko przy chorobach zakaźnych i toksykozach, lecz także u zdrowych ludzi i zwierząt można w leukocytach, szczególnie w śledzionie i szpiku kostnym, wykryć glikogen i że wykrycie jego w znacznym stopniu zależy od metody badania. Znaczenie leukocytów dla zakażenia i odporności nie jest ostatecznie rozstrzygnięte, a uwaga Pfeiffera, że odporność latami się utrzymuje, a pojedyncze leukocyty tylko krótki czas żyją, nie została dotychczas zbita. Nawet w takiej chorobie, jak białaczka, nie wiemy, czy leukocyty są komórkami o prawidłowej czynności, a tylko przedwcześnie opuszczającemi miejsca, gdzie się wytwarzają, czy też komórkami zwyrodniałemi o nieprawidłowej czynności. Jeżeliby czynność leukocytów w białaczce była prawidłową, toby każdy chory na białaczkę szpikową musiał być niezmiernie odporny na choroby zakaźne, mając w swym ustroju obfitość fagocytów. Tak jednak nie jest; mimo to teorya fagocytozy nie może przez takie rozumowanie nic stracić, gdyż czynność leukocytów w białaczce szpikowej jest nieprawidłową, a dowodem tego wedle W.-E. jest brak w nich glikogenu, w przeciwieństwie do krwi prawidłowej, w której glikogen w leukocytach zapomocą działania par jodu można wykryć. W.-E. jest jednak przeciwnikiem teoryi fagocytozy i ze spostrzeżeń klinicznych czerpie zarzuty przeciw niej; i tak nie tłómaczy jego zdaniem teorya fagocytozy, dlaczego chorzy na białaczkę limfatyczną, a więc pozbawieni prawie zupełnie fagocytów, mogą 1—2 lat żyć i nie ulegać zakażeniu. Tego samego faktu nie tłómaczy ta teorya u chorych na złośliwą niedokrwistość lub aplazyę szpiku kostnego, gdzie zawsze istnieje znaczna leukopenia, a w pierwszej chorobie w dodatku przewaga limfocytów. *Pisarski.*

Flesch i Schossberger. **Białaczkowa zmiana krwi przy kile wrodzonej i posocznicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 27). F. i S. stwierdzili u dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, na dobę przed śmiercią zmiany białaczkowe krwi. (2,100.000 krwinek czerwonych, 51.500 białych, 30 prc. hemoglobiny. Poikilocytoza i polichromatofilia, liczne normoblasty. Neutrofilów wielojądrzastych 54 prc., neutrofilnych myelocytów 9 prc., eozynochłonnych wielojądrzastych 7 prc., eozynochłonnych myelocytów 1 prc., bazofilnych 1 prc., limfocytów 28 prc.). Sekcya stwierdziła zmiany kiłowe, posocznico-ropnicę i zapalenie płuc. Gołem okiem w szpiku zmian nie stwierdzono. Natomiast badanie drobnowidowe szpiku stwierdziło: znaczną ilość krwinek czerwonych jądrzastych i niedojrzałe, wielkie, jednojądrzaste, częściowo ziarniste komórki. Ponieważ w przypadku tym nie było zwykłego obrazu białaczki szpikowej, przeto F. i S. przypuszczają, że zmiana krwi wywołana została przez ciężkie sprawy chorobowe, toczące się w ustroju dziecka. *Dr Wł. Kluger.*

Eppenstein. **Ostra białaczka i ropnica wywołana przez paciorkowca.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). W przypadku ropnicy, wywołanej przez paciorkowce, stwierdził E. zmiany białaczkowe: powiększenie śledziony i gruczołów chłonnych, we krwi na 10,800.000 krwinek czerwonych, 50.000 krwinek białych, poikilocytoza, nieliczne krwinki czerwone jądrzaste. Wśród krwinek białych zaledwie 2·1 prc. neutrofilów wielojądrzastych, natomiast 50·9 prc. limfocytów dużych, 45·8 prc. limfocytów małych, 1·2 prc. komórek jednojądrzastych Ehrlicha. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Badanie histologiczne szpiku kostnego i gruczołów stwierdziło zmiany, odpowiadające białaczce. Prawdopodobnie chodziło tu o zakażenie wtórne paciorkowcem u chorego na białaczkę. W przypadku tym badał E. wobec wysokiej odsetki limfocytów dużych we krwi zdolność trawienną ciałek białych na żelatynie przy 37° i na surowicy Loefflera przy 55°. Próba ta wypadła ujemnie, coby przemawiało przeciwko przypuszczeniu, iż w ostrej białaczce duże limfocyty zawierają ferment proteolityczny. *Dr Skórczewski.*

Proescher i White. **Pojawianie się krętków w przebiegu wrzekomo-białaczkowego przerostu gruczołów.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Autorowie znaleźli w dwóch przypadkach białaczki wrzekomej w gruczołach znaczną ilość krętków. Był to prawdopodobnie krętek blady. Dalsze badania w toku. *Dr M. Godlewski.*

Decastello i Kienböck. **O leczeniu białaczki promieniami Röntgena.** (*Wiener med. Wochs.* 1907, 44). W 90 prc. przypadków białaczki szpikowej, można osiągnąć przez naświetlanie promieniami Röntgena poprawę, nawet znaczną, po przerwaniu jednak naświetlań nast puje i w takich przypadkach pogorszenie; zupełnego i trwałego wyleczenia osiągnąć nie można. W białaczce limfatycznej osiągali D. i K. poprawę w 85 prc., inni zaś autorowie tylko w 30 prc. Poprawa ta jednak nie jest tak znaczna, jak w białaczce, gdyż przy limfemii objawy niedokrwistości nie dają się usunąć i trzeba się zadowolnić już tem, że się nie pogarszają. Przebieg limfemii pod wpływem promieni Röntgena staje się powolniejszy i prawie nigdy nie grozi choremu otre pogorszenie, jak to się zdarza przy białaczce szpikowej, z czasem jednak giną ci chorzy wśród wzrastających objawów niedokrwistości; zupełne zatem wyleczenie i w tej odmianie białaczki jest niemożliwe. Bezpośrednio po naświetlaniu doznają chorzy pewnych dolegliwości, jak uczucia rozłamania, bólu głowy, nudności, wymiotów, biegunki, tracą na ciężarze, a wyjątkowo i gorączkują; po kilku dniach objawy te ustępują. Jeżeli istniejąca gorączka pod wpływem naświetlań nie ustępuje, to jest to w rokowaniu objawem niepomyślnym. Nawet największe śledziony i pakiety gruczołów chłonnych zmniejszają się po kilkumiesięcznem naświetlaniu do prawidłowych rozmiarów. Liczba leukocytów opada po największej części szybko; w tem jednak celu leczenia upatrywać nie można, bo jeden chory na białaczkę przy 50.000 leukocytów w 1 mm.³ może czuć się zupełnie dobrze, gdy inny, przy 8000 leukocytów w 1 mm.³ umiera. Przy białaczce szpikowej znikają w toku naświetlania myelocyty rychlej, aniżeli komórki wielojądrzaste i to naprzód myelocyty eozynochłonne i bazofilne, wyjątkowo zaś neutrofilne. Ilość wielojądrzastych neutrofilnych opada do poziomu prawidłowego, ilość wielojądrzastych eozynochłonnych często poniżej niego, natomiast liczba komórek tucznych pozostaje wysoką. Liczba limfocytów zmniejsza się bezwzględnie. Ilość komórek macierzystych (lymphoide Markzellen) zmniejsza się, lecz nie znikają one całkiem. Nawroty choroby zapowiadają się wzrostem ogólnej ilości leukocytów lub też tylko myelocytów lub komórek macierzystych. Zupełny powrót prawidłowego obrazu krwi nie zdarza się nigdy ani w przebiegu białaczki szpikowej, ani limfatycznej i krew zachowuje zawsze cechy krwi patologicznej. Z poprawą niedokrwistości ustępują objawy, od niej zależne, n. p. krwawienia. Inne objawy, jak zapalenie siatkówki, zaburzenia w miesiączkowaniu, cięgotki, biegunka, mogą także ustąpić. D. i K. nie stwierdzili szkodliwego wpływu naświetlań na nerki. Kwas moczowy wydzielał się z początku w zwiększonej ilości; z nastaniem poprawy ilość jego malała. — Ciężki ogólny stan w białaczce tłómaczą sobie D. i K. obecnością we krwi ciał trujących, a za źródło powstania tych ciał uważają wadliwą przemianę materyi w narządach krwiotwórczych. Promienie Röntgena mają własność niszczenia leukocytów i komórek wogóle; powiększone w białaczce narządy zmniejszają się szybko pod wpływem tych promieni; za tem idzie poprawa w składzie krwi. W ten sposób tłómaczono dotychczas działanie skuteczne promieni Röntgena w przebiegu białaczki. Spostrzeżenie, że w białaczce szpikowej wystarczy naświetlać tylko śledzionę, ażeby uzyskać ogólną poprawę, naprowadziło D. i K. na myśl, że przy naświetlaniu narządów limfatycznych uwalniają się pewne ciała, które mają własność działania i na inne, nienaświetlane narządy, wywołując przez to obniżenie się liczby leukocytów we krwi. Ciała te nie mają własności rozpuszczania leukocytów, krążących we krwi, lecz działają na te narządy, w których leukocyty powstają. Wedle przypuszczeń różnych autorów ciałem tem jest cholina. Promienie Röntgena działają zatem bezpośrednio lub pośrednio na narządy krwiotwórcze, a nie na samą krew. Przy białaczce limfatycznej naświetlanie jednego narządu nie wystarcza do osiągnięcia poprawy, zatem owe pod wpływem promieni Röntgena powstające ciała mają wpływ tylko na komórki ziarenkowe, nie zaś na limfocyty. Rokowanie przy leczeniu promieniami zależy, zdaniem D. i K., od ostrości przypadku przy białaczce szpikowej, a od stopnia niedokrwistości przy limfemii. Przy białaczce szpikowej wystarczy naświetlać śledzionę; przy białaczce limfatycznej trzeba naświetlać wszystkie pakiety powiększonych gruczołów chłonnych i śledzionę, a także i kości. *Pisarski.*

Mahnert. **O białaczce i leczeniu promieniami Roentgena.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 37). Na podstawie własnych wyników leczenia białaczki promieniami Roentgena, i na podstawie prac innych badaczy w tym kierunku, streszcza M. swe zapatrywania w ten sposób: Ze wszystkich prób leczenia białaczki, stosowanie naświetlania promieniami Roentgena, po dziś dzień daje najlepsze wyniki leczenia. Wyniki to jednak przemijające, i tylko w początkach choroby pod wpływem naświetlań na jakiś czas znikają wszystkie podmiotowe i przedmiotowe

objawy choroby, wracają jednak znowu po pewnym czasie w całej pełni. Od nawrotów choroby chorych uchronić nie można, mimo częstych nawet naświetlań w czasie, kiedy w ustroju nie ma zupełnie cech białaczki. Później promienie X zdają się tracić swój wpływ na narządy krwiotwórcze i chłonne, bo objawy choroby pod wpływem ich nie znikają. Powikłań skórnych przy oględnem obchodzeniu się można uniknąć. *Kostrzewski.*

Hirschfeld. **Erytremia i erytrocytoza.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 41). Opisawszy pięć, pod względem anatomiczno-patologicznym dokładnie zbadanych przypadków: »*polycythaemia cum splenomegalia*«, dochodzi H. do następujących wyników: We wszystkich przypadkach istniało ogromne bujanie (hyperplazya) szpiku kostnego, natomiast brakowało wybitniejszego udziału śledziony. Rola krwinek białych nie była bierną, ponieważ, z wyjątkiem gruczołów limfatycznych, wytwarzające je narządy znajdowały się również w stanie pewnego podrażnienia. Ilość krwinek białych w szpiku, a w 2 przypadkach i w śledzionie była wzmożoną. Natomiast nie dostawały się krwinki białe w liczbie zwiększonej do obiegu krwi. Badanie histologiczne wyłączyło zmniejszony rozpad krwinek czerwonych. Wszystkie takie, dotychczas sekcyonowane przypadki, dawały obraz krwistości prawdziwej (*plethora vera*), której, teoretycznie biorąc, nie można brać za jedno z policytemią. Występowanie zaś równoczesne obu zjawisk tłómaczy H. tem, że ilość osocza wzrasta równocześnie ze zwiększeniem się ilości krwinek. Istotą całej sprawy zdaje się być nadmierne wytwarzanie krwinek czerwonych, stąd uważa H. sprawę tę za analogiczną do białaczki. Z tego względu przyjmuje za Türkiem nazwę: *Erythraemia.* Wszystkie zaś policytemie, w których wzrost liczby krwinek czerwonych nie jest istotą choroby, zaleca H. nazwać: *Erythrocytosis.* *Dr Wł. Kluger.*

Prof. Deycke. **O środkach i drogach oznaczenia ilości krwi u żyjącego człowieka i zwierzęcia.** (*Intern. med. Rev.* 1907, Nr 2). Obecne sposoby badania krwi doprowadzać mogą do mylnych wniosków, obliczamy bowiem tylko względne ilości, a nie znamy bezwzględnych. Często u osób charłaczych spotykamy prawidłowe ilości białka i hemoglobiny, co polega na tem, że wogóle ilość krwi w ustroju tych osób jest zmniejszona. Z tego też powodu starał się D. wynaleść sposób obliczenia ogólnej ilości krwi w żyjącym ustroju. Sposób swój oparł na rozcieńczaniu krwi z pomocą wlewań fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Jeżeli obliczymy ilość białka (e) przed wlaniem pewnej ilości (n) fizyologicznego rozczynu soli i po wlaniu (e^1), w takim razie ilość krwi ogólna $x = \frac{e_1 n_1}{e - e_1}$ Obliczenie to byłoby łatwe i dokładne, gdyby wprowadzona ilość soli kuchennej dostała się w całości do krwi, (co zależy od przyrządn, używanego do wlewań), mieszała się dokładnie z krwią i nie ulegała wessaniu. Dlatego podaje D. osobny przyrząd do wlewań, który automatycznie wprowadza odpowiednią ilość soli kuchennej, dalej radzi wykonać obliczenie po wlaniu w 5 minut, gdyż wtedy krew jest najdokładniej pomieszaną z rozczynem soli, a wreszcie celem zapobieżenia zbyt szybkiemu wessaniu soli dodaje do rozczynu 1—5 prc. cukru gronowego, gdyż cukier wstrzymuje chłonienie soli aż do chwili, kiedy dopiero stosunek ilości cukru we krwi i w rozczyuie wlanym się wyrównają. Sposób autora, choć prosty, wymaga jednak do obliczenia dość długiego czasu i potrzeba do niego wytoczyć 20—30 ctm. krwi. Ilości otrzymane w warunkach prawidłowych odpowiadają $1/12$ wagi ciała. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze d. 18. grudnia 1907.

Przewodniczy prezes kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 48.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przystąpiono do wyborów zarządu na rok 1908. Do skrutynium powołani koledzy: T. Piotrowski i Blassberg. Prezes komitetu przedwyborczego kol. Kostanecki przedkłada listę tegoż komitetu. W myśl tej listy zostali wybrani, po zrzeczeniu się ponownego wyboru przez kol. Rosnera, prezesem kol. Prym. Borzęcki, wiceprezesem kol. Doc. Gliński, skarbnikiem ponownie kol. Doc. Dobrowolski, redaktorem ponownie kol. Prof. Ciechanowski, sekretarzem doroczny kol. Cetnarowski, do komisyi redakcyjnej: kol. Doc. Rutkowski, Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Dr Wojciechowski, gospodarzem kol. Doc. Seńkowski, do komisyi kontrolującej: kol. Bielański i Cercha, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. galic.: Prof. Dr Ciechanowski i Doc. Dr Dobrowolski.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości następujące:

Ogłoszenie.

Wydział krajowy ma w tym roku tak samo, jak w latach ubiegłych, 10,000 K do rozdziału na zapomogi dla wdów po lekarzach okręgowych. — Podając to do wiadomości, wzywamy wszystkie wdowy po lekarzach okręgowych do wnoszenia podań.

Lwów, d. 21. stycznia 1907.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Organizacya lekarzy śląskich (komitet frysztacki) ostrzega przed przyjmowaniem posady w Piotrowicach w Cieszyńskiem. *Dr W. Olszak.* (Szczegóły w następnym numerze).

W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 17. I. 1908 posiedzenie w sprawie stosunku lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich. Rozprawy zagaił Dr Manduk, zawiadamiając obecnych, że w związku z ogólnym ruchem w kierunku wyzwolenia przemysłu i handlu naszego od przemysłu niemieckiego, powstałym z powodu targnięcia się rządu pruskiego na podstawę naszego bytu narodowego w Poznańskiem, utworzyli aptekarze warszawscy za pośrednictwem Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego osobną komisyę, której zadaniem będzie: *a*) wskazywanie fabryk chemicznych, istniejących poza granicami Niemiec, mogących wyrobami swymi zastąpić przetwory niemieckie; *b*) wywieranie nacisku na składy materyałów aptecznych, aby zaniechały zbytecznego dostarczania do aptek środków leczniczych z fabryk niemieckich i *c*) wpływanie na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików niemieckich, przez zastąpienie ich wodami i specyfikami innego pochodzenia. — Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w ścisłem tego słowa znaczeniu u nas nie istnieje. Najważniejsze przetwory, używane w medycynie, przychodzą do nas z Niemiec, wskutek nietylko udoskonalenia samej produkcyi, ale i znakomitej organizacyi handlowej w Niemczech, opierającej się na licznej rzeszy agentów i dogodnych warunkach kredytu. Wskutek tego przetwory, wyrabiane nawet poza Niemcami, jak chinina i kokaina z Holandyi, kamfora i jodek potasu z Anglii, dostają się do nas za pośrednictwem firm handlowych niemieckich. Przechwalane po wszystkich pismach zarówno codziennych, jak i lekarskich, specyfiki niemieckie, których rocznie napływa do Rosyi 3,700 pudów, przeważnie ukrywają pod cudaczną nazwą najprostszy środek lekarski, a niekiedy pozbawione są własności leczniczych. Wody mineralne niemieckie wszystkie niemal można zastąpić, jeżeli nie wodami źródeł krajowych, to wodami z innych krajów lub też wodami sztucznemi. W tej akcyi farmaceuci będą bezsilni, o ile lekarze w dalszym ciągu, przez obojętność wobec wytwórczości krajowej w zakresie przetworów leczniczych, wód mineralnych, a nawet specyfików, które wszystkie mogą być u nas wyrabiane, będą poleceniami swemi przyczyniali się do łatwego zbytu produktów niemieckich.

W toku dyskusyi, wogóle pochwalającej dążenia Towarzystwa Farmaceutycznego, odezwały się również poważne głosy, powstrzymujące od zbyt daleko idących, niewykonalnych projektów. Dr J. Pruszyński zaznaczał, że długo jeszcze nie zdołamy obejść się bez przetworów farmaceutycznych niemieckich, nietylko co do wytworów czystych, ale nawet i specyfików, którym pod względem działania oraz smaku nie zawsze mogą dorównać specyfiki, wyrabiane na miejscu; mówca nawołuje jednakże gorąco do wyzyskania szlachetnego zapędu w kierunku stworzenia własnego przemysłu farmaceutycznego, na razie jednak uznaje za rzecz najważniejszą utworzenie odpowiedniej pracowni

chemiczno-lekarskiej, któraby powstrzymywała zbyteczne, a często bezwartościowe przetwory niemieckie od dostawania się na nasz rynek aptekarski.

Dr J. Jaworski w dłuższem przemówieniu, powołując się na przykład Galicyi, gdzie istnieją t. zw. komisye przemysłowo-lekarskie, uzasadniał potrzebę utworzenia komisyi takiej przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie [1]). Zadaniem jej będzie ograniczać przywóz leków, wód mineralnych i t. d. z zagranicy, orzekać co do przetworów farmaceutycznych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, wreszcie nadzorować czystość i wartość leczniczą tych środków. Dla celów tych powstać musi przy Stowarzyszeniu pracownia chemiczna i techniczna. Mowca przedłożył Zarządowi do rozważenia 2 następujące wnioski: 1) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie wybiera komisyę przemysłowo-lekarską z pośród swych członków, która ma się zastanowić nad ograniczeniem, o ile to jest możliwe, bez szkody dla chorych i nauki, sprowadzania wogóle z zagranicy, szczególnie zaś z Prus, przetworów farmakologicznych, wód mineralnych, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, przyrządów do pracowni, szpitali i t. d. Do składu komisyi rzeczonej wchodzą przedstawiciele poszczególnych działów medycyny z prawem uzupełniania się przedstawicielami innych nauk oraz przedstawicielami przemysłu i handlu. 2) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie za pośrednictwem komisyi przemysłowo-lekarskiej lub wprost Zarząd Stowarzyszenia wchodzi w porozumienie i zawiera umowę z jedną z istniejących w Warszawie pracowni naukowych co do dokonywania rozbiorów chemicznych oraz technicznych z polecenia Stowarzyszenia resp. Komisyi przemysłowo-lekarskiej przy Stowarzyszeniu, na warunkach i pod zastrzeżeniami, uprzednio obopólnie ułożonemi, a to w celu ułatwienia badania przetworów lekarskich, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, aby w ten sposób Stowarzyszenie, jako korporacya zawodowa, wywierać mogło wpływ na postęp wytwórczości krajowej w tym kierunku, a także rozciągać kontrolę nad produkcyą różnych środków i przetworów leczniczych.

Godząc się na powyższe wnioski, wybrało Zgromadzenie komisyę, w skład której prócz wnioskodawcy Dra Jaworskiego oraz Dra Pruszyńskiego, weszli Drowie: Manduk, Adam Przyborowski i K. Rzętkowski. Komisya ta zobowiązała się w krótkim czasie wystąpić z szeregiem konkretnych projektów. *W. K.*

Komisya sanitarna parlamentu austryackiego powierzyła na posiedzeniu w d. 17. XII. 1907 referat w sprawie przymusu szczepienia posłowi Bugatto, który nie jest lekarzem, a referat w sprawie nowej ordynacyi lekarskiej posłom Dr Kindermannowi i Michlowi. *R.*

Brak lekarzy w armii austryackiej odbija się najlepiej w tem, że na r. b. (1908) wakuje 200 posad starszych lekarzy, których jest tylko 92 zamiast 290. Ministerstwo wojny spodziewa się zaradzić złemu przez udzielanie liczniejszych stypendyów słuchaczom medycyny; środek ten zawiedzie jednak, dopóki stypendya te nie będą przynajmniej tak wysokie, jak w obronie krajowej, i dopóki nie zostaną polepszone płace, stanowisko i stosunki awansu lekarzy wojskowych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. do 18. I. 1908 doniesiono o 40 nowych przypadkach duru plamistego w 14 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Chorościec 3), Brzozów (Jasienica 1), Czortków (Kossów 1), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 4), Jaworów (Hruszowice 2, Zawadów 1), Lisko (Lisko 6, Wola postołowa 1, Łuk 6), Kałusz (Dobrowlany 8), Przeworsk (Studzian 1, Mokra strona 1, Przeworsk 3), Śniatyn (Dżurów 2) i o 5 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Czerna 4, Gromiec 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 12. do 18. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 69, nieżywo 8; zmarło osób 54 (w tem obcych 18), z nich z gruźlicy 7 (3), zapalenia płuc 13 (4), płonicy 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. do 18. I. 1908 zgłoszono przypadków: odry 1, płonicy 2, duru brzusznego 1, błonicy 1, róży 2 † 2, grypy 1. *W.*

[1]) W artykule, ogłoszonym w »Gazecie lekarskiej« (I) nawołuje Dr Jaworski do utworzenia takich komisyi także w Warszawskiem Tow. lekarskiem i w Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych. *(Przyp. Red.)*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Fizyk miejski, Dr Wilkosz, ustępuje ze swego stanowiska. Mamy nadzieję, że ważny ten posterunek sanitarny obsadzony zostanie jaknajspieszniej, aby nie stwarzać okresu przejściowego, na którym straciłby tylko mogły sprawy zdrowotne miasta; w szczególności nie powinienby być termin konkursu nazbyt długi, a po upłynięciu terminu nie powinnoby być obsadzenie urzędu odwlekane. Urząd fizyka powinien być powierzony temu z kandydatów, którego dotychczasowa działalność dawałaby rękojmię, że będzie umiał sprawy sanitarne Krakowa ująć odrazu wprawną i silną ręką i że dobro miasta na pierwszym zawsze stawiać będzie planie. Ufajmy, że obecna Rada miasta potrafi i w tej sprawie pójść inną drogą, niż niekiedy dawniej postępowano, i że nie osobiste sympatye lub wpływy, jakie sobie ten, czy ów kandydat zjednał, ale istotne doświadczenie i wybitna zdolność padnie tym razem na szalę wyboru.

— W budżecie m. Krakowa na r. 1908, zamkniętym w dochodach i wydatkach kwotą 3,919,375 K, wzrósł dział wydatków na zdrowotność jedynie o 4,043 K na utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego i 21,122 K na zakład czyszczenia miasta, a w innych działach dodano na podobne cele tylko drobne kwoty (1,000 K więcej dla szpitala OO. Bonifratrów, 1,500 K dla szpitala izraelickiego, drobniejsze adaptacye sanitarne 3 szkół).

— Rok bieżący będzie pierwszym rokiem gospodarki miejskiej w parku Jordana; stąd też z tegorocznego budżetu miejskiego można poniekąd wnosić, czy Zarząd miasta pójdzie drogą, wytkniętą przez założyciela parku. Jednakże wyznaczenie w projekcie budżetu tylko 3,690 K na właściwe zadania tej instytucyi (bo 3,870 K wydatków gospodarczych tem bardziej liczyć tu nie można, że pokryte one będą dochodem z parku, obliczonym na 3,990 K), a w tem tylko 600 K na uzupełnienie przyborów do ćwiczeń, na których obecnie bardzo zbywa, budzą niejaką obawę o los instytucyi, będącą chlubą dla miasta, a wzorem dla obcych.

— Posiedzenie miejskiej komisyi sanitarnej odbyło się wreszcie w d. 16. I. 1908 pod przewodnictwem wiceprezydenta Dra Szarskiego. Fizyk miejski złożył sprawozdanie ze stanu płonicy i duru w Krakowie. Płonica obecnie prawie zupełnie wygasła. Duru w roku zeszłym było 67 przypadków, od Nowego Roku 6. Źródła duru — zdaniem fizyka — nie można było zbadać dokładniej; prawdopodobnie zawlekanym bywa z gmin okolicznych za pośrednictwem dostarczanego tu nabiału (mleka, masła), oraz jarzyn. W dyskusyi zabierali głos: Prof. Dr Bujwid, Prof. Dr Ponikło, Doc. Dr Seńkowski, oraz Prof. Dr. Nowak. Komisya wyraziła zapatrywanie, że należy dołożyć wszelkich starań, aby zapobiedz pojawianiu się duru w Krakowie, a to da się uskutecznić zapomocą otoczenia gmin okolicznych jak najściślejszym nadzorem. W końcu uchwalono: 1) Urząd zdrowia utrzymywać będzie w ciągłej ewidencyi przypadki chorób zakaźnych w całym kraju, wykaz miejscowości i obór, z których nabiał do Krakowa bywa przywożony; 2) Urząd zdrowia postara się o dokładne daty co do chorób zakaźnych w sąsiednich powiatach i na tej podstawie badać będzie źródło choroby. Komisya uchwaliła także zwrócić się do władz rządowych okolicznych powiatów, aby obmyśliły kontrolę nabiału i dowiadywały się w drodze poufnej, w których gminach w Królestwie Polskiem panuje dur, celem zarządzenia odpowiednich środków co do przywozu stamtąd nabiału, wreszcie, aby przyległe powiaty zaopatrzone były w studnie z dobrą wodą.

— Wiec lekarzy krakowskich w sprawie wyborów do Sejmu, zwołany przez prezesów: Izby lek., Towarzystwa lek. i Tow. Samopomocy lekarzy, odbył się w Domu lekarskim w d. 17. I. 1908 pod przewodnictwem prezydenta Izby lek., r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza. Obrady zagaił wiceprezes Tow. Samopomocy Dr Damski. W dyskusyi rozpatrywano stanowisko, jakie lekarze zająć powinni przy najbliższych wyborach sejmowych i podnoszono potrzebę odpowiedniego zastępstwa lekarzy w Sejmie w interesie polepszenia stosunków sanitarnych w kraju. Przemawiali Dr Silberstein, Dr Lustgarten, Dr Kwaśnicki, Prof. Dr Bujwid, Dr Nartowski, Dr Kapellner, Prof. Dr Domański, Dr Glasner i Dr Hirsch. Uchwalono wybrać komitet z przewodniczących korporacyi lekarskich z prawem kooptacyi; komitet ma zastanowić się nad sprawą wyborów, sformułować postulaty lekarzy tak w interesie własnym, jak zdrowia publicznego wobec Sejmu i zastanowić się, jakie stanowisko lekarze w akcyi wyborczej zająć mają.

Przewodniczący Prof. Dr Wicherkiewicz w gorących słowach napiętnował uchwały sejmu pruskiego w sprawie wywłaszczenia i podniósł potrzebę zwalczania towarów pruskich ze strony lekarzy. Zebranie poruczyło Zarządowi Towarzystwa Samopomocy lekarzy przygotowanie odpowiednich wniosków w tej sprawie.

— W dniu 2. I. 1908 rozpoczął się w c. k. powszechnym Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie kurs czteromiesięczny dla nadzorców żywności (komisarzy targowych), doprowadzony do skutku dzięki zabiegom starszego inspektora zakładu, Dra L. Biera, zapomocą subwencyi ministerstwa spraw wewnętrznych. Wykłady na kursie objęli urzędnicy zakładu i inspektor rzeźni miejskiej. Liczba uczestników kursu jest największa, jaką ze względów dydaktycznych i ze względu na lokal zakładu można było przyjąć; prócz 9 kandydatów prywatnych, wysłały 6 kandydatów urzędowych miasta Lwów (2), Kraków, Czortków, Drohobycz i Rzeszów. Kilku kandydatom musiano ze względu na brak miejsca odmówić tym razem przyjęcia.

Fakt dojścia do skutku kursu, nadspodziewana liczba kandydatów, oraz urzędowe wysłanie na kurs własnych urzędników przez postępowsze zarządy miejskie, rokuje nadzieję poprawy i na polu higieny produktów spożywczych, na polu racyonalnej kontroli w tej dziedzinie, wielce zaniedbanej w kraju. Istnieje uzasadniona nadzieja, że w razie ożywienia się w tym kierunku naszych miast i zdrojowisk, władze centralne ułatwią poparciem finansowem urządzanie dalszych kursów w krótkich odstępach czasu. *r.*

— Wydział Towarzystwa Rad opiekuńczych postanowił podjąć starania o założenie w Krakowie publicznego domu podrzutków, którego brak coraz więcej daje się odczuwać.

— Celem zebrania funduszu na pomnik Henryka Jordana tworzy Prezydyum miasta obszerny komitet obywatelski, złożony z 80 osób.

— Dyplom doktorski uzyskały pp. Dora Fränklówna i Dora Immerglückówna, obie rodem z Krakowa.

— Jedyne może w swoim rodzaju bezrobocie, bo uzasadniane opłakanymi stosunkami higienicznymi budynku szkolnego, urządzili uczniowie krakowskiej Akademii sztuk pięknych.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie na dorocznem Zgromadzeniu administracyjnem w d. 17. I. 1908 wybrało następujący nowy Zarząd: przewodniczący: Dr Wilhelm Pisek, zastępca przewodniczącego: Prof. Dr Szpilman; sekretarz stały: Dr Witołd Ziembicki; podskarbi: Doc. Dr Bednarski; gospodarz: Dr Festenburg; bibliotekarz: Dr Reis; sekretarz doroczny: Dr W. Nowicki; delegaci na W. Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Dr Krzyszkowski, Prof. Dr Machek, Dr Mahl, Dr Pisek, Doc. Dr Rencki, Prof. Dr Sieradzki, Dr Skałkowski, Dr J. Starzewski, Prof. Dr Szpilman, Dr Zgórski, Prof. Dr Grzegorz Ziembicki, Dr Witołd Ziembicki; zastępcy delegatów: Dr Fels, Dr Franke, Dr Kucharski, Dr Stachiewicz, Dr Trzcieniecki, Dr Weksler.

— Na posiedzeniu Krajowej Rady zdrowia w d. 18. I. 1908 wydano opinię o statucie szpitala w Zakopanem, o taksie leczenia w szpitalu w Rzeszowie, o rekursach dwóch lekarzy od wyroków Rad honorowych i o założeniu czwartej apteki w Rzeszowie.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w d. 13. I. 1908 omawiano najpierw sprawę wyborów do Rady miejskiej i uchwalono, jak już donosiliśmy, popierać Drów: Papeego, Starzewskiego, Piaseckiego, Hoynackiego i Felsa. — W sprawie Kasy chorych w M. uchwalono odnieść się pisemnie do kolegów zamieszkałych w M. — Omówiono sprawę starania się o podwyższenie wynagrodzenia za czynności lekarza więziennego Dra F. w B., roztrząsano sprawę posady lekarza okręgowego w J., uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na własną aptekę Kasie chorych we Lwowie, wydano opinię co do spornego honoraryum lekarskiego, wreszcie uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby z początkiem lutego.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej (zwoływanej zresztą zbyt rzadko) w d. 18. I. przedstawił fizyk miejski statystykę chorób zakaźnych w r. 1907, (z których zmarło w tym roku 4290 osób = 22·5‰ ludności; stwierdzono przypadków błonicy 248 † 38, krztuśca 177 † 7, płonicy 591 † 60, odry 588 † 29, duru plamistego 14, brzusznego 248 † 27, czerwonki 10 † 4, gorączki połogowej 13 † 8). Po chorobach zakaźnych odkażono 1560 izb mieszkalnych; nadto po zmarłych na gruźlicę (w roku 1907 — 970 osób) 544 mieszkań. Za odkażanie mieszkańcy nic nie płacą; również bezpłatnie przewozi magistrat osobno do tego przeznaczonymi wozami chorych zakaźnych do szpitali i t. p. W dyskusyi podnoszono konieczność dokładniejszego badania źródeł chorób zakaźnych i w tym celu uchwalono też na wniosek Dra Mahla i Mikołajskiego zwrócić się do władz rządowych centralnych o utworzenie we Lwowie zakładu badania chorób zakaźnych. Wreszcie wydała Komisya przychylną opinię o zakładzie wodoleczniczym, który ma urządzić szpital żydowski i zaleciła kandydatów na chemika miejskiego i dyrektora rzeźni.

— Sprawę wyparcia niemieckich przetworów leczniczych z naszego kraju poruszył we Lwowie Dr Witold Ziembicki i krząta się energicznie około jej urzeczywistnienia. Na posiedzeniu prymaryuszy szpitala powszechnego podał on myśl utworzenia rodzaju agencyi dla całego kraju, którąby wskazywała wytwory krajowe, oraz ułatwiała stosunki z wytwórcami zagranicznymi poza obrębem Niemiec. Dla wypracowania szczegółowego planu akcyi doradził Dr Ziembicki ankietę lekarsko-aptekarską, która zebrać się ma już w dniach najbliższych. Zorganizowany już komitet korespondencyjny nawiązuje stosunki z wytwórcami we Francyi, Anglii i t. p. O wyniku prac ankiety i komitetu zawiadomieni będą wszyscy lekarze i instytucye lekarskie, a obecnie już można zwracać się po informacye do dra W. Ziembickiego (Lwów, Bielowskiego 6). — Na zebraniu obywatelskiem w d. 29. XII. 1907 w ratuszu lwowskim zdawał też Dr W. Ziembicki sprawę z podjętej przez siebie akcyi (»Tyg. lek.« 3).

— »Tygodnik lekarski« poświęcił Nr 2 r. b. upamiętnieniu dziesiątej rocznicy istnienia lwowskiej kliniki chirurgicznej, zamieszczając prace z tej kliniki i dane historyczne o niej.

— W budżecie krajowym na r. 1908, wynoszącym wogóle w wydatkach 50,258,292 K, przeznaczono na sprawy zdrowotne 5,841,647 K, o 203,168 K więcej, niż w roku zeszłym. To zwiększenie wydatków obejmuje ratę na budowę zakładu kulparkowskiego i przyczynek kraju do budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie. Dochody w tym dziale preliminowano na 2,243,677 K.

— Sprawa dojazdów kolejowych do niektórych galicyjskich zdrojowisk i uzdrowisk zdaje się wchodzić na lepsze tory. Na posiedzeniu Krajowej Rady kolejowej w d. 16. I. 1908 podniósł prezydent m. Krakowa, dr Leo, konieczność budowy kolei z N. Sącza do Szczawnicy. Budowa kolei Muszyna-Krynica odwleka się tylko z powodu, że czynniki miejscowe nie podpisały jeszcze wymaganych udziałów. Wydział krajowy stawia obecnie na pierwszym planie kolej z Wieliczki przez Myślenice do Mszany Dolnej, która skróci znacznie drogę z Krakowa do Zakopanego.

— Dzienniki podają wśród kandydatów, stawianych do Sejmu przez stronnictwo ludowe, nazwiska lekarzy: Dr Bernadzikowskiego i Dr Mikołajskiego.

— Otwarcie zakładu Zanderowskiego doc. Gabryszewskiego i Dra Wojtkowskiego odbyło się 19. I. 1908. Asystentami zakładu są Dr Gordaszewski i stud. med. p. Wałęga.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na rok 1908 prezesem Dr W. Kamockiego, wiceprezesem Dr Gabszewicza, sekretarzem dorocznym Dr Landsteina.

— Dr Karol Rychliński ustąpił ze stanowiska st. ordynatora szpitala św. Jana Bożego.

— Zmarła przed paru dniami Julia z Czabanów Wiemanowa zapisała około 470,000 rubli na cele dobroczynne. Zapisy otrzymały m. i.: Warsz. Towarzystwo higieniczne na Sanatoryum dla niezamożnych suchotników pod Warszawą 10,000 rb., Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi (przytułek w Drewnicy 25,000 rb.), cały szereg schronisk dla chorych nieuleczalnych w Warszawie i Częstochowie, szpital dla dzieci (przy ul. Aleksandrya 25,000 rb.), Pogotowie ratunkowe 10,000 rb., Kolonie letnie 10,000 rb., Kąpiele ludowe 5,000 rb. i Towarzystwo lekarskie warszawskie 2,000 rb. (ogółem na te cele przeszło 100,000 rb.).

— W Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy wakować będzie od 1. IV. b. r. posada Dyrektora z płacą 1.200 rb. i 600 rb. dodatku. Zgłaszać się należy do kancelaryi Towarzystwa opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi (Warszawa, ul. Chmielna 60 m. 5) do 1. III. b. r.

— Małżonkowie Gilwandowie z Łodzi ofiarowali plac w Rudzie Pabianickiej pod budowę kolonii letniej dla ozdrowieńców.

Z różnych stron. Na wydziały lekarskie 7 uniwersytetów austryackich przeznaczono w budżecie państwowym na r. 1908 kwotę 4,816.807 na wydatki zwyczajne (Wiedeń 1,603,605, Praga wydz. niem. 688,140, czeski 656,500, Kraków 572,899, Graz 462,020, Lwów 433,545, Insbruk 400.098). Wysokość wydatków nie odpowiada wcale wysokości frekwencyi, oba galicyjskie Wy-

działy lekarskie są pokrzywdzone, zwłaszcza w porównaniu n. p. z Pragą. W wydatkach nadzwyczajnych (1,054.014) przeznaczono również dla niemieckiego Wydziału w Pradze niestosunkowo wiele (206.220). Na Kraków przypada 209.725, w czem głównym wydatkiem jest pierwsza rata na klinikę psychiatryczną (156.000) i ostatnia rata na rozszerzenie zakładu anatomii opisowej (26.100).

— Na Uniwersytetach rosyjskich w r. 1906/7 było 877 kobiet, zaś w r. 1907/8 jest 1690. *S.*

— Według krążących wieści zostało pociągniętych do odpowiedzialności przez ministeryum oświaty 8 profesorów Uniwersytetu Odeskiego, m. i. prof. Kosiński, Wośkowski, Rottert, Kłossowski. *S.*

— Według danych urzędowych od początku epidemii aż do 25. XII. st. st. 1907 zapadło na cholerę w całej Rosyi 12.120 osób, z nich zmarło 5810. *S.*

— Komitet »Koła lekarzy polskich w Petersburgu« zaprosił wybitniejszych przyrodników polskich w Petersburgu na posiedzenie w d. 10. 23/I., aby wspólnie wypracować ostateczny program organizacyjnego posiedzenia powstającego »Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«. *S.*

Mianowani: Prof. Hallopeau członkiem honorowym Tow. dermatologicznego w Petersburgu.

Zmarli: Dr Michał Burhardt w 70 r. ż. w Wilnie; b. Prof. dermatologii Połotebnow w 70 r. ż. w Petersburgu, okulista Prof. Snellen w Utrechcie.

Redakcya otrzymała: Turzański: Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi. »Przegląd chor. sk. i wen.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 29. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Demonstracye z kliniki lekarskiej: Dr Korolewicz, Dr Sermak, Dr Szurek. 2) Doc. Dr Seńkowski: O ultramikroskopii i badaniu w ciemnem polu.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Olej cypresowy i pyrenol (Dr Carl Linhart, »Deutsche med. Ztg.« 1907, Berlin Nr 91). Olej cypresowy poleca w krztuścu Soltmann (»D. m. Wochens.« 1903, Nr 17/8) w postaci rozczynu wyskokowego w stosunku 1:5 dla skrapiania poduszki 4 razy dziennie po 10—15 gr. Pyrenol zaś stosował Linhart przy każdem zapaleniu oskrzeli i płuc również w postaci rozczynu 2,0—4,0:100 z dodaniem soku malinowego w niewielkiej ilości albo też *succ. liquirit.* 3,0 i *liq. Ammon. anis* 2.0 4 r. dziennie małą łyżeczkę. Śmiertelność, jak zaznaczył Soltmann, dochodząca w krztuścu przy stosowaniu oleju cypresowego od 12 prc. do 27 prc., znacznie maleje przy stosowaniu pyrenolu i dosięga zaledwie 4 prc. Nadto Linhart podaje, że choroba ta, ciągnąca się dawniej od 10—18 tyg., przez leczenie pyrenolem skraca się do 5—8 tyg. Charakterystyczną cechą pyrenolu jest jego działanie uspokajające i wykrztuśne; jednocześnie jest on najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciwko poważnym powikłaniom. Środki znieczulające stosować można jedynie w pierwszych dniach choroby dla wywołania spokojnego snu; dalsze ich stosowanie wywołuje utrudnienie oddychania i upośledzenie wszystkich żywotnych czynności ustroju. Opierając się na pomyślnych doświadczeniach poleca Linhart przy leczeniu krztuśca połączenie pyrenolu (wewnętrznie) z olejem cypresowym (do wdychiwań), uważając to za sposób leczenia najbardziej obecnie skuteczny. *Hr.*

Lysol często bywa przyczyną zatrucia. Śmiertelne zatrucie ogłasza znowu Albrecht (Münch. med. Wochens. Nr 32, 1907). Mężcz. 45-letni zażył w samobójczym zamiarze nieznaną ilość lysolu. Pomimo natychmiastowego przeplukania żołądka nastąpiła po trzech dniach śmierć wśród krwotocznego zapalenia nerek i zapalenia płuc nieżytowego. Głównie dolna część przełyku i wpust uległy głębokim zmianom; błona śluzowa odrywała się w postaci brunatnych strzępów. Mniejsze zmiany w żołądku, górnej części dwunastnicy, w krtani, tchawicy i na wargach. Ze względu na częste zatrucia lysolem, sądzi Albrecht, że lysol przynajmniej w nierozcieńczonym stanie powinien być ze sprzedaży podręcznej wycofany. *Ll.*

Secacornin „Roche" — nowy przetwór sporyszu (Friederyk Merkel, »München. mediz. Wochenschrift« 1907, Nr 27). W handlu znajduje się ten środek jako wyjałowiony rozczyn alkaloidów sporyszu; można go użyć zarówno do wstrzykiwań podskórnych i śródmięśniowych, jak również wewnętrznie. Merkel wypróbował sekakorninę blizko w 60 przypadkach przeważnie porodowych, stosując ją: 1) zapobiegawczo w czasie porodowym przeciw atonii po szybkich porodach, przy nadmiernem rozciągnięciu macicy i przy łożysku przodującem; 2) dla zwalczenia istniejącej już atonii; 3) dla przyśpieszenia zwijania się macicy w połogu i zwalczenia długo trwającego krwawienia poporodowego; 4) po każdem poronieniu. W ginekologii stosował M. sekakorninę z dobrym wynikiem przy włókniaku macicy, przy obfitem miesiączkowaniu u kobiet niedokrwistych i t. p. Po wstrzyknięciu występuje działanie w przeciągu 5—10 minut. *Hf.*

Lecithin-Perdynamin

Smaczny i łatwo znoszony środek.

Przez swą zawartość **hemoglobiny i lecytyny działa pewnie**

przy **neurastenii, histeryi i chorobach nerwowych,** dalej przy **podupadłem odżywieniu i krzywicy.**

Dawka: dla dorosłych trzy razy dziennie 1 łyżka stołowa, dla dzieci trzy razy dziennie 1 łyżeczka kawowa.

Jako napój śniadaniowy

dla nerwowo cierpiących

poleca się 270 a

LECITOGEN

(Kakao lecytynowe).

1 pudełko oryginalne zawiera obok czystego kakao 3,0 g. lecytyny.

Wyrabia w Austro-Węgrzech:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emer. aptekarz

Wiedeń II/1. Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, **itp.,** które przetrawiane na gorącu w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej. 137

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

LABORATORYUM MIKROSKOPIJNO-CHEMICZNE

Dr Bolesława DROBNERA

W KRAKOWIE, PRZY UL. ZGODA 1.

Telefon Nr 415 C. — Adres na telegramy: Laboratoryum Drobnera Kraków.

Wykonuje wszelkie prace w zakres chemii nieorganicznej i organicznej, analitycznej i syntetycznej wchodzące.

DZIAŁ MEDYCZNY: Analizy moczu, soku żołądkowego, kału i t. p. — Badanie krwi. — Badanie środków lekarskich. — Wykonuje się preparaty farmaceutyczne, kosmetyczne i t. p. — Syntezy naukowe. 241

Laboratoryum dostarcza:

Wodę destylowaną, płyny mianowane, preparaty naukowe.

DZIAŁY LABORATORYUM: medyczny, technologiczny, naukowy i handlowy.

Wyłączne zastępstwo fabryki mikroskopów, polaryzatorów i t. d. Reicherta w Wiedniu.

Rossel, Schwarz & Co. Wiesbaden 25.

Fabryka leczniczo-gimnastycznych i ortopedycznych przyrządów.



Wyłączny wyrób przyrządów systemu Dra Herza, Wiedeń. 135

Wyłączny wyrób przyrządów, systemu Dra G. Zandera, Stockholm.

Przyrządy pendułowe używane równocześnie jako przyrządy z oporem.

Wyłączny wyrób elektrycznych przyrządów do grzania gorącem powietrzem, systemu Dra Tyrnauera w Karlsbadzie

Pierwszorzędny wyrób z daleko idącą gwarancyą. || Piśmiennictwo i oferty bezpłatnie i opłatnie.

Najlepsze kraj. i obcokraj. polecenia. Patenty we wszystkich państw kultur.

Dr N. Knobel

ordynuje zimą

W MERANIE

Habsburgerstr. 25. 309

Wcieranie 3—5 minut. Najczystsze, najwygodniejsze leczenie wcieraniem.

Nie wala bielizny.

Bez tłuszczu i zapachu.

$33^1/_3$% rtęci. 82

MERCURO CRÊME

sec. Dr. A. Rosenberg.

sporządzony w

Stern-Apotheke

Budapest VIII. Rakoczi-út 43.

1 graduowana tuba á 30 gr. / 1 pudełeczko á 10 dawek á 3 gr } 2 Korony.

Sprowadzać można przez apteki.

Rok XLVII. Kraków, dnia 1. lutego 1908. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z problemów klinicznego nauczania położnictwa i ginekologii.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład wstępny w d. 15. XI. 1907).

Czcigodny Panie Dziekanie! Panowie koledzy! Panie i Panowie!

Byłbym człowiekiem niewdzięcznym, gdybym pierwszych słów nie zwrócił dziś do Ciebie, Dostojny Panie Dziekanie i do Was Czcigodni Panowie Koledzy z Wydziału lekarskiego, słów, pełnych głębokiej wdzięczności za ufność, z jaką Panowie powierzyliście mi kierownictwo tej kliniki i wykładów położnictwa i ginekologii. Bądźcie Panowie przekonani, że starać się będę usprawiedliwić to zaufanie sumienną pracą, rzetelną troską o to, żeby studenci wynieśli stąd jaknajwięcej wiedzy i żeby obok humanitaryzmu kwitła w tych murach cześć dla nauki.

Liczę na to, że te usiłowania moje poprą moi współpracownicy t. j. Panowie asystenci i Wy Panowie słuchacze. Byłoby banalnem i zbytecznem przedstawiać się Panom. Znacie mnie Panowie od dawna i sądzę, że wierzycie w to, iż prócz przedmiotowej sprawiedliwości i zimnego poczucia obowiązku pedagogicznego względem Was, znajdziecie Panowie we mnie podmiotową gorącą życzliwość, zrozumienie Waszych potrzeb i dążeń, a ile razy Panowie zażądacie, chętną i przyjazną radę.

Szanowni Panowie! Przyjętym jest zwyczajem, że pierwszy wykład przy objęciu katedry mieści w sobie poniekąd program zamierzonej działalności, jest więc rzutem oka w przyszłość. Wybaczcie Panowie, jeśli przedtem, zanim myśl uleci w przyszłość, nam wszystkim nieznaną i mglistą, cofnie się wstecz, w przeszłość, tak jeszcze niedawną, w dziedzinę wspomnień moich osobistych. Pamięć, wiążąca się z miejscem, nasuwa mi przed oczy czcigodne postacie trzech moich profesorów, którzy działali w tych murach. Więc naprzód mój nieodżałowany pierwszy szef ś. p. Madurowicz, człowiek ogromnej wiedzy, serdeczny opiekun i przyjaciel swoich asystentów, człowiek pozornie szorstki, zawsze małomowny, często opryskliwy, którego opryskliwość była jednak sztucznym pancerzem, osłaniającym zacną, miękką, uczuciową i nad wyraz wrażliwą duszę. Wychował on i wykształcił cały szereg asystentów, do których zaliczał się też ś. p. Jordan. Prócz niego: ś. p. Stępiński, dalej Prof. Czyżewicz, Prof. Mars, Prof. Bylicki, Dr Jan Rosner we Lwowie, a w Krakowie Doc Braun, Dr Cercha i ja.

Żywiej jeszcze staje przed oczyma już nie mnie tylko, ale nam wszystkim, niezwykła postać ś. p. Jordana. Wszakżeż tak niedawno, kiedy obejmował rządy tej kliniki. I w pamięci mojej odświeżają się wspomnienia dwóch lat asystentury przy Jego boku, bierze na się żywe barwy ta niezwykła postać człowieka o gorącem sercu, milującem z młodzieńczym zapałem wszystko, co szlachetne, człowieka o umyśle głębokim, woli niezłomnej, a indywidualizmie tak silnym, że wszystko, co czynił, nosiło na sobie piętno Jego osobowości. Być Jego następcą rzecz niełatwa, a odpowiedzialność tem większa.

Wreszcie nie mogę nie przyznać się Panom, że szczerze i głęboko wzrusza mnie myśl, że przychodzi mi wykładać w tej samej sali, w której słuchałem znakomitych wykładów najlepszego profesora i najzacniejszego człowieka, ś. p. Rydla. Zdaje mi się, że widzę jeszcze przed sobą tę energiczną i szlachetną postać.

Ale dość wspomnień. Czas, by spojrzeć przed siebie. Nie myślę rozwijać programu działalności i uważam to za wielce trudne. Program ogólny zmieściłem w jednem zdaniu, na program szczegółowy nie wystarczyłoby dziś czasu. Mam więc zamiar wyrwać z tego szczegółowego programu jedno niewielkie pozornie zagadnienie i starać się dać na nie odpowiedź. Pytanie, jakie sobie zadaję, brzmi: Czy kierownik kliniki ma dążyć do tego, żeby stworzyć szkołę? Czy zadaniem jego jest wykształcić lekarzy w danym fachu w ten sposób, żeby na wskazania lecznicze i operacyjne zapatrywali się tak, jak on? Czy nietylko własne zapatrywania i poglądy, ale nadto własne upodobania powinien on zaszczepić młodemu pokoleniu lekarzy? Czy przeciwnie poprzez wymogi szkoły ma przebijać indywidualizm uczącego się, czy wolno mu na tych samych, co kierownik, oparłszy się faktach, dojść do odmiennych wyników?

Pytanie to musimy odrazu rozszerzyć i przyjąwszy, że każdy uczący wytwarza szkołę, zapytać się, co powinno być istotą szkoły klinicznej? Otóż na to pytanie odpowiedź nie łatwa, gdyż może być dwojaka: 1) (z czem się nie zgadzam) szkoła kliniczna ma wyuczyć rozpoznania, wskazań leczniczych i leczenia i 2) (którą uważam za słuszną) szkoła kliniczna ma nauczyć metodyki badania i logicznego zużytkowania tych przez badanie uzyskanych przesłanek, które wiodą do rozpoznania, wskazań leczniczych i leczenia.

Różnica pozornie nie wielka, w istocie ogromna, gdyż w pierwszym przypadku celem ostatecznym jest wynik, w drugim droga do niego wiodąca, a jeszcze ściślej sposób przebycia tej drogi. Otóż, zdaniem mojem, szkoła kliniczna powinna dać uczniowi całkowitą, możliwie doskonałą metodę badania i powinna go nauczyć tej logiki, jaka cechować powinna myślącego lekarza w chwili, gdy rozważa rozpoznanie, wskazania lecznicze i technikę leczenia. Mimo najściślejszej metodyki badania pozostaje niezmiernie wiele miejsca na indywidualizm badającego, który wchodzi w grę w chwili, kiedy umysł zaczyna porządkować i zużytkowywać zebrane objawy.

Objaśnijmy to przykładem: jesteśmy przy łóżku chorej, krwawiącej z powodu włókniaków. Chora liczy lat 32. Rozpoznanie łatwe, opiera się na zebranych wywiadach i przedmiotowych objawach. Trudniej ocenić wskazanie lecznicze. Po jednej stronie leczenie operacyjne, doszczętne, t. j. z usunięciem części rodnych lub mniej skrajne z pozostawieniem jajników, po drugiej leczenie zachowawcze. Po stronie operacyi doszczętnej staną niewątpliwie ci wszyscy, którzy mają wiarę w technikę operacyjną i siebie i co ważniejsze, dla których utrata życia płciowego u tej kobiety, utrata tych cech, jakie jej dają czynne części płciowe jest czynnikiem małoznaczącym, lub przynajmniej nie tak ważnym, żeby miał przeważyć szalę i skazać kobietę na długie lata osłabiających krwawień, niemocy i bezczynności.

Tu żadna szkoła kliniczna nie ma znaczenia, tu przemawia i rozstrzyga indywidualizm badającego. Zacierać ten indywidualizm, starać się przeprowadzić niwelacyę umysłów, uważam nie za obowiązek, ale za grzech, nie za zaletę, ale za błąd szkoły.

Przytoczę Panom dwa przykłady, obydwa z zakresu położnictwa, obydwa dotyczące spraw aktualnych. Więc naprzód sprawę wymóżdżenia na dziecku żywem, a potem sprawę znieczulenia podczas prawidłowego porodu.

Naprzód s p r a w ę w s k a z a ń d o w y m ó ż d ż e n i a n a d z i e c k u ż y w e m. Oto niewyczerpany temat sporów, które dopóty nie będą rozstrzygnięte, dopóki tej operacyi nie zastąpi inna, podobnie jak wymóżdżenie, pozbawiona niebezpieczeństw dla matki. Czytając artykuły, zwłaszcza francuskie na temat, czy jest dopuszczalnem zabicie dziecka dlatego, ażeby matki nie narazić na niebezpieczeństwo, nabieramy przekonania, że są lekarze, którzy życie matki i dziecka jednakowo wysoko cenią. Wywody ich filozoficzne są bezwątpienia słuszne.

Są wszelako inni badacze, którzy życie matki stawiają wyżej, niż życie dziecka i których wywodom także trudno nie przyznać słuszności. Rozstrzygającym w tej sprawie jest więc sentyment, wszystkie dane przedmiotowe, najskrzętniej zebrane nie zdołają doprowadzić do decyzyi bez tego rozstrzygającego czynnika t. j. sentymentu podmiotu czyli lekarza.

Podobne sytuacye nie łatwo zjawiają się w innych działach medycyny. Korzyść lub niekorzyść tego lub innego sposobu leczenia albo operowania można odczytać w dużych statystycznych liczbach; w położnictwie wchodzi prócz osoby, którą leczymy, w grę drugi czynnik, t. j. płód, którego dobro nierzadko jest niezgodne z dobrem matki. Dla ocenienia wartości sposobu leczniczego musimy więc zestawiać dwa szeregi liczb statystycznych, t. j. wynik dla dziecka i matki, co naturalnie wikła wielce sprawę. Nie jest to jednak bynajmniej powikłanie czysto matematyczne; to dałoby się łatwo przezwyciężyć. Nie możemy tu liczyć liczb, musimy je ważyć. Mimo wszystkich ładnie brzmiących wywodów na temat tego, że płód ma równe prawo do życia, jak matka, nikt przecież nie zechce twierdzić, że operacya, dająca 100% wyleczeń matek, a 100% śmiertelności płodów, jak n. p. wymóżdżenie na żywem dziecku, jest równie złą operacyą, jak ta, która daje 100% żywych dzieci, ale 100% śmierci matki. Różnicy nie ma, jeśli cyfry zliczymy; jeśli jednak je zważymy, różnica będzie ogromna, i wszyscy bez wyjątku zrozumią ją natychmiast.

Różnica zapatrywań zacznie się tam, gdzie wymóżdżeniu przeciwstawimy inną operacyę zastępczą, dającą pewien odsetek śmiertelności matek, ale nie 100%. Weźmy n. p. cięcie cesarskie, hebosteotomię lub symfyzyotomię. Śmiertelność matek mają one bezwątpienia wyższą, niż wymóżdżenie (około 8%), ratują jednak prawie wszystkie płody, skazane przy wymóżdżeniu na śmierć.

Która operacya lepsza? Która daje bezpośrednie lepsze wyniki? Czy ta, która daje 2% śmierci matek a 100% śmierci płodów? czy inna, która obok 8% śmierci matek daje wszystkie lub prawie wszystkie płody żywe? Jeśli zliczymy cyfry, otrzymamy na 200 — 102 śmiertelności czyli 51% w pierwszym, zaś 8 na 200 czyli 4% w drugim przypadku. A przecież mimo tej olbrzymiej cyfrowej róznicy, te operacye są konkurencyjnemi, gdyż w cyfrze 51 jest 50 po stronie płodów, a 1 po stronie matek, w cyfrze 4 — cała ilość na niekorzyść matek. I tu zaczyna się podmiotowość klinicysty, która tłómaczy olbrzymie różnice między poszczególnemi klinikami co do ilości wymóżdżeń dokonanych na żywem dziecku.

P i n a r d, który twierdzi, że wymóżdżenie żywego płodu należy już do przeszłości, nie wykonywa tej operacyi wcale, zaś w klinice drezdeńskiej L e o p o l d a w latach między 1883 a 1887 wymóżdżano 6 płodów żywych na 1000.

W postanowieniu odgrywa tu rolę sentyment, naukowe *imponderabile*. Każdy, komu w tej sprawie przyjdzie rozstrzygać musi za każdym razem sam zdać sobie sprawę z tego, w jakim stopniu ceni życie tego dziecka w porównaniu z życiem lub zdrowiem danej matki. Oto pierwszy przykład, jak dalece musimy nieraz podmiotowo w myśl sentymentu rozstrzygać doniosłe pytania z zakresu wskazań operacyi, pytania, które w innych działach medycyny rozwiązuje zimna statystyka, lub przynajmniej wielce do rozwiązania ich dopomaga.

Drugi przykład, to sprawa znieczulenia wśród prawidłowego porodu, sprawa dziś aktualna, w każdem prawie fachowem czasopiśmie omawiana. Pytania są dwa: główne i dodatkowe. — Główne brzmi: Czy zasadniczo należy u prawidłowych rodzących usuwać lub przynajmniej zmniejszać bolesność skurczów porodowych? Dodatkowe na wypadek twierdzącej odpowiedzi: w jaki sposób należy to czynić? Tu już nadmienić muszę, że pytanie dodatkowe jest poniekąd głównem, gdyż tylko wówczas można myśleć o znieczuleniu, jeśli znajdzie się sposób odpowiedni.

Jest rzeczą zdumiewającą, że mimo, iż położnictwo jest najstarszą gałęzią medycyny, sprawa znieczulenia wśród porodu zjawia się w piśmiennictwie tak niezmiernie późno. Mimo, że średnie wieki znały różne środki znieczulające,

używane w chorobach lub podczas operacyi, nikomu nie wpadło na myśl znieczulenie to stosować podczas porodu. Nie czas tu i miejsce zastanawiać się nad przyczyną tego dziwnego zjawiska i rozważać, czy przyczyną tego było biblijne »rodzić będziesz w bolach«, czy też to egoistyczne męskie stanowisko, które pozwoliło niejednemu mężczyźnie nie stosować się do biblijnego »pracować będziesz w pocie czoła«, a potem uwolniło go od troski i od obowiązku szukania środka na ból, którego sam nigdy nie zazna. Faktem jest, że pierwszy Simpson w r. 1847 pomyślał o stosowaniu eteru i chloroformu do usuwania bolesności porodu.

Od tego czasu podano cały legion środków. Kilkanaście z pośród nich wybrałem i na tych oto tablicach wady ich i zalety zestawiłem.

I znowu Panowie macie przykład, jak dalece wszystko, nawet to, co jest wyrysowane, jest podmiotowe. Gdyż naprzód na osobnej tabliczce zestawiłem to, czego żądać należy od dobrego środka znieczulającego. Ale zapewne kto inny żądałby czego innego, może czegoś wprost przeciwnego. Zdaniem mojem n. p. pożądanem jest, żeby kobieta rodząc pozbawiona była bolesności, ale nie świadomości. Powinna ona (tak mi się zdaje) wiedzieć, co się z nią dzieje, powinna pamiętać chwilę urodzenia się dziecka i jego pierwszy krzyk, powinna duchem swoim brać w tem wszystkiem udział. Tak mnie się zdawało, kiedym patrzał na rodzące i rozważał ich uczucia i myśli. Zastrzegam się, że mówię tu o kobietach prawidłowych i o porodach prawidłowych. Sprawić to, żeby kobieta nie czuła wcale bolu, ale rodziła własną wolą i z pełną świadomością, oto co zdawało mi się rzeczą pożądaną. Wiem, że są badacze, którzy wygłaszają wprost przeciwne zdanie i którzy za cel działania uważają usunięcie świadomości, — zupełną niepamięć. Na tym punkcie, czysto podmiotowym i indywidualnym nie zgadzamy się ze sobą. (C. d. n.)

Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani (»laryngitis submucosa acuta«)

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt wygłoszony na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 23. lipca 1907 r.).

(Dokończenie).

Przychodzę obecnie do kwestyi najważniejszej t. j. przyczyn, wywołujących obrzęki zapalne krtani.

Jak już wspomniałem, dzielimy obrzęki zapalne krtani przedewszystkiem na 2 główne grupy: pierwotne, czyli samorodne, których Friedreich, a w ostatnich czasach Hajek, oraz Heymann i Meyer nie przyjmują, oraz wtórne, czyli objawowe; zaś pierwotne na zwykłe i zakaźne. Pierwotne (obrzęki zapalne krtani, są zwykle ograniczone, zaś wtórne — rozlane. Przyczyny pierwszych są trojakiej natury: 1) termiczne, a więc przedewszystkiem należą tu nagłe zmiany ciepłoty, jakie zwłaszcza bywają połączone z pewnemi czynnościami, n. p. u pracujących w cukrowniach, piekarniach, u maszynistów i t. p. Do tejże kategoryi przyczyn zaliczyć należy i tzw. zaziębienie, które oczywiście uważać należy jedynie za czynnik usposabiający dla zakażenia następnego. Działanie tego czynnika mogłem w paru przypadkach wyraźnie stwierdzić, między innymi u 16-letniego ucznia, który raptownie po powrocie ze ślizgawki dostał silnego bolu gardła, przyczem już w kilka godzin znalazłem u niego galaretowaty obrzęk obu chrząstek nalewkowych, oraz więzadeł nagłośniowo-nalewkowych.

Do tejże kategoryi przyczyn termicznych należą oparzenia zbyt gorącymi pokarmami i napojami np. ziemniakiem (przypadek Heymanna i Meyera), herbatą i t. p. W jednym przypadku, dotyczącym 25-letniego oficera spostrzegałem wskutek oparzenia nadmiernie gorącą herbatą (ukropem) galaretowaty obrzęk języczka, oraz nagłośni i tylnej ściany krtani.

Drugą grupę przyczyn stanowią czynniki chemiczne, przedewszystkiem więc kwasy i ługi, przeważnie w celach samobójczych, rzadziej przez pomyłkę połknięte. Typowy przypadek tego rodzaju spostrzegałem u 30-letniej panny, która jakoby przez pomyłkę napiła się amoniaku, przyczem cała jama ustna, język, podniebienie miękkie wraz z języczkiem, wreszcie tylna ściana krtani wraz z tylnymi odcinkami strun głosowych były pokryte białym nalotem, oraz obrzękłe. Heymann i Meyer przytaczają rzadki przypadek obrzęku krtani w następstwie par chloru (w fabryce) oraz działania kwasu osmowego (przy badaniach drobnowidowych). Do tejże kategoryi przyczyn chemicznych, niektórzy autorowie jak np. Gerber zaliczają też obrzęk krtani powstały po wewnętrznem użyciu jodku potasu, jakkolwiek Heymann i Mayer uważają go raczej za zwykły przesięk a nie wysięk zapalny, z czem jednakże ja się nie zgadzam. Ja również podobnie, jak Avellis, Rosenberg, Gerber i inni, spostrzegałem parę takich przypadków, między innymi jeden bardzo typowy, dotyczący 25-letniej szwaczki, u której już po użyciu paru łyżek słabego rozczynu jodku potasu (e 4,0—180,0) wystąpił znaczny obrzęk nagłośni i więzadła nagłośniowego nalewkowego lewego. Rzecz prosta, że w przypadkach tych należy przyjąć idiosynkrazyę względem tego środka.

I elektryczność w postaci prądu stałego może być niekiedy powodem obrzęków zapalnych krtani, jak tego dowodzi przypadek Heymanna i Meyera.

Wreszcie trzecią grupę przyczyn pierwotnych obrzęków zapalnych krtani stanowią czynniki mechaniczne, mianowicie uraz (a więc ciała obce, różnorodne obrażenia, oraz rękoczyny wewnątrz-krtaniowe). Tego rodzaju przyczynę spostrzegałem w paru przypadkach, między innymi u 70-letniego właściciela domu, u którego po zjedzeniu ryby wskutek uwięźnięcia wzgl. skaleczenia ością wystąpił nagle silny obrzęk galaretowaty wiązadła nagłośniowo-nalewkowego prawego, oraz chrząstki nalewkowej prawej. Przypadek ten zakończył się ropieniem. W innym znowu przypadku, dotyczącym 35-letniego mężczyzny na drugi dzień po połknięciu kostki kurczęcia wystąpił silny obrzęk lewej chrząstki nalewkowej, zakończony również ropniem, sztucznie przezemnie otworzonym, jak i w poprzednim przypadku.

Drugą grupę pierwotnych obrzęków krtani zapalnych, stanowią sprawy zakaźne *(laryngitis submucosa acuta infectiosa)*, do których, jak to już wspomnia-

łem, zaliczyć należy tzw. różę krtani (Masseiego). Typowy przypadek tego cierpienia między innymi spostrzegałem u 46-letniego rolnika z zaczerwienieniem, oraz obrzękiem nagłośni, wiązadeł nagłośniowo-nalewkowych, oraz tylnej ściany krtani, wraz z przejściem następnie sprawy zapalnej na gardło, jamę nosowo-gardłową, oraz jamy nosowe, skąd już na twarz pod postacią typowej róży.

Przy wtórnych (objawowych) obrzękach zapalnych krtani może krtań być zajętą, albo w następstwie ogólnego zakażenia, bądź pierwotnie, bądź przez ciągłość *(per continuitatem)* (Heymann i Meyer). Co się tyczy dróg, którędy zarazek przenika do krtani przy ogólnem zakażeniu, to zdania są podzielone; według jednych (Schroetter) następuje to drogą naczyń chłonnych, według innych (Ziemssen) drogą naczyń krwionośnych; to ostatnie co do duru stwierdził świeżo (1905) Chevalier Jackson. Wogóle przyczyną wtórnych obrzęków zapalnych krtani bywają przedewszystkiem ostre sprawy zakaźne, jakoto odra (przyp. Citellego). Pieniążka[9]), płonica, dur, ostry gościec stawowy, błonica, róża, ospa, wrzodziejące zapalenie wsierdzia, gorączka połogowa (przyp. Arslana), wreszcie ropnica i posocznica, oraz gruźlica, przymiot i rak z przewlekłych spraw chorobowych zakaźnych. Z odnoszących się do tej kategoryi przypadków w mojej praktyce na wzmiankę zasługują: 1) przypadek, dotyczący $2^1/_2$-letniego chłopca z tzw. mieszkowem zapaleniem migdałków *(tonsillitis follicularis)*, oraz wtórnem zajęciem (obrzęk) przestrzeni podgłośniowej naśladującem krup (badanie bakteryologiczne nie wykryło laseczników Loefflera); następnie 2) przypadek dotyczący 34-letniego chorego z błonicą gardła, oraz wtórnem zajęciem (obrzękiem) nagłośni, więzadła nagłośniowo-nalewkowego prawego, oraz prawej chrząstki nalewkowej; przypadek ten zakończył się śmiercią; wreszcie 3) przypadek dotyczący 21-letniej mężatki z obrzękiem chrząstki nalewkowej prawej, poprzedzającym na parę dni ostry gościec stawowy.

Co do ostrego gośćca stawowego muszę tu zauważyć, że zdaniem mojem wiele przypadków obrzęków pierwotnych krtani, powstałych rzekomo z zaziębienia jest gośccowego pochodzenia. W poglądzie tym utrwala mnie przebieg wielu stosunkowo przypadków ostrego podśluzowego zapalenia krtani, w których nastąpiło wyleczenie niewątpliwie jedynie dzięki przetworom salicylowym.

Do tejże wreszcie kategoryi spraw obrzękowych krtani zapalnych wtórnych należą również obrzęki, szerzące się z sąsiedztwa przez ciągłość (t. zw. obrzęki oboczne — *oedemata laryngis collateralia*, fortgeleitete Oedeme — Hajeka). Stanowią one duży kontyngens należących tu przypadków; niestety, w wielu razach bywają przeoczane, jak to również stwierdzają Heymann i Meyer. Najczęściej zdarza się to w przebiegu ropnego zapalenia migdałka językowego, przyczem przy jednostronnem (połowicznem) jego zajęciu bywa też częściowy (po stronie odpowiedniej) obrzęk nagłośni wzgl. więzadła nagłośniowo-nalewkowego. Przypadków takich obrzęków zapalnych krtani spostrzegałem 18. Gerber również uważa migdałek językowy za główne wrota zakażenia.

Stosunkowo już o wiele rzadziej zdarza się takie szerzenie się sprawy zapalnej na krtań w przypadkach ropnia około migdałkowego wzgl. ropnia migdałka podniebiennego (przyp. 8), oraz zwykłego ostrego zapalenia gardła (przyp. 4). Wreszcie, acz rzadko, następuje to przy zajęciu gruczołu tarczykowego (Schroetter), chrząstek krtaniowych, gruczołów szyjnych, kręgosłupa, wreszcie stosunkowo często w nagminnem zapaleniu gruczolu przyusznego (przypadki Heymanna i Meyera).

Co do siedziby obrzęków zapalnych krtani, to pierwsze pod tym względem miejsce zajmuje nagłośnia, zwłaszcza jej powierzchnia językowa (tzw. *angina epiglottica anterior* Michael), co jest przedewszystkiem w związku z budową anatomiczną tej okolicy, obfitującej w luźną tkankę łączną podśluzową, jakoteż z łatwością obrażeń ciałami obcemi (ości, kości), wreszcie z bliskiem sąsiedztwem podobnej tkanki łącznej podśluzowej bocznych części gardła, jakoteż migdałka językowego, skąd przez ciągłość sprawy zapalne ostre wzgl. ropne z łatwością mogą przechodzić na nagłośnię. Przypadków takiego zajęcia (obrzęk zapalny) nagłośni spostrzegałem w swojej praktyce 20. Znamiennem jest, że obrzęk ten zwykle nie przechodzi po za brzeg wolny nagłośni na jej powierzchnię krtaniową, gdzie błona śluzowa ściśle przylega do chrząstki, jak to mianowicie dowiódł Hajek. W kilku przypadkach obrzęk ten był tak znaczny, że nagłośnia miała postać grubego, bladego, lub mniej lub więcej czerwonego (w przypadkach róży krtani z odcieniem fioletowym) wału, zasłaniającego wejście do krtani. W kilku też moich przypadkach obrzęk nagłośni był częściowy tj. ograniczał się do jednej tylko (częściej lewej) połowy, przyczem zdarzało się to zwykle w przypadkach wtórnych przy zajęciu odpowiedniej połowy migdałka językowego.

W 4 przypadkach spostrzegałem rzadkie stosunkowo usadowienie się obrzęku zapalnego podśluzowego w okolicy szypułki nagłośni *(petiolus epiglottidis)*, gdzie również istnieją warunki anatomiczne, sprzyjające takim obrzękom (luźna tkanka łączna między obiema blaszkami błony gnykowo-tarczowej).

Drugiem z kolei miejscem, gdzie sprawy te obrzękowe z powodów również anatomicznych znajdują grunt podatny dla swojego rozwoju, są więzadła nagłośniowo-nalewkowe (14 razy z lewej strony, 10 z prawej, wreszcie raz po obu stronach). Wogóle zajęcie li tylko więzadeł nagłośniowo-nalewkowych spotykałem bardzo rzadko (tylko 2 razy mianowicie po stronie prawej), natomiast najczęściej w połączeniu z obrzękiem okolicy chrząstek nalewkowych (6 razy, również po stronie prawej), oraz nagłośni (6 razy po stronie prawej), rzadziej zaś tylnej ściany (2 przyp.); wreszcie 2 razy jednocześnie były zajęte chrząstki nalewkowe, oraz tylna ściana krtani.

I nagłośnia stosunkowo często bywa zajęta jednocześnie z innemi częściami krtani, zwłaszcza z chrząstkami nalewkowemi (10 razy, z tych 8 razy po stronie prawej), następnie z więzadłami nagłośniowo-nalewkowemi (6 razy), wreszcie z tylną ścianą krtani (2 razy).

Niekiedy bywają jednocześnie zajęte różne odcinki krtani, jakoto: nagłośnia, więzadła nagłośniowo-nalewkowe, wreszcie chrząstki nalewkowe (6 razy, w tem 4 po stronie lewej), następnie nagłośnia, tylna ściana krtani, wreszcie struny rzekome (2 razy). Słowem możliwe tu są najrozmai-

[9]) loco citato — p. 121.

tsze kombinacye. Najrzadziej stosunkowo bywają zajęte struny prawdziwe (2 przyp.), pod postacią zajęcia tylnych odcinków z jednoczesnem zajęciem (obrzękiem) tylnej ściany krtani, oraz przestrzeni podgłośniowej (2 przypadki).

Z objawów na pierwszy plan przy ostrem zapaleniu podśluzowem krtani w jego postaci obrzękowej występuje mniej lub więcej wyrażona duszność, dochodząca zwłaszcza przy zajęciu znaczniejszem więzadeł nagłośniowo-nalewkowych, wprost do napadów zaduszania *(stenosis inspiratoria)*, wywołujących potrzebę przecięcia tchawicy. W Senatora ostrej zakaźnej ropowicy gardła głównymi są objawy ogólne (zamroczenie przytomności, osłabienie działalności serca i t. p.).

Inne objawy są wspólne dla obu postaci, a więc przedewszystkiem bole gardła, rozpromieniające się w kierunku uszu wzgl. odpowiedniego ucha, bole przy łykaniu *(dysphagia)*, uczucie ciała obcego, kaszel (przy zajęciu zwłaszcza przestrzeni podgłośniowej), oraz chrypka (przy zajęciu strun, wzgl. tylnej ściany; to ostatnie zależy od przeszkody mechanicznej, gdyż struny głosowe nie mogą podczas fonacyi zbliżyć się do siebie mianowicie w tylnych odcinkach). Wreszcie duszność może zależeć od nieruchomości strun głosowych w przypadkach zajęcia głębszych części w okolicy chrząstek nalewkowych.

Zwykle sprawa zaczyna się nagle wśród zupełnego zdrowia, zwłaszcza w postaci pierwotnej, mniejszą lub większą gorączką, dochodzącą zwłaszcza w róży krtani do wysokich stopni (41,8% — Massei). W wielu jednakże razach, mianowicie w obrzękach zapalnych pochodzenia termicznego, chemicznego, oraz mechanicznego brak jest zupełnie gorączki. Jak już wspomniałem, są to obrzęki ograniczone. Gruczoły chłonne na szyi wzgl. podszczękowe w wielu razach, zwłaszcza w obrzękach zapalnych wtórnych, oraz w t. zw. róży krtani są mniej lub więcej zajęte t. j. obrzmiałe i bolesne. Przebieg cierpienia zwykle bywa ostry: obrzęki zapalne najczęściej przy odpowiedniem leczeniu ustępują szybko (w kilka dni), przyczem w razie ropienia co stosunkowo niezbyt często się zdarza, następuje samorodne pęknięcie ropnia, niekiedy podczas badania, jak to np. zdarzyło się w 4 moich przypadkach (2 razy w ropniu nagłośni i 2 razy w ropniu lewej chrząstki nalewkowej, lub częściej opróżnienie następuje sztucznie zapomocą noża (w 28 moich przypadkach).

Rozpoznanie ostrego podśluzowego zapalenia krtani w różnych jego postaciach nie jest wogóle trudne, a to na podstawie wywiadów, mianowicie czynnika etyologicznego, jakoteż objawów (utrudnienie łykania, duszność), oraz przebiegu (ostry), najbardziej zaś na podstawie znamiennego w wysokim stopniu dla tego cierpienia obrazu laryngoskopowego: obecność obrzęków przeważnie bladych, galaretowatych, niekiedy zaś zwłaszcza przy róży, mocno czerwonych z odcieniem fioletowym, błyszczących, ograniczonych, lub rozlanych, usadowionych na nagłośni i więzadłach nagłośniowo-nalewkowych, oraz chrząstkach nalewkowych i to przeważnie jednostronnych. W razie zajęcia przestrzeni podgłośniowej poniżej strun prawdziwych z obu stron widać podłużne wały — fałdy, zwykle czerwone, sprawiające wrażenie strun trzecich — dodatkowych. Te ostatnie sprawy niekiedy trudno odróżnić od zapaleń ochrzęstnej chrząstek krtaniowych, oraz od krupu wstępującego, jak to mianowicie było w jednym z moich, oraz Pieniążka przypadku. U dzieci, u których badanie lusterkiem krtaniowem nie zawsze daje się wykonać, można zastosować badanie palcem zwłaszcza w przypadkach zajęcia nagłośni.

Rokowanie w większości przypadków obrzęków pierwotnych krtani jest pomyślne (na 108 moich przypadkach tylko 2 zakończyły się śmiercią), we wtórnych natomiast gorsze (jeden przyp. śmiertelny), zwłaszcza zaś w t. zw. ostrej zakaźnej ropowicy gardła (Senator), która zwykle kończy się śmiercią wskutek posocznicy lub też porażenia serca, jak to zdarzyło się w jedynym przezemnie spostrzeganym przypadku tego cierpienia.

Niekiedy duszność wskutek obrzęku głośni wzmaga się do tego stopnia, że zagraża życiu; wtedy jedynie tylko wczesne przecięcie tchawicy może chorego uratować. Co się tyczy leczenia spraw obrzękowych zapalnych krtani, to powinno ono być ogólne i miejscowe. Pierwsze polega przedewszystkiem na zapobieganiu zwłaszcza w szpitalach w razie obecności róży, w razie zaś już istniejącego cierpienia zastosować należy środek przeczyszczający, oraz przetwory salicylowe dla zwalczania gorączki. Zdaniem mojem, przetwory salicylowe, działają w wielu razach wprost swoiście, mianowicie tam, gdzie obrzęk krtani jest gośćcowego pochodzenia.

Prócz tego wskazane są środki ogólne wzmacniające, oraz podniecające, zwłaszcza w przypadkach róży krtani, oraz ostrej zakaźnej ropowicy gardła. Natomiast surowica przeciwpaciorkowcowa w tych razach jest bezskuteczną, jak to niedawno stwierdził w 15 przypadkach Pierce[10]).

Miejscowo stosujemy przedewszystkiem zewnętrznie oraz wewnętrznie lód, który wogóle w tych razach działa znakomicie; przytem wskazane są tylko płynne i zupełnie zimne pokarmy. Lennox Brown zaleca podskórne wstrzykiwanie pilokarpiny. W wielu też razach, jak mnie o tem nauczyło doświadczenie, nacięcia zwłaszcza okolic chrząstek nalewkowych, więzadeł nagłośniowo-nalewkowych, wreszcie nagłośni, nawet jeżeli niema ropienia, zmniejszają znakomicie i odrazu objawy duszenia się, usuwając w wielu razach zupełnie potrzebę tracheotomii. Natomiast Sokołowski i Hajek są przeciwnego zdania, radząc wczesną tracheotomię; wreszcie intubacyę w tych razach zaleca Gaucher. Oprócz lodowych okładów na szyję mogą być również w tych razach z pożytkiem stosowane pryszczydla, oraz pijawki; wreszcie ostatnimi czasy stosuje się z powodzeniem metodę Biera (opaskę na szyję) w przypadkach ropowicy ostrej gardła i krtani.

Bardzo odpowiednie też dla kojenia bolów są płukania (w zajęciu gardła i nagłośni), lub rozpylania (w czasie zajęcia głębszych części krtani) bromku sodu (e 8,0—360,0) z dodatkiem kokainy w niewielkiej ilości (0,5), lub też rozpylanie rozczynu samej kokainy (1—5—10%), wreszcie z dodatkiem adrenaliny (1—1000). Dobre też wyniki widywałem po zasypywaniu ortoformem. Wszystkie te środki, oraz metody mają na celu niedopuścić do ropienia, gdy jednakże to się okaże niemożliwem, co w obrazie laryngoskopowym ujawni się obecnością żółtawego zabarwienia na najwyższem miejscu obrzęku, wówczas należy zastosować zewnętrznie ciepłe okłady, sam zaś ropień naciąć za

[10]) Fraenkels Festschrift number. 1906 — p. 1029.

pomocą zakrytego noża krtaniowego pomysłu Schroettera, choć i zwykły zakrzywiony odpowiednio nóż jest wystarczający dla wprawnego laryngologa. Czasami wreszcie, jak to już wspomniałem, zmuszeni jesteśmy uciec się do tracheotomii (Smith[11]), Rice[12]).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr M. Stumpf: **Położnictwo sądowe.** (Gerichtliche Geburtshilfe). Z 35 rysunkami w tekscie. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Cena Mk. 12.

Powyższe dzieło, stanowiące część podręcznika położnictwa Prof. v. Winckela, jest z kolei już drugiem takiem, które uznając swoiste zadania medycyny sądowej, daje sposobność uczniowi i lekarzowi w zakresie nauki położnictwa z niemi się zapoznać. Dzieło Stumpfa, podzielone na 5 rozdziałów, rozpatruje zagadnienia zbrodni przeciw obyczajności, a mianowicie zgwałcenie, ciążę i jej znaczenie dla medycyny sądowej, położnicze błędy lekarskie, dzieciobójstwo, wreszcie zaburzenia zdolności płodzenia u kobiet.

W każdym z tych działów uwzględnił autor jak najdokładniej piśmiennictwo aż do ostatnich czasów, skutkiem czego nawet działy, nie wchodzące w zakres położnictwa, jak n. p. dział o badaniu plam nasiennych, stwierdzeniu zakażenia wenerycznego, dział o truciznach, używanych do spędzenia płodu, wreszcie dzieciobójstwo, opracowane są poprawnie, jakkolwiek nie widać z nich, by autor miał rozleglejsze własne doświadczenie w zakresie sądowolekarskim.

Wielkie doświadczenie położnicze autora odźwierciedla się w obszernie zakreślonym rozdziale o zaniedbaniach w wykonywaniu położnictwa. Czytając jednak dział ten, nie można się oprzeć wrażeniu, że autor, starając się każde z lekarskich przewinień położniczych, które po kolei omawia, usprawiedliwić w ten lub ów sposób, wyrządza krzywdę, zwłaszcza lekarzom młodszym. I tak, mówiąc o przypadkach, w których zdarzyło się, że lekarz wydarł całą macicę, uważając ją za łożysko, lub po pęknięciu macicy włożywszy rękę do jamy brzusznej wydarł w tem samem mniemaniu śledzionę, lub wypadnięte pętle jelita wziął za pępowinę i oderwał je lub odciął, stara się autor w długim wywodzie znaleść dla tego rodzaju postępowania szereg okoliczności łagodzących, jak krótkotrwałe zaburzenia przytomności, fizyczne i umysłowe zmęczenie skutkiem poprzednio nieprzespanych nocy, a nawet nadużycie wyskoku (!), które znów tłómaczy chęcią dodania sobie odwagi (!), zwłaszcza u tych lekarzy, którzy nie dorośli do swego zadania. Co do tej ostatniej, łagodzącej okoliczności przestrzega jednak autor, by nie wierzyć zbyt łatwo oskarżeniom, iż lekarz nadużył wyskoku, takie bowiem oskarżenia częstokroć są wynikiem złośliwości. Ten sposób zapatrywania się autora na błędy lekarskie wymaga zastrzeżeń. Te usterki dzieła nie zmniejszają jednak zasługi autora, iż dał lekarzowi położnikowi w rękę książkę, która może go zapoznać z niejedną niejasną mu dotąd sprawą. *Horoszkiewicz.*

Dr Stanisław Serkowski: **Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii.** Warszawa 1907. Wydawnictwo Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. Dra J. Mianowskiego z zasiłkiem Towarzystwa dla popierania polskiej nauki rolnictwa.

»Do najpoważniejszych trosk współczesnego higienisty należy dążenie, by ludność spożywać mogła bezpiecznie mleko surowe«. »Mam nadzieję i pragnę tego gorąco, aby materyału do pogadanek w sprawie mleczarstwa kółkom rolniczym dostarczyła też praca niniejsza«. »Dokładna znajomość teoretyczna i praktyczna obecnych prądów i obecnego stanu wiedzy w zakresie higieny i bakteryologii mleka doskonale może zjednoczyć i pogodzić rozbieżne pozornie interesy producenta z wymaganiami konsumenta. Z treści tej pracy przekonać się można, że możliwem jest porozumienie i zjednoczenie interesów wytwórcy i spożywcy«. — Zdania powyższe, wyjęte z przedmowy do dzieła Dra Serkowskiego, uwydatniają najlepiej wysuwający się w niej na pierwszy plan charakter społeczny i popularno-dydaktyczny.

[11]) »Laryng. oedema«. N. J. med. Rec. 1906. April.
[12]) N. J. Med. Journ. 1898. December.

W 14 rozdziałach na 464 stronicach omawia autor mleko jako wydzielinę i pokarm, własności i skład mleka i jego przetworów, bakterye, pochodzenie i ilość ich w mleku, drobnoustroje kwasu mlecznego (nie pomijając mleka Miecznikowa), sernika, wady mleka, masła i sera, znaczenie i stosunek gruźlicy do mleka, inne zarazki chorobotwórcze, warunki rozwoju mleczarstwa, badanie mleka i jego przetworów, zabezpieczenie mleka od wpływów szkodliwych, oraz oczyszczanie i utrwalanie mleka, składając liczne dowody, jak blizko zetknął się z ujemnemi stronami mleczarstwa krajowego, jak wiele uwagi i pracy poświęcił tej sprawie. To blizkie zetknięcie się z wadami naszego mleczarstwa nadaje książce szczególniejszą wartość, a podnosi ją to, że nasze piśmiennictwo mleczarskie, tak zawodowo-techniczne, jak i higieniczne, zebrał i uwzględnił autor nader skrzętnie i pracowicie. Opracowanie podręcznika mleczarstwa ze stanowiska higieny bezwarunkowo uważać należy za wielką zasługę autora. Nie może jednak książka ta zastąpić mimo swej obszerności mleczarzowi podręcznika zawodowego, zaś dla lekarza, nawet powołanego do kontroli i nadzoru targowego, w niejednym rozdziale wydać się może za obszerna, dla kółek zaś rolniczych, które z niej czerpać mają materyał dla pogadanek, w wielu ustępach »zanadto uczona«. Ten brak jednolitości uznaje sam autor w przedmowie; nie można jednak podnieść tego jako zarzut, biorąc na uwagę stosunki Królestwa i brak szkół zawodowych i mleczarskich w Królestwie, któreby osobom, zajętym w tak rozgałęzionym przemyśle domowym, jak mleczarstwo, a pozostającym na różnym stopniu rozwoju i przygotowania do niego, przyswoiły potrzebne wiadomości w formie odpowiedniej. Książka ta i w naszej dzielnicy, posiadającej w zakresie mleczarstwa katedry na uniwersytecie i akademii rolniczej, zawodowych nauczycieli w szkołach rolniczych średnich i niższych, krajowych instruktorów mleczarskich, biuro mleczarskie w Wydziale krajowym, oraz kilkaset spółek mleczarskich, zasługuje na wielkie poparcie właśnie ze względu na wysunięcie w niej na plan pierwszy higieny, i w naszem mleczarstwie traktowanej na ogół zanadto po macoszemu. *L. Bier.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Albu. **Leczenie dyetetyczne.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor przechodzi wszystkie obecnie używane rodzaje dyet i wypowiada o nich swe zapatrywanie. I tak przy leczeniu tuczącem przestrzega przed zbyt obfitem podawaniem mleka, zalecając podawać najwyżej 2 litry ze względu na zmniejszanie się wessalności sernika. Przy leczeniu tuczącem u neurasteników poleca zmniejszenie ilości, a nawet usunięcie mięsa. Leczenie dyetą mleczną ze względu na małą zawartość substancyi drażniących radzi stosować tylko przy wrzodzie żołądka, nieżytach jelit, zapaleniu nerek, wreszcie w neurastenii i histeryi; zwraca uwagę na małą stosunkową wartość odżywczą tej dyety (1800 kaloryi). W leczeniu dyetami odtłuszczającemi za niewzruszoną maksymę uważa utrzymanie prawidłowej ilości substancyi białkowych pożywienia, a obniżanie ilości węglowodanów i tłuszczów w równej mierze; płynów obojętnych w miernej ilości nie zabrania. Dyetę odtłuszczającą można przeprowadzić zupełnie dobrze zapomocą dyety roślinnej, nie uciekając się do podawania mięsa. Odmianą dyety roślinnej jest dyeta ziemniaczana. Autor gorąco poleca dyetę roślinną w leczeniu dny i cukrzycy. Małe znaczenie przypisuje kuracyi winogronowej i cytrynowej. Dyetę przeciw cukrzycy, polegającą na zasadzie dyety białkowo-mięsnej, należy stosować okresowo naprzemian z podawaniem chleba razowego, lub co lepiej, pieczywa dla chorych na cukrzycę. Okresy ścisłej dyety białkowo-mięsnej radzi A. w razie potrzeby wzmacniać przez wsunięcie dni głodu lub dni dyety jarzynowej. Tak zwane dyety suche (leczenie bułkami) mają niewielkie znaczenie, a korzystne ich działanie przy obrzękach i przesiękach polega na małej ilości soli w pożywieniu. Ta też dyeta bezchlorkowa cieszy się uzasadnionem uznaniem tak w leczeniu przesięków, jak i padaczki. *Dr Skórczewski.*

Bornstein. **Leczenie dyetetyczne. Rady dla praktyki.** (*Wiener Klinik*, 1907. Z. 9—10). Stosowne odżywianie chorych jest jednym z najdzielniejszych środków leczniczych. Dziwną dlatego też jest rzeczą, że gdy wszędzie w medycynie idzie się z postępem, to w leczeniu dyetetycznem zdarzają się jeszcze poglądy przestarzałe. Tak n. p. ciągle się jeszcze utrzymuje przekonanie,

że pokarm jest tem pożywniejszy, im więcej zawiera białka w postaci mięsa. Ilości białka, uważane dawniej za konieczne do równowagi przemiany materyi, t. j. 130 grm. obliczone przez fizyologów, zostały obecnie zredukowane do 80 grm. nawet dla ludzi ciężko pracujących; przytem niekoniecznie musi to być białko mięsa, lecz także może być białko mleka lub roślinne. Porzucając w zwykłem odżywianiu dawne zapatrywania, należy tem więcej przy tak zwanem odżywianiu sztucznem uwolnić się od dawnych przesądów. Celem podniesienia podupadłego odżywiania podano tak zwane kuracye tuczące, i cóż się przez nie osiąga? Oto to, że waga chorego w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu zwiększa się, a to dzięki wytwarzaniu się tkanki tłuszczowej, która choremu nietylko zupełnie nie jest potrzebna, ale wprost szkodliwa. Dlaczegóż nie starano się postępować inaczej? Oto dlatego, że Voit na zasadzie doświadczeń na psie stwierdził, iż podawanie mięsa nawet w największej ilości nie wpływa zupełnie na polepszenie odżywienia ponad pewną granicę, poza którą pozostawać ma ono już na stałej wysokości. Wszyscy tak w to uwierzyli, że nikt nie śmiał nawet próbować myśleć inaczej. A jednak zapomniano o tem, że pies jest czysto mięsożerny, a człowiek odżywia się pokarmami mieszanymi i dlatego też wyników doświadczalnych wprost z psa na człowieka przenosić nie wolno. Badania nowsze obaliły też zupełnie dogmat Voita i obecnie wiemy, że u człowieka nietylko można, ale wprost najlepiej jest podnosić podupadłe odżywienie przez nadmierne podawanie białka. Tę wielką ilość białka podawać się powinno w ten sposób, by nie zwiększać przytem ilości i nie zmieniać jakości innych zwykłych pokarmów. Białka mięsne, jak peptony, somatoza i t. d., podawane w większych ilościach, drażnią jelita, natomiast nutrozę, (białko mleczne) i aleuronat (białko roślinne) znosi przewód pokarmowy nawet w wielkich dawkach. Znakomicie działa forsowne białkowe odżywianie, gdy dołączymy do niego jeszcze i pracę mięśniową. Następuje wtedy wybitny przyrost wagi i to prawdziwy przyrost białka, a nie rzekomy tkanki tłuszczowej. Przez forsowne odżywianie białkiem nie rozumie B. wcale nadmiernego odżywiania mięsem, to bowiem zawiera w sobie prócz składników pożytecznych także i wiele szkodliwych, powinno się też przy takiem odżywianiu polecać mięso w zwykłej ilości. Zwykle odżywia B. forsownie swych chorych w ten sposób, że w zwykłych pokarmach podaje dziennie 30—50 grm. nutrozy, plasmonu lub sanatogenu. Podobnie działa mleko, ser i jaja. Do tego leczenia dodaje B. z lekarstw żelazo, chininę, a wreszcie zaleca pracę fizyczną w postaci gimnastyki, lżejszej roboty i t. p. Tłuszczów B. spożywać nie zakazuje, o ile chory sam chce je spożywać. Kuracye tak zwane tuczące stosuje B. wyjątkowo wtedy, gdy n. p. chory nagle schudł, lub gdy tkanki tłuszczowej potrzeba w ustroju koniecznie n. p. w leczeniu nerki ruchomej i t. p.

Podobne leczenie stosuje też przy odżywianiu forsownem chorych na cukrzycę. Czasem wzrasta przytem trochę ilość cukru, ale nieznacznie, i chory w miarę odżywiania ma się coraz lepiej. Zupełnie w tymże kierunku radzi B. przeprowadzać leczenie odtłuszczające. Nie należy dążyć do tego, by chorego szybko, a wśród przykrości, pozbawić tkanki tłuszczowej, bo to nic nie pomoże. Chory po leczeniu wraca zaraz uszczęśliwiony do swych dawnych przyzwyczajeń i tyje coraz więcej. Zasadą leczenia odtłuszczającego powinno być, by zaspakajać głód chorych pokarmami, obfitymi ilościowo, a skromnymi jakościowo. W ten sposób chory nie odczuwa przykrości leczenia, a z pokarmów ma niewiele pożytku. Niesłusznie też zakazuje się chorym przy leczeniu odtłuszczającem czarnego chleba, ziemniaków, grochu itd., bo właśnie one zapychają niejako żołądek, a pożytku wiele z nich ustrój nie ma. Wogóle ograniczać należy wprawdzie spożywanie tłuszczów i węglowodanów, ale nie należy spożywania ich zupełnie zakazywać. W ten sposób osiągnąć można zawsze powolne wprawdzie, lecz pewne schudnięcie. B. nie zakazuje też wcale pić chorym wody, a nawet niektórzy polecają obecnie pić dużo wody źródlanej. Zamiast cukru poleca B. używać sacharyny, bo ta z jednej strony zwalnia wyzyskiwanie pokarmów, a z drugiej zmniejsza apetyt. Białko podaje B. obficie przy równoczesnej pracy fizycznej. Białko (nie mięso!) wypiera tu niejako tłuszcz. Bardzo dobre usługi oddają też przy leczeniu odtłuszczającem gorące kąpiele (słoneczne, błotne, fango i t. d.), a wreszcie jod. Energicznych leczeń przetworami gruczołu tarczykowego radzi B. unikać.

Wogóle nie powinno się używać nigdy za dużo mięsa; działa ono nieraz wprost źle, n. p. w skazie moczanowej, w chorobach skórnych przewodu pokarmowego i t. p. Przy przewlekłych zaparciach stolca podawanie małej ilości mięsa, a za to głównie pokarmów roślinnych działa nieraz wprost leczniczo. Podobnie przy wrzodzie żołądka działa mięso szkodliwie, pobudza bowiem wydzielanie się soku żołądkowego. Natomiast białko mleczne i roślinne wiąże kwas solny. *K.*

Schade. **Cukrzyca, a kataliza.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Ciała chemiczne, nieraz pozornie obojętne, które wpływają na szybkość przebiegu odczynu w procesach chemicznych, przyczem same się nie zmieniają i nie zużywają, nazwał Ostwald katalizatorami dodatnimi, jeźli przyśpieszają, ujemnymi, jeźli opóźniają odczyn. Autor stwierdził, że i przy utlenianiu cukru pewne ciała (alkalia, żelazo i t. d.) odgrywają rolę takich katalizatorów, w tym razie dodatnich. I dla innych produktów utleniania węglowodanów znamy katalizatory. Odczyny, które przytem zachodzą, oraz pośrednie ogniwa mają nieraz zupełnie przypominać te, które pod wpływem specyalnych fermentów odbywają się w ustroju. Owe katalizatory mogą wspierać działanie specyalnych fermentów, albo je nawet zastępować. Zjawisko to i wśród naturalnych warunków ma pewne znaczenie; dowodem tego wewnętrzne wydzielanie trzustki, które dla naturalnego biegu sprawy rozpadowej węglowodanów odgrywa niewątpliwie rolę katalizatora. Zdaniem autora zbadanie zjawisk katalizy nie pozostanie bez wpływu na leczenie cukrzycy. *Dr M. Godlewski.*

Prof. Schmidt i Dr Lorisch. **Znaczenie celulozy w przemianie materyi u chorych na cukrzycę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). S. i L. starali się ocenić wpływ podawania celulozy, otrzymanej z wyługowanej i wygotowanej kapusty, u 5 chorych, badając wydalanie azotu w moczu i kale, cukru i acetonu w moczu, acetonu w powietrzu wydychanem. Każdego chorego badano 15 dni; w 5 środkowych podawano celulozę, w 5 pierwszych i 5 końcowych dniach dyetę białkowo-tłuszczową. Stwierdzono u 3 chorych znaczne obniżenie wydalania cukru i acetonu i wzrost ciężaru ciała. S. i L. dochodzą do wniosku, że celuloza nie ma złego wpływu na przemianę materyi u chorych na cukrzycę, że ilość wessanej celulozy jest wcale znaczna, że ona stanowczo wpływa na zaoszczędzenie zużycia tłuszczów. Wreszcie wskazują S. i L. na konieczność stworzenia odpowiedniego przetworu z celulozy, ponieważ przez nich używany przetwór nie odpowiada wszystkim wymaganiom, jest mdły i zawiera zbyt mało celulozy. *Dr Skórczewski.*

G. Schellenberg. **Cukromocz występujący w czasie napadu dnawego u chorego na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 40). S. spostrzegał u chorego na gruźlicę podczas ostrych napadów dnawych z obrzękiem dużego palca u nogi przemijający niewielki cukromocz (0·14—0·7 prc.), ginący wraz z przemijaniem sprawy dnawej. Cukromocz zauważał S. przy dwóch po sobie następujących napadach. *Dr Skórczewski.*

Wierbickij. **Wpływ różnych węglowodanów na cukromocz u chorych na cukrzycę.** (*Izwiest. Imp. Woj. Mied. Akad.* 1907, listopad). Autor badał wpływ ziemniaków, chleba, owsa, mleka, ryżu, jabłek na cukromocz u 4 chorych na cukrzycę. Gdy wskutek stałej ścisłej dyety ilość cukru doszła do stałego minimum, dodawano chorym przez 5 dni do dyety po 45 gramów jednego ze wspomnianych pokarmów. Po 5-dniowej przerwie znowu podawano w ciągu 5 dni inny węglowodan itd. U pierwszego z badanych chorych silniej zwiększył ilość cukru w moczu w ciągu doby na (21,64 gr.) biały chleb, potem ryż (+18,40 gr.), ziemniaki (+12,16), mleko (+9,62), jabłka (+9,45), najmniej owies (+0,32 gr.); cukromocz zwiększał się tak nieznacznie nawet wtedy, gdy podawano dużo owsa, (więcej, niż 200 gr.); takie same wyniki dał owies i w trzecim przypadku; w drugim i czwartym — ilość cukru w moczu nie zmieniała się, albo tylko nieznacznie się zwiększała w porównaniu z dyetą pozbawioną węglowodanów Najlepiej działała owsianka i kisiel owsiany; chleb owsiany działał gorzej. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi W. do następujących wniosków: 1) Różne pokarmy węglowodanowe wywierają niejednakowy wpływ na cukromocz u chorych na cukrzycę. 2) Śród wszystkich węglowodanów zajmuje owies osobne miejsce, gdyż nawet duże dawki węglowodanów, w nim zawartych, nie wywołują zwiększenia cukromoczu w wielu przypadkach cukrzycy. 3) Ta własność owsa wskazuje na różnicę w chemicznej naturze węglowodanów owsa w porównaniu z innymi węglowodanami. 4) Gdy zajdzie wskazanie do podania węglowodanów u chorych na cukrzycę, najlepiej przepisać dyetę owsianą, gdyż owies w większości przypadków wywiera korzystny wpływ na cukromocz i ogólny stan chorego. 5) Żeby owies wywarł dobry wpływ na cukromocz, trzeba koniecznie usunąć zupełnie z dyety wszystkie inne węglowodany. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

J. Heller. **Zmiany w skórze przy „diabète bronzée.“** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 30). Autor dodaje do 32 przypadków, znanych z piśmiennictwa, nowe spostrzeżenie, w którem

w 42. r. ż. wystąpiła cukrzyca, z wysokim odsetkiem cukru w moczu (6%—8%). Dopiero w 70. r. ż. zmarł ten chory wskutek rozwijającej się zgorzeli kciuka nogi lewej wśród objawów śpiączki cukrzycowej. Około 50. r. ż. powstało u chorego ciemne zabarwienie skóry na nosie i policzkach w kształcie motyla, o odcieniu ołowiano-szarym, wpadającym w miedziany. Plama ta ciemniała, gdy chory był podniecony, w ostatnich latach życia nieco była jaśniejsza. Sekcyi H. nie wykonał, jedynie badanie histologiczne zmienionej skóry i to już w 3-cim dniu po śmierci. Zauważył nagromadzenie barwika między komórkami i żółte zabarwienie komórek najniższej warstwy sieci. Prócz tego znajdował w skórze samej komórki, zawierające znaczne ilości barwika. Odczyn żelaza był ujemny. Zauważyć należy, że innych plam barwikowych u chorego nie było. *Dr Skórczewski.*

Grawitz. **O wyleczeniu choroby Addisona i uwagi o jej patogenezie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 27). Przypadek choroby Addisona, opisany przez G., znamionował się obok wielkiego upadku sił, znaczną niedomogą wydzielniczą i ruchową żołądka. Przepłukiwano zatem żołądek rozczynem soli kuchennej i bezpośrednio potem wlewano pożywienie płynne. Z leków tylko kwas solny. Wkrótce polepszył się znacznie stan ogólny i sprawność żołądka. Ostatecznie po dłuższym czasie, pod wpływem leczenia dyetetycznego, unikania wyskoku, podawania HCl i leków trawiennych nastąpiła tak wybitna poprawa, że znamienne bronzowe zabarwienie skóry ograniczyło się do ledwo dostrzegalnych śladów. Utrzymał się jedynie stały brak HCl. Uważając przypadek ten za wyleczony, zastanawia się G. nad tem, jaki wpływ mogłoby mieć takie leczenie na przebieg choroby. Obok przypadków choroby Addisona, w których przy sekcyi nie stwierdzono zmian nadnerczy, spotykamy takie, w których mimo zmian w nadnerczach typowej choroby Addisona za życia nie było. Przypadki te łatwiej zrozumieć od czasu odkrycia tkanek chromochłonnych (chromaffin) w substancyi rdzeniowej nadnerczy, w t. zw. *paraganglia*, n. współczulnym i w gruczole szyjnotętniczym. Działający składnik nadnerczy ma być zawartym właśnie w komórkach chromochłonnych, a w razie zniszczenia tych komórek w nadnerczach występuje przerost innych części układu chromochłonnego. Według Wiesela choroba Addisona polega na pierwotnem schorzeniu układu chromochłonnego, bądź w nadnerczach, bądź w innych jego częściach, a zatem może rozwinąć się przy nietkniętej części korowej nadnerczy, jak również może nie objawić się mimo ich rozległych zmian, jeśli znajdująca się gdzieindziej tkanka chromochłonna działa zastępczo. Wspólnym objawem wszystkich charłactw, połączonych z bronzowem zabarwieniem skóry, są poważne zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Na podstawie swoich spostrzeżeń twierdzi G., że ciężkie zaburzenia trawienia w chorobie Addisona nie są objawem zmian nadnerczy, natomiast przyjąć można, że istnieją przewlekłe zatrucia ze strony przewodu pokarmowego, wywołujące charłactwo z bronzowem zabarwieniem skóry, bez równoczesnych zmian w nadnerczach. Luksch zaś udowodnił, że wskutek różnych zakażeń i zatruć występują w nadnerczach zmiany, niweczące ich czynność, a zatem charłactwa, przebiegające na wzór choroby Addisona, tłómaczyć można przewlekłymi trującymi wpływami na nadnercza, jeśli zaś w tym narządzie są zmiany, to wówczas i czynność innych tkanek chromochłonnych również przez owe trujące wpływy bywa wstrzymana. Tem się tłómaczy, że mimo zdolności tkanki chromochłonnej do odradzania się, tak rzadko zdarzają się wyleczenia w przypadkach rzeczywistej choroby Addisona.

Dr Władysław Kluger.

J. Widal, P. Abrami i M. Brulé. **Odróżnianie kilku typów żółtaczek hemolitycznych przy pomocy krwinek oddzielonych od osocza.** (*Presse méd.* 1907, Nr 81). Na podstawie doświadczeń swoich dochodzą autorowie do następujących wniosków: Badanie oporności krwinek czerwonych pozwala wyróżnić z pośród żółtaczek pochodzenia wątrobnego całą grupę żółtaczek hemolitycznych. Żółtaczka wrodzona, której przyrodę hemolityczną stwierdził Chauffard zapomocą sposobu Vaqueza i Ribierra, nie jest jedyną żółtaczką hemolityczną. Jeśli mierzyć oporność krwinek oddzielonych od osocza, (a nie znajdujących się wśród osocza, jak robiono dotąd), łatwo się wtedy można przekonać, że istnieją jeszcze inne odmiany żółtaczek hemolitycznych wywołanych przez zmniejszoną oporność krwinek czerwonych. Żółtaczki te opisywano dotąd już to jako żółtaczki przewlekłe, przebiegające wśród wielkich obrzęków śledziony (ictère chronique splénomégalique), już to jako niedokrwistości złośliwe z żółtaczką, już to jako żółtaczki ostre zakaźne. W każdym z tych przypadków stwierdzano w pewnych okresach gwałtowny spadek ilości krwinek czerwonych wraz z odczynem szpikowym. Badanie oporności krwinek, dające znacznie lepsze wyniki, o ile się używa krwinek oddzielonych od osocza, pozwoli wyróżnić w grupie ciężkich niedokrwistości te, w których spadek ilości krwinek czerwonych jest wynikiem osłabionej ich oporności. Żółtaczka wrodzona zdaje się być wynikiem wrodzonego osłabienia oporności krwinek; oporność krwinek może jednak osłabnąć i później już u człowieka dorosłego. U jednej z chorych, spostrzeganych przez autorów, żółtaczka trwała lat 5, i przez cały czas spostrzegania zdołali autorowie zawsze wykryć osłabienie oporności krwinkowej, u drugiej zaś chorej osłabienie oporności znikało równocześnie z ustąpieniem żółtaczki. Różne te odmiany żółtaczek hemolitycznych, różne pochodzeniem, mają jedną cechę wspólną: osłabienie oporności krwinek czerwonych.

Stahr.

Kentzler. **W sprawie aglutynacyi grupy prątków duru i prątków okrężnicy u chorych, dotkniętych żółtaczką.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 44). Badania przeprowadził K. w 30 przypadkach żółtaczki różnego pochodzenia zapomocą sposobu Ruedigera, t. j. makroskopowej aglutynacyi hodowli bulionowych 24-godzinnych, zabitych formaliną. Z badań tych wynika, że 1) w surowicy chorych, dotkniętych żółtaczką, nie ma swoistych aglutynin durowych, 2) w surowicy żółtaczkowej nie ma też aglutynin dla pokrewnych gatunków bakteryi, 3) w razie aglutynacyi, występującej przy żółtaczce, należy szukać przyczyny w jakiemś lekkiem nierozpoznanem zakażeniu durowem, które poprzedzało choćby dość dawno żółtaczkę. Badania K. dały wynik ujemny co do pytania, czy przez sposób powyższy dojść można do wyjaśnienia przyczyny żółtaczki nieżytowej i kamicy żółciowej. *Dr Blassberg.*

Mendelsohn. **Zatrucie gałką muszkatołową.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). W obu przypadkach autora zażyli chorzy gałkę muszkatołową (*semen myristicae*) w proszku wskutek rady partaczy. Dawka w obu przypadkach: 3 gałki. W pierwszym przypadku zauważył M. silną duszność, obniżenie pamięci, rozszerzenie źrenic, w drugim podniecenie, drżenie rąk i zamroczenie świadomości; w obu przypadkach tętno małe, szybkie. Po 1—2 dobach objawy zatrucia ustąpiły.

Dr Skórczewski.

Feldmann. **O leczeniu zatruć lyzolem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 1). Przypadki zatruć lyzolem, w których zatruty nadużył przedtem wyskoku, przebiegają znacznie łagodniej i z tego też powodu poleca F. podawać większe dawki wyskoku jeszcze przed przystąpieniem do płukania żołądka, na co zwykle potrzeba pewnego czasu. Po wypłukaniu zaś należy podać choremu 1—2 kieliszków koniaku. W warunkach zwykłych 10—20 grm. lyzolu jest dawką śmiertelną. *K.*

Loeffler i Rühs. **Leczenie doświadczalnej świdrowicy** (*tse-tse*). (*Deutsche med. Wochs.* 1908, 1). Pewne wyleczenie świdrowicy, wywołanej doświadczalnie, można uzyskać przez równoczesne podanie wewnętrzne dużej dawki kwasu arsenawego i wstrzyknięcie podskórne atoksylu. Trujące działanie kwasu arsenawego i atoksylu nie sumuje się. Korzystne wyniki można także otrzymać przez podanie wewnętrzne kwasu arsenawego i równoczesne wcieranie kwasu arsenawego w postaci maści wasenolowej przez skórę. Leczenie takie nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem i dlatego nadaje się do praktyki. Spostrzeżenia, poczynione na arsenofagach i zwierzętach, pozwalają mieć nadzieję, że przez wewnętrzne podanie kwasu arsenawego można będzie uzyskać pewny sposób zapobiegawczy przeciwko zakażeniu świdrowcami. *Pisarski.*

Michael i Beuttenmüller. **Przyczynek do zbioru objawów Adams-Stokesa.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 46). Klasyczne objawy tej choroby, zwolnienie tętna i napady padaczkowate, były w przypadku M. i B. bardzo wybitne. Tętno uderzało średnio 31 razy na minutę, podczas napadów zaś opadało do 16 na minutę. Napady padaczkowate pojawiały się 20—30 razy na dzień. Zapomocą rentgenoskopii można było stwierdzić, że każdemu uderzeniu tętna w tętnicy sprychowej odpowiadał skurcz komór, pomiędzy zaś dwoma uderzeniami tętna, przy zupełnym spokoju komór kurczyły się przedsionki 2—3 razy. M. i B. przypuszczają, że w przypadku tym chodziło o prawdziwą dyssocyacyę skurczów między komorami, a przedsionkami, a nie o wypadnięcie niektórych skurczów komór. Przyczynę upatrują w miażdżycy tętnic. *Pisarski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 15. stycznia 1908.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Uchwalono zmianę statutu, stosownie do uchwaly, powziętej już raz w d. 16. I. 1907 w sprawie przyjmowania do Towarzystwa lekarzy wojskowych, Polaków (por. »Przegląd lek.«, 1907, Nr 5, str. 59).

3) Przyjęto do wiadomości następujące sprawozdanie sekretarza stałego, kol. Prym. Zygmunta Wachtla:

»Towarzystwo liczyło z końcem r 1906: członków czynnych 173, korespondentów 52, honorowych 16. Lista członków czynnych zwiększyła się w ciągu r. 1907 o 16. Członkiem honorowym zamianowało Towarzystwo w wymienionym roku Dra Heliodora Swięcickiego w Poznaniu. Wystąpiło z Towarzystwa wskutek przesiedlenia się 6 członków, z pozostających w Krakowie wystąpiło dwóch. Zmarło członków zwyczajnych trzech i jeden członek honorowy. Liczyło więc Towarzystwo z końcem roku 1907 — 177 członków.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo lekarskie 24, z tego 2 administracyjne, 21 naukowych, jedno żałobne z powodu śmierci ś. p. Henryka Jordana, jedno uroczyste z okazyi przyjazdu Prof. Dra Bylickiego, prezesa Wydziału gospodarczego X. Zjazdu lek. i przyr. polskich, ze Lwowa. Na posiedzeniach naukowych odbyły się 21 odczyty i 63 demonstracye. Zebrań koleżeńskich odbyło się 7, prócz tego kilka zebrań towarzyskich we wtorki. Przeciętna liczba członków, na posiedzenia uczęszczających, dochodziła cyfry trzydziestu, procent w porównaniu z ilością członków dość mały, co tem bardziej uderza, ile że w roku minionym zajmowało się Towarzystwo lekarskie szeregiem spraw dla ogółu lekarzy nadzwyczajnie ważnych, a zmierzających do poprawy wadliwych stosunków sanitarnych. Szereg posiedzeń poświęciło Tow. lek. sprawie poprawy szpitalnictwa galicyjskiego. Kwestyę tę poruszył i wyłuszczył w bardzo wyczerpującej pracy kol. Prof. Ciechanowski; za jego też inicyatywą i głównem jego staraniem został wypracowany memoryał do Sejmu, mający na celu zwrócenie uwagi miarodajnych czynników na rażące braki w szpitalnictwie. Za inicyatywą Tow. krak. wniosły podobne memoryały do Sejmu: Izby lek., Wydziały lekarskie, Towarzystwo lekarzy galicyjskich, tudzież Tow. Samopomocy. Dalszą kwestyą, przez Towarzystwo w tym roku poruszoną, była sprawa położnych. Jaskrawe braki i nienormalne stosunki zostały należycie skreślone przez kol. Piotrowskiego, który wraz z komisyą, w tym celu wybraną, opracował szereg wniosków do Sejmu, mających na celu sprawę tak ważną raz nareszcie na lepsze pchnąć tory. Sam projekt znany jest czytelnikom »Przeglądu lekarskiego«. Sprawa państwowej ustawy o chorobach zakaźnych była również przedmiotem bardzo ożywionej dyskusyi. Projekty zasad ustawy przeciw chorobom zakaźnym nie uwzględniały prawie zupełnie stosunków galicyjskich, to też na wniosek kol. Prof. Browicza i Ciechanowskiego przesłało Towarzystwo prośbę do Rządu krajowego o zwołanie w tej sprawie ankiety lekarskiej, w skład której wchodziliby członkowie Rady zdrowia krajowej, wydziałów i towarzystw lekarskich, w celu ułożenia projektu ustawy, któraby uwzględniała odrębne stosunki galicyjskie. Kwestyą, będącą jeszcze w toku, jest poruszona przez Tow. sprawa przystąpienia do naszego Towarzystwa lekarzy wojskowych, Polaków, garnizonu krakowskiego«.

4) Skarbnik kol. Doc. Dobrowolski przedstawił sprawozdanie kasowe. Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum i uchwalono wyrazić mu podziękowanie za znakomite prowadzenie spraw.

5) Przyjęto do wiadomości następujące sprawozdanie bibliotekarza, kol. Flisa:

»Jako członek komisyi bibliotecznej w roku 1906 miałem sposobność przekonać się, że stan faktyczny biblioteki nie zupełnie zgadza się z inwentarzem. Z chwilą objęcia obowiązków bibliotekarza uważałem za konieczne sporządzić nowy inwentarz według druków przezemnie podanych. Ponieważ przy wpisywaniu do nowego inwentarza każdego dzieła należało sprawdzać, czy ono istotnie w bibliotece się znajduje i czy katalog kartkowy się zgadza, była to więc praca duża i powolna. Do końca roku zdołałem zaledwo dział A, t. j. dzieła i rozprawy zinwentować. W nowym inwentarzu przeprowadzono ściśle jednolitą zasadę numerowania zbiorów, t. j. że pod jednym Nrem wpisywano jedynie jedno dzieło. Dotyczy ta różnica głównie broszur balneologicznych. Obecnie zajęty jestem kollacyonowaniem nowego inwentarza, a po skończeniu tej czynności nastąpi inwentowanie zbiorów nie wpisanych. Obecny inwentarz ma dotąd 6,211 numerów. Pozostaje nadto: 1) Sprawdzenie inwentarza działu B, t. j. czasopism, i równoczesne sporządzenie katalogu kartkowego braków, dotąd jako inwentarz C prowadzonego. 2) Uporządkowanie i uzupełnienie inwentarza działowego. 3) Sporządzenie katalogu kartkowego dubletów, których sporo biblioteka posiada, a za które czy drogą sprzedaży, czy wymiany, mogłaby wiele innych dzieł nabyć. Jest to praca, która na jakie 2 lata liczoną być musi.

W roku bieżącym po częściowem tylko, w sprawozdaniu wspomnianem, uporządkowaniu biblioteki, okazała się już szczupłość miejsca.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« jak zawsze, tak i w r. b. zasilała bibliotekę znaczną ilością czasopism i dzieł, za co jej zasłużone wyrazy podzięki się należą.

Z biblioteki wypożyczało w r. b. 21 członków Towarzystwa i 2 nieczłonków; razem 23. Wypożyczono ogółem 65 dzieł i czasopism. Nadto kilkunastu kolegów korzystało z biblioteki w lokalu Towarzystwa.

Na zakończenie sprawozdania parę słów o czytelni. Obecny sposób przechowywania czasopism powinien być zmieniony. W ciągu roku bowiem wiele czasopism ulega dekompletacyi. Należy koniecznie sprawić szafę zamykaną, a w czytelni pozostawiać jedynie ostatni numer czasopisma«.

Na wniosek kol. Prof. Ciechanowskiego uchwalono wyrazić kol. Flisowi podziękowanie za gorliwe starania około uporządkowania biblioteki.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administratora »Przeglądu lekarskiego«, kol. Wojciechowskiego, wyrażając zarazem na wniosek kol. Prym. Borzęckiego podziękowanie Administracyi i Redakcyi.

7) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Administracyi »Słownika lekarskiego«, przedstawione przez kol. Prof. Ciechanowskiego i Wojciechowskiego. Towarzystwo zdołało upłacić w r. 1907 dalszą część długu za druk Słownika.

8) Komisye przemysłowo-lekarska i higieniczna nie mogły z powodu choroby głównych członków zarządu złożyć sprawozdań.

9) Ustępujący prezes, kol. Prof. Rosner, oddając urzędowanie w ręce swego następcy, kol. Prym. Borzęckiego, nakreślił w gorąco przyjętem przemówieniu ogólny obraz stanu i działalności Towarzystwa, oraz najbliższych jego zadań.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie d. 2. grudnia 1907.

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. J. Roblem p. t.: **Studya nad chlorofilem.**

Autorowie wykazują, że t. zw. feofetyna Willstätera jest identyczna z ciałem, dawno już otrzymanem przez Schuncka i Marchlewskiego przez działanie niewielkich ilości kwasu solnego na surowe roztwory chlorofilowe w alkoholu. Produkt ten autorowie obecnie nazywają filogenem i podają jego własności chemiczne i fizyczne. Filogen pod wpływem stężonego kwasu solnego przemienia się w filoksantynę i filocyaninę, lecz nie zawiera tych ciał w stanie gotowym, co można było udowodnić zachowaniem się eterowych roztworów filogenu z jednej strony, a filocyaniny i filoksantyny z drugiej do rozcieńczonych kwasów solnych o różnem stężeniu.

Czł. J. Nusbaum przedstawia pracę p. A. W. Jakubskiego p. t.: **Badania nad zrębem (neuroglią) układu nerwowego pijawek.**

W skład tkanki gliowej u pijawek wchodzi stała liczba komórek glio wych, o położeniu, wielkości i kształcie stałym dla każdego gatunku. Przeprowadzając badania porównawcze, przekonał się autor, że pewne części układu nerwowego są zaopatrywane w tkankę gliową przez włókna określonych komórek gliowych. Tak rusztowanie spoidła i nerwu Faivrea tworzą wyrostki komórek spoidłowych, ułożone w promieniste przegrody. Nerw Faivrea u Gnathobdellidae wchodzi cały w skład spoidła,

u Rhynchobdellidae zaś łączy się zapomocą wązkiego (do 5 μ) mostka gliowego. W masie ośrodkowej zwoju biegną wyrostki komórek środkowych, których kształt u różnych grup pijawek jest różny. Podobnie różna bywa i ilość wyrostków. U Gnathobdellidae połączenie gliowe masy ośrodkowej i spoideł występuje nader słabo; u tej grupy bowiem nasady spoideł są podzielone na pęczki przez wypustki neurylemy. U Rhynchobdellidae, gdzie nie ma tego rozpadu spoideł, włókna gliowe masy ośrodkowej i spoideł na całej szerokości tych ostatnich ze sobą się łączą. Komórki Leydiga tworzą rusztowanie gliowe dla nerwów bocznych. Wzajemne łączenie się tych włókien z włóknami masy ośrodkowej występuje w sposób, opisany wyżej dla spoidła. W odróżnieniu od komórek gliowych wyżej opisanych, w których ciele znajduje się gęsta sieć włókien gliowych, komórki pakietowe nie wykazują tej sieci. U Gnathobdellidae tworzą one niewielką ilość włókien gliowych, u Rhynchobdellidae brak tych ostatnich, natomiast plazma ich ulega przemianie drobnosiateczkowej.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie d. 24. stycznia 1908.

Po przemówieniu nowowybranego przewodniczącego, nakreślającem program pracy w Towarzystwie w roku bieżącym i po zawiadomieniu o przyjęciu nowych członków, zamianowano członkiem honorowym byłego dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie, Dra Bol. Głowackiego.

1) Prof. Dr Mars przedstawia: *a*) chorą, u której w 6 tygodni po porodzie powstało **ropienie w prawem więzadle okrągłem.** Rozpoznanie napotykało z początku na pewne trudności, dopiero przez wystąpienie kiełbasowatego, wzdłuż kanału pachwinowego biegnącego, chełbocącego obrzęku i po wybadaniu trąbki tejże strony, rozpoznanie zostało ustalone. Po nacięciu ropnia sprawa wkrótce się zagoiła. Ropienie więzadła okrągłego należy do spraw nader rzadkich. *b*) Preparat **ciąży jajowodowej,** pochodzący z chorej, która w 9. miesiącu ciąży po ustaniu ruchów płodu zgłosiła się do kliniki. Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, a przy operacyi znaleziono łożysko przyczepione do końca jajowodu, płód w jamie brzusznej z poszarpanemi błonami i dużą ilością smółki. Wyjęto, co się dało, ranę częściowo zaszyto i założono setony. Chora ma się obecnie dobrze. *c*) Preparat **ciąży śródmiąższowej** (*gr. interstitialis*) z chorej, która przed rokiem zaczęła rodzić, t. j. wody odeszły, płód zaś został. Brzuch się zwiększał. Po roku zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną i wykonano amputacyę nadpochwową. Przypadek ciekawy dlatego, że mimo donoszonego płodu nie nastąpiło tu pęknięcie, co prawie z reguły zdarza się przy tego rodzaju ciąży.

2) Dr Czyżewicz jun. przedstawia chorą ze **zmiękknieniem kości,** będącą w 7. mies. ciąży. Przy przyjęciu stwierdzono znaczną bolesność dotykową kości, szczególnie miednicy i żeber, niemożebność wykonywania ruchów, szczególnie chodzenia. U chorej stosowano **wstrzykiwania podskórne adrenaliny** z początku po 0,0001 raz dziennie, następnie dawkę zwiększano aż do 0,001. Z początku występowały po wstrzyknięciu bole głowy, zaczerwienienie twarzy i silne napięcie tętna; objawy te później nie występowały, aż dopiero po 3 tygodniach (przy dawce 0,014), — wówczas wstrzykiwań zaprzestano. Stan podmiotowy chorej polepszył się o tyle, że bole kości ustąpiły, chora jednak nie chodzi. Pomiary miednicy stwierdzają jej rozszerzenie.

3) Dr Groebel przedstawia chorą również ze **zmiękknieniem kości** (nie przechodziła ciąży), u której w celu leczniczym stosowano **adrenalinę** w jednorazowej dawce pół cm³ rozczynu 1:1000. Wybitniejszego odczynu nie zauważono. Obecnie bole ustąpiły i można stwierdzić polepszenie. Podobny mniej więcej wynik zauważono u drugiej chorej.

W dyskusyi zabiera głos Prof. Dr Szpilman i omawia ze stanowiska anatomii porównawczej podobną sprawę chorobową u bydła, łamliwość kości, występującą często w czasie posuchy, zdaje się, z powodu braku soli wapniowych w paszy. Podawanie soli w paszy bywa wówczas bardzo skuteczne. — Dr Skałkowski, zaznaczając, że zmiękknienie kości pozostaje niewątpliwie w związku z ciążą, sądzi, że przyczyną utrudnionego chodzenia są przedewszystkiem bole. Co do możliwego rozszerzenia miednicy przytacza przypadek, w którym chora po trzykrotnem cięciu cesarskiem, czwarty raz sama urodziła. Jest zwolennikiem wytrzebienia. — Dr Bocheński nie przypisuje adrenalinie w zmiękknieniu kości działania leczniczego i zwraca uwagę na niebezpieczeństwo jej stosowania. Jeżeli jest jakieś polepszenie, to jest to zasługą dobrych warunków higienicznych i lepszego pożywienia klinicznego. Przy zmiękknieniu kości działa dobrze fosfor. — Doc. Sołowij na podstawie własnego doświadczenia uważa również fosfor za środek dobry; rozszerzenie miednicy, o którem wspomina Czyżewicz, jest, zdaje się, następstwem leżenia. — Dr Nowicki uważa adrenalinę za środek nie bardzo bezpieczny. Dla zwierząt, jak stwierdził z kol. Hornowskim, jest adrenalina niewątpliwie trująca, a nawet niejednokrotnie wywołuje śmierć nagłą. Dłuższy czas stosowana śródżylnie wywołuje adrenalina charakterystyczne zmiany anatomiczne u królików: przerost serca i zmiany w tętnicy głównej. — Prof. Gluziński podnosi z naciskiem to trujące działanie wyciągów z nadnerczy i to na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach jeszcze w r. 1893; zaznacza przytem, że nie jest ono jednakie u wszystkich zwierząt. — Dr Pisek nie widział dodatnich wyników działania adrenaliny przy krwotokach wewnętrznych (dur brzuszny); przy stosowaniu zewnętrznem, gdzie lekarz użył przy krwotoku nosowym tamponów adrenalinowych, wystąpiły alarmujące objawy. *Witold Nowicki.*

† Dr Ignacy Lemberger.

Z polskiej rodziny, urodzony w Pradze czeskiej 19. XI. 1865, ukończył ś. p. Ignacy Lemberger niższe gimnazyum w Krakowie i obrawszy zrazu zawód farmaceutyczny, uzyskał 1. VII. 1886 w Uniwersytecie Jagiellońskim dyplom magistra farmacyi. W tymże roku objął stanowisko asystenta w zakładzie chemii ogólnej, kierowanym wówczas przez ś. p. prof. Czyrniańskiego, a potem przez prof. Olszewskiego. Na tem stanowisku pracując przez lat osiem, do końca września 1894, złożył wśród tego egzamin dojrzałości w r. 1892 i rozpoczął studya lekarskie. W toku tych studyów przeniósł się na stanowisko demonstratora, a później (1896) asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej, gdzie pracując pod kierunkiem prof. Gluzińskiego, a następnie prof Kleckiego, prowadził dział chemiczny aż do r. 1898. W r. 1897 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Od jesieni roku 1898 pełni znów przez szereg lat obowiązki asystenta w zakładzie farmakologii i farmakognozyi, kierowanym przez prof. Łazarskiego; wreszcie 1 lutego 1900 obejmuje samodzielne kierownictwo miejskiej pracowni chemicznej w Krakowie. Przez cały czas wieloletniej działalności na stanowisku asystenta uniwersytetu oddaje się ś. p. Lemberger z wielkim zapałem pracy naukowej, której owocem były następujące, drukiem ogłoszone dzieła i rozprawy:

»Podręcznik do jakościowego rozbioru chemicznego do użytku w pracowni«. Kraków, 1892.

(Gluziński i Lemberger) »O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi« (Przegląd lek. 1896, po niemiecku 1897).

(Gluziński i Lemberger) »O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi«. (Rozprawy Wydziału mat. przyr. Akademii Umiej. 1897, w tymże roku po niemiecku).

»Przyczynek do sprawy wchłaniania w przewodzie pokarmowym w przebiegu podostrego nieżytu jelitowego« (Przegląd lek. 1897).

»Rozbiór chemiczno-bakteryologiczny wód studziennych miasta Krakowa« (1899).

»Skład chemiczny troponu i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego« (1899).

»O kłączu gorzknika kanadyjskiego i jego płynnych wyciągach« (1899).

»Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego i leczniczego (IX. Zjazd lek. i przyr. polsk. 1900).

»O sposobach badania roślinnych leków surowych i środków spożywczych« (Czas. Towarz. aptek. 1900).

(Wachholz i Lemberger) »Jak długo daje się wykazać tlenek węgla po śmierci we krwi zaczadzonych« (IX. Zjazd lek. i przyr. polsk. 1900).

»O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt« (Polsk. Arch. nauk biol. i lek. 1901).

(Wachholz i Lemberger) »Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla« (Nowiny lek. 1902).

»O związkach saponinowych« (Przegl. lek. 1905).

»Kreseptol, septosol i litantrol« (Tamże).

»O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie« (Nowiny lek. 1905).

»Czy można zastąpić wody mineralne naturalne sztucznemi?« (Medycyna 1905).

»O mieszaninie kamfory z fenolem« (Przegl. lek. 1906).

»O jadach zwierzęcych« (Tamże).

»Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej«. Kraków, 1907, 2 tomy.

W r. 1900 mianował Wydział lekarski ś. p. Lembergera docentem farmakognozyi i mikroskopii środków spożywczych, a przed rokiem wniósł do ministerstwa o mianowanie Go profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu. Nominacyi tej już ś. p. Lemberger niestety nie doczekał....

Z samego suchego zestawienia dat z życia ś. p. Lembergera wyczytać nietrudno, że życie nie upływało Mu na różach. Trzeba było żelaznej iście wytrwałości, pracowitości mrówczej, niestygnącego zapału do nauki, by tak, jak On, w warunkach bardzo trudnych, o własnych tylko siłach, wśród mozolnej troski o byt, zdobywać umiłowaną wiedzę, by obok żmudnych, wielogodzinnych zajęć asystenta w pracowni chemicznej, zdobyć się na badania naukowe i pracę piśmienniczą. Wśród kilku pokoleń lekarskich, które przesunęły się przez pracownię prof. Czyrniańskiego i Olszewskiego, żyje wdzięczne wspomnienie życzliwości, wyrozumiałości i niewyczerpanej cierpliwości, z jaką ś. p. Lemberger każdemu z uczniów spieszył z pomocą, wyjaśnieniem i radą. O gorliwości i ścisłości ś. p. Lembergera w wypełnianiu obowiązków świadczy działalność Jego na stanowisku chemika miejskiego, której częściowem tylko odbiciem jest sama już ogromna liczba osobiście przez niego wykonywanych badań przetworów spożywczych i t. p., wymieniana corocznie w Sprawozdaniach krajowej Rady Zdrowia. Na tem stanowisku był bezwątpienia jednym z najczynniejszych i najużyteczniejszych członków miejskiego urzędu zdrowia. Praca komisyi przemysłowo-lekarskiej w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, której przez lat wiele był członkiem, spoczywała w bardzo znacznej części na Jego barkach, a rozległe wiadomości specyalne w połączeniu z ogólnem wykształceniem lekarskiem i wielką sumiennością jednały Mu powszechne zaufanie.

Wytężonej, nieprzerwanej, a żmudnej pracy nie podołał wątły ustrój. Raptownie rozwijająca się gruźlica przecięła w pełni lat pasmo pracowitego żywota. Oddany całkowicie swym zajęciom, nie szukający rozgłosu, niemal usuwający się umyślnie w cień, pogodnego i spokojnego zawsze usposobienia, szerszym kołom mało znany, szedł ś. p. Lemberger cicho przez twarde życie i zgasł równie cicho. Zmarł 25 stycznia 1908, osieracając żonę i czworo dzieci.

W gronie kolegów i rówieśników, którzy ś. p. Lembergera bliżej znać mieli sposobność, budzi śmierć Jego przedwczesna głęboki żal po zacnym koledze i dobrym człowieku.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. W sekcyi, poświęconej sprawom bytu lekarzy, toczyły się w d. 22. I. 1908 w dalszym ciągu rozprawy nad możliwością ustalenia minimalnej taksy lekarskiej. Obecne minimalne wynagrodzenie internistów (1 rb. za poradę w domu, 2 rb. za wizytę na mieście) odpowiada ledwie taksie, przewidzianej w ustawie lekarskiej z r. 1848, gdy tymczasem ceny utrzymania podniosły się od tego czasu conajmniej trzy, a nawet czterokrotnie. Ustawa z r. 1848 wyznacza nadto osobne, dość wygórowane wynagrodzenie za przejazd poza 1 wiorstę, za wszelkie świadectwa, a nawet listy w sprawie chorych, które dziś wszystkie bezpłatnie bywają załatwiane. Rolę filantropów odziedziczyliśmy po lekarzach z owych czasów, kiedy wszelkie posady były obsadzone przez lekarzy Polaków, którzy prócz aureoli, przywiązanej do zaszczytnego stanowiska, pobierali wynagrodzenie, które dziś jeszcze nazwaćby można hojnem (np. asystent oddziałowy prócz mieszkania i wiktu pobierał 6000 złp. rocznie). Lekarze nietylko mogli, ale nawet mieli obowiązek być filantropami względem społeczeństwa, gdyż rząd zapewniał im życie bez troski o byt materyalny. Dziś warunki zmieniły się całkowicie. Lekarz powinien pozbyć się przyzwyczajeń, które uchodzą za zaletę, a są właściwie jego wadą, powinien wyzbyć się roli rzekomego filantropa, a być filantropem jedynie przez dobrą, umiejętną i sumienną pracę. Wynagrodzenia należy żądać śmiało i na właściwych warunkach, ze względu nietylko na własny byt materyalny, ale i przez wzgląd na innych, głównie młodszych kolegów i przez wzgląd na przyszłość medycyny, która rozwijać się może jedynie wtedy, gdy lekarze będą mieć zapewniony byt materyalny. Obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej ludności ubogiej powinien ciążyć na państwie i społeczeństwie, a nie wyłącznie na lekarzach. Po dłuższej dyskusyi, w której zabierali głos J. Zawadzki, W. Janowski, T. Heiman, Karczewski, Mucha i inni, wybrano komisyę, która ma na przyszłem posiedzeniu przedstawić projekt minimalnej taksy za porady w chorobach wewnętrznych.

Na temże posiedzeniu odczytano list jednego ze związków zawodowych w Warszawie, który chciałby korzystać z pomocy lekarskiej, udzielanej przez członków Stowarzyszenia, na dogodnych dla siebie warunkach. Obecni, zważywszy, że podobne układy stanowi lekarskiemu korzyści zapewnić nie mogą, postanowili odpowiedzieć, że Stowarzyszenie jednolitych warunków, obowiązujących wszystkich członków Stowarzyszenia przedstawić nie może, natomiast gotowe jest ułożyć umowę dotyczącą li tylko pewnej ściśle wymienionej grupy lekarzy. *W. K.*

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy w d. 26. I. 1908 pod przewodnictwem I. wiceprezesa Dra Damskiego uchwaliło poprawki nowego statutu, konieczne ze względów formalnych. *R.*

Z Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy. W dniu 25. I. 1908 odbyło się w lokalu Towarzystwa we Lwowie (ulica Szeptyckich l. 19, I. p.) w obecności c. k. notaryusza p. Nartowskiego, II. Walne Zebranie definitywnie zgłoszonych członków nowozawiązującego się Tow. Wzaj. Pom. lekarzy galic. we Lwowie. — Przewodniczył Zebraniu Dr Mieczysław Sołtysik, sekretarzem zaś był Dr Praschil, obaj ze Lwowa. — Dotychczas zgłoszono 153 deklaracyi przystąpienia do Towarzystwa. Na Zgromadzeniu obecnych było razem z gośćmi ze świata lekarskiego osób 30, między tymi zaś 15 członków ze Lwowa, jeden ze Stryja, jeden z Kałusza; ośmiu członków z prowincyi nadesłało pełnomocnictwa do głosowania. — Obrady zagaił Dr A. Wątorek, wyjaśniając, iż nowozawiązujące się Towarzystwo, będące w istocie swojej Stowarzyszeniem zaliczkowem z ograniczoną poręką, przez utworzenie w funduszu rezerwowym funduszu zapomogowego, przy pomocy rocznych obowiązkowych wkładek od każdego udziału, nabiera cech Towarzystwa filantropijnego. — Przez wprowadzenie zaś przymusu asekuracyjnego dla członków, stwarza dla nich surogat funduszu emerytalnego, który z czasem, gdy Towarzystwo się rozwinie, łatwo da się zamienić na statutowo uregulowany fundusz emerytalny lekarski, ułożony na wzór urzędniczy. — Następnie rozwinęły się rozprawy nad sposobem użycia funduszu zapomogowego, oraz nad określeniem wysokości jednego udziału w Towarzystwie, a gdy zupełne porozumienie się co do tych dwóch spraw nastąpiło, przystąpiono do szczegółowego odczytania statutu, a to celem ustalenia stylizacyi poszczególnych paragrafów. — Po przeczytaniu statutu wszyscy obecni członkowie podpisali protokół, sporządzony przez notaryusza, a Walne Zebranie zleciło mu uchwalony statut bezzwłocznie podać do Sądu handlowego do zarejestrowania. *Dr Wątorek.*

Komitet frysztacki organizacyi śląskiej *nadesłał nam z prośbą o ogłoszenie następujące:*

Ostrzeżenie.

Wydziały gmin Piotrowice i Piersna, w starostwie frysztackiem na Śląsku austr. (w Cieszyńskiem), wypowiedziały z uderzającą co do godziny jednomyślnością i nie mając żadnego słusznego powodu, posady lekarza gminnego i oglądacza zwłok Drowi Henrykowi Kłuszyńskiemu, lekarzowi w Piotrowicach, który te obowiązki przez 7 lat prawie bezinteresownie sprawował. Ponieważ jest prawdopodobnem, że gminy te w następstwie mają zamiar zwabić do Piotrowic drugiego lekarza, przeto podaje się do wiadomości kolegów, że Piotrowice liczą 1300 mieszk., nader rozrzuconych na obszarze 9 klm.², a Piersna oddalona od Piotrowic $2\frac{1}{2}$ klm. 500 mieszk. na 5 klm.². Ludność w obydwu gminach składa się wyłącznie z ubezpieczonych robotników górniczych i fabrycznych, oraz z małych niezamożnych rolników, a więc z praktyki prywatnej nie można się wiele spodziewać,

tembardziej, że obie gminy leżą tuż przy granicy cesarstwa niemieckiego, skąd lekarze także sprawiają konkurencyę; z dotychczasowych dochodów posady w tych gminach 400 i 50 K. odpada 150 K. na koszta jazdy. Kasy chorych są nie do oddania, dlatego owe posady gminne są nie do utrzymania, tembardziej, że Dr Kłuszyński pozostaje nadal na miejscu. Wzywa się przeto kolegów, aby o wyżej podane posady się nie ubiegali.

Za komitet frysztacki:
Dr Wacław Olszak, Dr Kazimierz Michalik.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega przed ubieganiem się o posady w Steyr, w Jagenbach (pow. Zwettl), w Ramsau (pow. Heinfeld) bez porozumienia się z Prezydyum Związku. Prezes: *Dr Janeczek.*

Szybki przyrost lecznic prywatnych udziałowych (sanatoryów) w Wiedniu (w r. b. ma powstać naraz pięć), uważa »Wiener med. Wochs.« (3) za znamienną cechę niekorzystnych stosunków zarobkowych wśród lekarzy, stając zresztą wobec tych zakładów na stanowisku dość pesymistycznem. Albobowiem lecznica jest tania, ale wtedy nie może zapewnić chorym dostatecznego komfortu, a właścicieli naraża na straty, albo dostarcza odpowiednich wygód, ale wtedy musi być droga i nie może mieć wielkiego powodzenia. — Trudno osądzić, o ile uwagi te odnieść się dadzą do stosunków u nas, gdzie również w ostatnich czasach (we Lwowie i w Krakowie) powstały lub powstać mają liczne lecznice spółkowe i udziałowe. *R.*

Sprawa lekarzy szkolnych rozpatrywana była 13. i 20 I. 1908 w »Austryackiem Towarzystwie badania dzieci« w Wiedniu, przyczem Dr Dehne podał ciekawe wyniki działalności lekarzy szkolnych, utrzymywanych w Berndorf kosztem fabryk Kruppa. I tak np. stwierdzono, że 10 prc. dzieci, świeżo do szkół przyjętych, należałoby wyłączyć (z powodu nieuleczalnych chorób itd.), a aż do 58 prc. poddać stałemu nadzorowi lekarskiemu. Dr Dehne sądzi, że lekarze szkolni powinniby badać wszystkich uczniów najmniej raz na półrocze. — Ciekawsze jeszcze były wywody prof. Eschericha, podającego, że z chorób zakaźnych są tylko odra, kur i ospa wietrzna chorobami »szkolnemi«, nie są zaś niemi płonica, krztusiec i błonica. Zdaniem prof. E. nie może lekarz szkolny prawie niczem przyczynić się do zwalczania ostrych chorób zakaźnych (?), chybaby codzień badał wszystkich uczniów; natomiast dużo może nadzór lekarski zdziałać w zwalczaniu gruźlicy w szkole. W dalszych rozprawach w dniu 20. I. mówił m. i. Doc. Kunn o chorobach oczu u dzieci szkolnych, zbijając utarte mniemania o »krótkowidztwie szkolnem«. Dr Aberle, omawiając ortopedyę w szkole, zwrócił uwagę, że prócz złych ławek i złego siedzenia wpływa szkodliwie na kręgosłup także noszenie torby z książkami na jednem zawsze ramieniu i żądał współdziałania lekarzy szkolnych z nauczycielami i rodzicami.

Od Nowego Roku 1908 poczęło obowiązywać w Londynie nowe prawo o szkołach ludowych. Według tego prawa muszą być wszystkie dzieci przy przyjęciu do szkoły, przy jej opuszczeniu i przynajmniej raz w ciągu roku szkolnego zbadane przez lekarza obwodowego (z pomocą specyalistów); a badanie to »nie ma dostarczać tylko danych statystycznych«, ale ma się na niem opierać zapobieganie chorobom, zwalczanie ich, nadzór nad zdrowiem dziatwy szkolnej, także i poza szkołą. Coprawda, wykonanie tego niewątpliwie dobrego prawa pozostawiono, zwyczajem angielskim, władzom miejscowym (samorządnym), nie zawsze mającym dostateczne środki. *R.*

Pomnożenie ćwiczeń cielesnych w szkołach było przedmiotem obrad ankiety ministeryalnej w sprawie reformy szkół średnich w Austryi w d. 25. I. 1908. Zdania o tem były dość rozbieżne: gdy jedni (prof. Hueppe, dyr. gimn. Thumser, prof. Wegscheider) oświadczyli się za tem, aby gimnastyka była obowiązkową we wszystkich szkołach średnich, to drudzy występowali znów przeciw obowiązkowym zabawom ruchowym (insp. Scheindler, naucz. gimnastyki Lukas). *R.*

Fizyczne wychowanie dzieci w Warszawie. Z końcem r. z. dobiegło 5 lat działalności ogrodów im. Raua; sprawozdanie z tego okresu ogłasza Dr Rottermund w »Zdrowiu« (Nr 1.). Ogrody miały wielką frekwencyę; do maja 1907 dobiegła ona 1,748.913! W jednym ogrodzie bawiło się latem dziennie od 198—284 dzieci; ogrodów było czynnych z początku 6, potem 12, obecnie tylko 8. Całkiem do celu zastosowanych (kryte schronisko, boiska, przyrządy) ogrodów jest 4. Zabawy ruchowe odbywały się bądź jako dowolne (bez osobnego zapisywania dzieci), bądź jako »zapisowe« (dla stałych uczestników); prócz tego prowadzono w ogrodach gimnastykę, śpiewy, naukę pływania i kąpiele (w 4 latach 128,860 kąpieli). Zabawy zimowe weszły na tor prawndłowy dopiero w roku 1906 (z bezpłatnej ślizgawki korzystało. np. 43,631 dzieci). Również w r. 1906 uregulowano sprawę kształcenia odpowiednich kierowników zabaw. Ksozt zabawy jest stosunkowo nieznaczny; na jedno dziecko wypadało w r. 1903 11,18, groszy, w r. 1906 — 6,36 groszy. *R.*

Wzajemne zawiadamianie się władz pogranicznych o chorobach zakaźnych (cholera, mór, gorączka żółta, błonica, czerwonka, dur, ospa, płonica, a w razie nagminnego wybuchu także odra, gorączka połogowa, krztusiec i jaglica) ułożyły między sobą Niemcy i Belgia w ugodzie z 1. IX. 1907. *R.*

Międzynarodowy Urząd zdrowia w Paryżu, utrzymywany wspólnym kosztem 13 państw, które zawarły odpowiednią umowę w Rzymie 9. XII. 1907, ustanowiony został na lat 7 z milczącem przedłużeniem na dalszych 7 lat. Do umowy nie przystąpiły ani Austro-Węgry, ani Niemcy. Dotacya roczna tego urzędu wynosi 150,000 fr. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19. do 25. I. 1908 doniesiono o 66 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: pow. Czortków (Kossów 2), Dobromil (Jamna dolna 3), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 21), Jarosław (Jarosław 1, Tuchla 9, Miękisz nowy 2), Kałusz (Dobrowlany 1), Lisko (Lisko 4), Przeworsk (Mokra strona 1, Przeworsk 4), Rawa (Korczów 1), Skałat (Połupanówka 5, Krasne 2, Skałat 3, zachorował lekarz pow. Dr Janikiewicz), Tłumacz (Jezierzany 7), o 10 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Gromiec 7, Czerna 3) i o 7 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Stanisławów (Zabereże 7). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19 do 25. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 6; zmarło osób 53 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 15 (2), zapalenia płuc 12 (2), płonicy 2 (2), krztuśca 1, duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. I. 1908 zgłoszono przypadków: odry 1, płonicy —, duru brzusznego 2 † 1, błonicy 4, krztuśca 1 † 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. do 25. I. 1908 było przypadków: błonicy 11 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 38 † 2 (2 † —), ospy 6, płonicy 47 † 5 (6 † —), odry 15 (2), duru brzusznego 6 † 1 (4 † 1). czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapalenia opon 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 29. I. posiedzenie, na którem: 1) Dr Korolewicz mówił o najnowszych próbach krwi (papierki benzydynowe, aloinowe i próba Schlesinger-Holsta), 2) Dr Szurek zdawał sprawę z wyników organoterapii przetworami Poehla, 3) Doc. Dr Seńkowski wykładał o ultramikroskopii i badaniu w ciemnem polu.

— Na opróżnione stanowisko prymaryusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza rozpisał Wydział krajowy konkurs z terminem do d. 15 lutego 1908, a kierownictwo oddziału powierzył tymczasowo sekundaryuszowi Dr Kwiatkowskiemu.

— Wydział krajowy, uwalniając z d. 31. I. b. r. Dra Waleryana Macudzińskiego od obowiązków Dyrektora szpitala w Jaśle i przenosząc go na własne jego żądanie w stały stan spoczynku, wyraził mu przytem »zupełne uznanie za długoletnią służbę i okazywaną gorliwość o dobro powierzonego jego kierownictwu szpitala«.

— Wszystkim prenumeratorom »Przeglądu lekarskiego« rozesłany już został bezpłatnie IV. zeszyt I. tomu »Rocznika lekarskiego«, obejmujący następujące prace: 1) Dr K. Orzechowski: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy ostrej obok uwag o obumieraniu komórek nerwowych i ich jąder. 2) Dr Pisarski: Wpływ zatrucia fosforem na składniki krwi u ludzi i zwierząt.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Kostrzewski, rodem z Krakowa.

— Towarzystw, opiekujących się chorymi i udzielających zapomóg, jest w Krakowie aż 115 z 28.091 członkami (katolików 15,993, izraelitów 12,098).

— Potrzeba lekarza na ważny kresowy posterunek narodowo-społeczny. Zgłoszenia do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 17. I. 1908 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd złożył sprawozdanie z czynności w r. z. Posiedzeń odbyło się w r. 1907 24, z nich jedno uroczyste. Najliczniejsze były wykłady i demonstracye z zakresu chirurgii (26), potem z zakresu chorób wewnętrznych (15), dalej ginekologii (9). Z ważniejszych wydarzeń podaje sprawozdanie: zawiązanie się w Towarzystwie sekcyi otolaryngologicznej, obchód trzydziestolecia Towarzystwa, akcyę około usamodzielnienia Tow. i budowy własnego domu, oraz uznanie »Tygodnika lek.« za organ Towarzystwa. Liczba członków wzrosła w ciągu roku z 203 na 219. Dochody Towarzystwa wynosiły około 4,000 K; rachunki zamykają się deficytem 125 K. Komisya sprawozdawcza przesłała za r. 1906 — 144 streszczeń prac polskich do roczników Virchowa; opracowało je 17 kolegów pod przewodnictwem Prof. Becka.

— Prof. Dr Antoni Gluziński odznaczony został orderem żelaznej korony III kl.

— Do Sejmu kandydują z lekarzy, prócz wymienionych poprzednio: dotychczasowy poseł Dr Wurst w Kałuszu, Dr Ozarkiewicz w powiecie lwowskim.

— W klinice chirurgicznej lwowskiej wakuje posada elewa rządowego z płacą 600 K rocznie.

Warszawa. Z objęciem szpitali przez miasto ożywiło się zajęcie się tymi zakładami i rozprawy publiczne nad ich udoskonaleniem, skupiające się głównie w wydziale szpitali warsz. Towarzystwa higienicznego. Zastanawiano się tam niedawno nad organizacyą opieki nad przewlekle chorymi, których usunięcie ze szpitali przysporzyłoby w szpitalach miejsca. Dr Bychowski doradzał oddawanie takich chorych w opiekę rodzinom (patronage). Pomysł ten, podniesiony także w dziennikach przez Dra St. Łagowskiego, spotkał się z krytyką zarówno w Towarz. higienicznem, jak i w prasie lekarskiej (»Medycyna i Kronika lek.«), gdyż w naszych stosunkach opieka rodzin (włościańskich) nad chorymi byłaby zupełnie niedostateczną: jedynem rozwiązaniem sprawy jest stopniowe tworzenie odpowiednich przytułków, przyczem nie należy się łudzić, by przez to szpitale zyskały zbyt wiele miejsca, gdyż i dziś znajduje się w nich niewielu tylko chorych przewlekle lub nieuleczalnie. »Gazeta lek.« (2) porusza sprawę odpowiedniego wynagrodzenia lekarzy szpitalnych, otrzymujących dotąd śmiesznie małą płacę (według norm z r. 1842! ordynatorowie po 300 rb. rocznie), a przeważnie pracujących nawet zupełnie bezpłatnie. Ponieważ miasto nie zamyśla o usunięciu tej anomalii, przeto lekarze powinni sami energicznie się o swe prawa upomnieć.

— Budżet szpitala w Tworkach, obecnie zarządzanego oddzielnie (przez gubernialną Radę dobr.) obliczono na r. 1908 w dochodach na 220,170 rb., w wydatkach na 322,190 rb.

— Miejska pracownia higieniczna, od kilku lat zaniedbana i źle pomieszczona, została przeniesiona do pawilonu, zbudowanego przez miasto na Krakowskiem Przedmieściu, gdzie łatwiej oddawać będzie odpowiednie usługi (badanie środków spożywczych). Pracownią zarządza lekarz-bakteryolog, mający do pomocy 2 chemików. Na pracownię tę wydaje miasto tylko 2,480 rb. rocznie; posiada ona cenną bibliotekę i przyrządy wartości 10,000 rb.

— Sekcya kąpieli szkolnych, której przewodniczy zasłużony na polu działalności higienicznej Dr J. Tchórznicki, zdołała w r. b. uwieńczyć swe dzieło, zapewniając kąpiele i reszcie dziatwy szkolnej, dotąd z nich nie mogącej korzystać. Obecnie rozporządza sekcya 15 kąpieliskami w szkołach, fabrykach i t. d. dla wszystkich 12,900 dzieci, uczęszczających do 215 szkół warszawskich: każde dziecko może się raz na miesiąc wykąpać.

— Nakładem księgarni M. Arcta, znanej z tanich wydawnictw popularnych, rozpoczął wychodzić popularno-naukowy miesięcznik: »Nauka dla wszystkich« (rocznie kosztuje 75 kop.), mający objąć także dział higieniczny.

— Towarzystwo higieniczne w Płocku urządza park Jordanowski.

Z różnych stron. I. międzynarodowy Zjazd laryngo-rynologiczny wraz z obchodem ku czci Türcka i Czermaka odbędzie się w Wiedniu 21—25. kwietnia b. r. Oprócz 55 zgłoszonych do końca grudnia wykładów (m. i. Herynga i Sędziaka z Warszawy) obejmuje program zjazdu 6 referatów, przyczem zaznaczyć należy, że dwa referaty oddano przedstawicielom nauki polskiej. Referaty będą następujące: 1) Ogólne leczenie cierpień górnych dróg oddechowych (Semon z Londynu). 2) Laryngologia i rynologia z ogólno-lekarskiego stanowiska (Fränkel z Berlina i Lermoyez z Paryża). 3) Leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych (Gleitsmann z N. Yorku i Heryng z Warszawy). 4) Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze promieni Röntgena i radu w laryngologii i rynologii (Burger z Amsterdamu i Gradenigo z Turynu). 5) Związek chorób nosa i jamy nosowogardłowej z chorobami oczu (Onodi z Pesztu i Kuhnt z Królewca), 6) Międzynarodowe zjazdy laryngo-rynologiczne (Jurasz). Prezesem Komitetu zjazdu jest Prof. Chiari (Wiedeń I, Bellariastrasse 12), sekretarzem Prof. Grossmann (Wiedeń, IX, Garnisonsgasse).

— Redakcye węgierskich pism lekarskich utworzyły »Związek prasy lekarskiej węgierskiej« celem podniesienia poziomu i znaczenia tej prasy. Prezesem związku, który przystąpił jako sekcya do międzynarodowego Związku prasy lek., wybrano Prof. Lenhosseka.

— Znany miliarder Rockefeller ofiarował założonemu przez siebie w r. 1901 w Nowym Jorku «Institute for medical Research« znowu 5 milionów dolarów. Wspominając o tem i o darach bogaczy angielskich i rosyjskich dla uniwersytetów i instytucyi humanitarnych, utyskuje »Deutsche med. Wochenschrift« (Nr 4), że w Niemczech niema równie hojnych ofiarodawców na te cele.

— Ogólny nadzór zakładów sanitarnych we Francyi przyłączył minister Clemenceau do głównej inspekcyi administracyjnej ministerstwa spraw wewnętrznych (stwarzając w ten sposób stosunki podobne do austryackich).

— Dziełko Dra A. Godlewskiego z Paryża p. t.: »Les neurasthénies« doczekało się drugiego wydania.

— Wspominaliśmy swojego czasu o niejakim Sollierze, który ofiarował Radzie m. Paryża milion franków pod warunkiem utworzenia komisyi, złożonej z laików, a nadzorującej działanie lekarzy, operacyi w szpitalach i t. d. Agitacyi za przyjęciem tego daru zdołał położyć kres dyrektor głównego zarządu szpitali paryskich, Mesureur, zażądawszy od Solliera dowodów, że ofiarodawca.... istotnie posiada ów przyrzeczony milion. Żądanie to odparł Sollier z oburzeniem, a tymczasem wyszło na jaw, że posiada on.... tylko niepopłacone długi i bardzo mętną przeszłość.

Mianowani: Dr Ancel profesorem anatomii, a Dr Bouin profesorem histologii w Nancy, Dr Gaudier profesorem chirurgii dzieci w Lille.

Powołani: ginekolog Prof. Sarvey z Rostocku do Erlangen, Prof. paryskiego Wydz. lek. M. Gley na katedrę biologii w »Collège de France«.

Zmarli: ginekolog Prof. Schwing w Pradze;

Dr Antoni Jelenkiewicz w 59 r. ż. i Dr Feliks Ficki w 54 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: (Prace z zakładu farmakologicznego Uniw. lwowskiego): *a)* Popielski: 1) O wpływie peptonów na czynność serca. 2) O fizyologicznem działaniu i chemicznych własnościach wyciągów z treści i ścianek jelit. 3) Adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi. »Tyg. lek.« 1907. 4) Üb. d. physiol. Wirkung u. chemische Natur des Sekretins. »Ztbl. f. Physiol.« 1906. 5) Die Sekretionsthätigkeit der Bauchspeicheldrüse unter dem Einfluss von Salzsäure u. Darmextrakt. »Arch. f. d. ges. Physiol.« 1907. *b)* Mazurkiewicz. 1) Über d. Einfluss d. Pankreassaftes auf den Blutdruck etc. »Ztrbl. f. Phys.« 2) Die festen Bestandtheile des Bauchspeichels und die Theorie der Sekretionsthätigkeit des Pankreas. *c)* Modrakowski: Beiträge zu den antagonistischen Alkaloidwirkungen auf. die Drüsen. »Arch. f. d. ges. Physiol.« 1907. — Bogdanik: 1) O zapaleniu otrzewnej. »Tyg. lek.« i »Wr. med. Presse.« 1907. 2) Przyczynek do podskórnych obrażeń cewki moczowej. »Tygodnik lek.« 1907. — Ehrenpreis: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. »Now. lek.« 1907. — Barzycki: Pouczenie dla mieszkańców Szczawnicy o środkach dla zwalczania gruźlicy. (Krosno 1907).

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w ostatnim tygodniu grudnia 1907 i w styczniu 1908: *Gazeta lekarska Nr 50—52 (1907), 1—3 (1908):* Zawisza: Leukocyty w moczu chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowo-płciowych. Otto: Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki (dok.). Kramsztyk: Maślanka jako pokarm dla niemowląt (dok.). Heiman: Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego (dok.). Wretowski: O inoskopii. Pruszyński: Teorya jonów i jej zastosowanie w medycynie (dok.). Dłuski i Rospędzikowski: Badania krwi według metody Arnetha u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego. Pawiński: O przyczynach błędnego rozpoznania zwężenia otworu żylnego lewego. Kopeć i Zembrzuski: O metodzie Pirqueta w zastosowaniu u dzieci. — *Medycyna*

Nr 52: Koenigstein: Zarośnięcie kostne tylnego nozdrza. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Uniwersytetu warszawskiego (c. d.). — *Kronika lekarska Nr 24:* Biehler R.: Przypadek trądu nerwowego (dok.). Jaworski J.: O stosunku akuszerek do publiczności. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—3:* Landau i Halpern: Przyczynek do badań nad składem chemicznym płynu mózgowo-rdzeniowego. Szmurło: Przypadek rany postrzałowej ucha i okolicy czołowej, zakończony wyzdrowieniem. Bychowski: Z badań nad odruchami. Korybut-Daszkiewicz: Kompres własnego pomysłu na klatkę piersiową u dzieci. Łapiński: Przypadek przewlekłego zatrucia chloralhydratem. — *Tygodnik lekarski Nr 1—4:* Popielski. O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań. Herman: Z kroniki Tow. lekarskiego lwowskiego. L. Rydygier: 1) Kilka krótkich uwag odnośnie do pierwszego dziesięciolecia lwowskiej kliniki chirurgicznej. 2) O sposobie leczenia ran w naszej klinice. A. Rydygier: Leczenie twardzieli nosa i gardła zapomocą promieni Roentgena. Jedlicka: Przyczynek do przeszczępiania mięśni. Selzer: O wyborze najodpowiedniejszego cięcia do appendektomii. Ostrowski: Przyczynek do etyologii t. zw. »przepuklin bocznych brzucha«. Biernacki: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach z powodu laktobacyllin Miecznikowa. Kośmiński: O postępowaniu przy porodzie wobec znacznego ścieśnienia miednicy. — *Nowiny lekarskie Nr 1:* Klecki: Gruźlica u psa. Palmirski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej. Hornowski: O przeroście i rozroście gruczołów śluzowych oskrzeli przy przewlekłych cierpieniach miąższu płucnego. Czyżewicz jun.: Kilka uwag w sprawie częstości powstania i kierunku szypuły guzów jajnika i przyjajnika. Żołątkowski: W kwestyi rozpoznawania obecności glisty dżdżownicowatej u dzieci. Ehrenpreis: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. Kaliciński: O prostym sposobie hodowania anaerobów w pożywkach płynnych. — *Postęp okulistyczny Nr 12:* Wicherkiewicz: Wysokie stopnie niezborności po operacyi zaćmy. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 12:* — Prof. V. Janovsky. Bukovsky: Adenoma sebaceum. — *Kronika dentystyczna Nr 1:* Gońka: W sprawie plomb krzemowych. Leyzerowicz: Torbiel okostnowo-zębowa górnej szczęki. — *Głos lekarzy Nr 1—2:* Mikołajski: 1) 30-lecie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. 2) Z przeszłości Tow. lek. lwowskiego. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). 4) Związek lekarzy rządowych w Galicyi. Bogdanik: W sprawie bojkotu narodowego. — Tow. wzajemnej pomocy lekarzy. Podlewski: W sprawie bojkotu narodowego. Chrząszczewski: Wspomnienie pośmiertne. — Ustawa emerytalna dla lekarzy gminnych w Austryi dolnej. Fels: Aforyzmy lekarskie.— *Zdrowie Nr 12 (1907), 1 (1908):* Rottermund: Stan ogrodów im. Raua po 5 latach istnienia. Kozłowski: Zasady prowadzenia zabaw i innych zabiegów w ogrodach im. Raua. Wernic: Stan zdrowotny domów kary. — *Przegląd higieniczny Nr 1:* Opieński: O epidemiologii błonicy od czasu leczenia surowicą i nowoczesnych środkach zwalczania błonicy. Szpilman: II kongres międzynarodowy higieny mieszkań (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 5. lutego o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Dr Steuermark: *a)* Przedstawienie przypadku mięsaka wyleczonego promieniami Roentgena. *b)* Przedstawienie przyrządu Jakscha do naświetlań promieniami X w chorobach wewnętrznych. 2) Doc. Dr Chlumsky: O działaniu gimnastyki szwedzkiej przy bocznem skrzywieniu kręgosłupa (*scoliosis*).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Dążności chemii farmaceutycznej, by wyosobnić skuteczny składnik korzenia kozłkowego, doprowadziły do wytworzenia przetworów, zastępujących nalewkę kozłka (*valeriana*). Według ostatnich badań, zajmuje pod tym względem »valofin« stanowisko pierwszorzędne (Berdies, Mollweide, Podlousky, Flesch i i.), a to nietylko z powodu szybkiego i pewnego działania (przy neurastenii, połowiczym bolu głowy i t. d.), lecz także z powodu dobrego smaku, właściwego temu przetworowi, co było poprzednio, jak wiadomo, zawsze tylko *pium desiderium*. Autorowie opierają to zapatrywanie na licznych spostrzeżeniach. *S. W.*

Validol (Dr Stekel, »Medizinische Klinik« 1907, Nr 35 i 36) oddaje przy leczeniu nerwowego uczucia bojaźliwości dobre usługi, nawet w cięższych przypadkach. Stekel podawał zazwyczaj 10—15 kropel zawsze z pomyślnym skutkiem. Wogóle validol dzięki swym pobudzającym własnościom wywołuje u wielu chorych uczucie wielkiego przybytku sił. *Zmr.*

Gonosan (Dr Deschamps, »Revue de thérapeutique« 1907) stosowany w 12 przypadkach wiewióra, spowodował w 10 bardzo szybko (2—3 dni), zmniejszenie bolu przy wzwodzie i oddawaniu moczu. W niektórych przypadkach powikłań pęcherzowych gonosan wpływał również dodatnio. W jednym z dwóch przypadków, gdzie gonosan okazał się bezskutecznym, stwierdzono jako przyczynę tego zaburzenia żołądkowe. *Ll.*

Benzosalin (Dr Weinberg, »Wien. klin. ther. Wochens.« Nr 51, 1906) stosowano ze skutkiem w ostrym gośćcu stawowym nawet z wysoką gorączką i bolesnym obrzękiem stawów. W grypie z gorączką i nieżytem nosa ustępowały szybko poty i gorączka i następowało rychłe wyzdrowienie. Na bole działa benzosalin energiczniej niż inne środki. *Hf.*

Novargan (Dr Lemonon, »Provinc. medic.« 1907, Nr 8). Środkiem tym leczył Lemonon wiele świeżych przypadków wiewióra z wielkiem powodzeniem. Najczęściej wstrzykiwał 2—3% rozczyn 2—3 razy dziennie. Podrażnienia i bolu przytem nie było. Równoczesne płukanie nadmanganianem potasu w stosunku 1:4000 okazało się dobrem. Działanie na dwoinki zadawalniające. *Hf.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 8. lutego 1908. **Nr 6.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Pharyngitis keratosa punctata [1]).

Podał

Dr A. Januszkiewicz (Kijów).

Za temat do dzisiejszego odczytu posłużyły dwa spostrzegane przezemnie przypadki rzadkiej choroby gardła, znanej w piśmiennictwie lekarskiem zaledwie od 1873 r. dzięki berlińskiemu specyaliście chorób gardła B. Fraenklowi [2]), który pierwszy przypadek taki opisał w krótkiej i skromnej wzmiance pod nazwą »Gutartige Mycose des Pharynx«. Następni badacze, zależnie od tego lub owego poglądu na etyologię sprawy i charakter zmian anatomiczno-patologicznych, dają swoje nazwy, dzięki czemu cierpienie, mało na ogół znane, posiada kilka nazw, mianowicie: *Mycosis tonsillaris benigna* (B. Fraenkel [2]), *Pharynxmycosis leptotricia* (Heryng [3]), *Algosis s. phycosis faucium leptothricia* (Jakobson [4]), *Hyperkeratosis lacunaris* (Siebenmann [5]), *Angina leptotricia* (Heindl [6]) i *Pharyngitis keratosa punctata* (Wysokowicz [7]), Klinicznie znamionuje się omawiane cierpienie wystąpieniem na rozmaitych częściach błony śluzowej gardła i krtani wyrośli wielkości mniej więcej główki od szpilki, koloru białego lub szarawo-żółtawego, często z połyskiem perłowym. Wyrośle te mają rozmaity kształt: guziczków, kolców krótkich i długich, kulek, osadzonych na szypułce i t. p. Zbitość tych wyrośli jest znaczna, odpowiadająca tkankom zrogowaciałym; daje się to łatwo zauważyć przy dotykaniu, a także przy wyrywaniu ich, co wymaga użycia pewnej siły i sprawia znamienne trzaskanie. Wyrośle te występują najczęściej na migdałkach, na nasadzie języka, tylnej i bocznej ścianach gardła, łukach podniebiennych, języczku, w jamie nosowogardłowej, zaś znacznie rzadziej bywają zajęte więzadła nalewkowonagłośniowe i struny głosowe, rzekome i prawdziwe. Błona śluzowa na zajętej przestrzeni zwykle wygląda prawidłowo, rzadziej bywa wyraźnie zaczerwieniona. Chory może nic nie wiedzieć o swojem cierpieniu i sprawa zostaje wykryta wypadkowo, częściej jednak dolegliwości w postaci drapania, pieczenia i słabego bolu przy połykaniu zmuszają chorego do szukania porady lekarskiej. Ciepłota ciała na początku i przez cały czas trwania sprawy bywa prawidłowa i tylko wyjątkowo spostrzegano przypadki o przebiegu ostrym gorączkowym (Sędziak [8]). Zaburzeń ogólnych w większości przypadków nie bywa wcale, a jeśli się one zdarzały, to u chorych, u których dłużej trwająca sprawa, nie ustępująca często nawet najenergiczniejszemu leczeniu, fatalnie wpływała na stan psychiczny, wywoływała bezsenność, utratę łaknienia i upadek sił. Typowy przykład takiego przebiegu daje historya choroby kolegi Dębickiego, który zachorował w r. 1874, kiedy cierpienie to szerszemu ogółowi lekarzy nie było jeszcze znane, więc dawało szerokie pole do rozmaitych, często najgorszych przypuszczeń [9]). Kobiety podlegają tej sprawie częściej, niż mężczyźni, przytem z zamożniejszej klasy i przeważnie między 20. i 35. rokiem życia. Zależność od tych lub owych czynników usposabiających nie została dowiedzioną. W tej sprawie zrobił ciekawe spostrzeżenie W. Phillips [10]), jakoby sprawa ta *(mycosis tonsillaris benigna)* zdarzała się najczęściej u młodych amatorek kotów, psów i koni. Sprawa trwać może kilka lat, z trudnością daje się leczyć, może zaś ustępować sama przez się.

Zgodnie z wynikami patologicznoanatomicznych badań Heryng a [9]), a zwłaszcza Siebenmanna [11]) i Wysokowicza [12]), istota sprawy polega na tem, że w fałdach błony śluzowej (zatoki *(cryptae)* migdałków, brodawki okolone języka) powstają zbite rogowate wyrośle, które występując na powierzchnię błony śluzowej i przybierając rozmaitą postać, stwarzają wyżej opisany, znamienny obraz kliniczny. Czopki te mają układ warstwowy, ponieważ powstały ze zrogowaciałych i zlanych ze sobą komórek nabłonka, ukła-

[1]) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy polskich w Kijowie 14/27. listopada 1907.

[2]) B. Fraenkel: Gutartige Mycose des Pharynx. Berl. klin. Wochens. 1873, str. 94.

[3]) Heryng: Grzybica gardzieli włoskowcowa. Gaz. Lek. 1884, str. 163. Ueber Pharynxmycosis leptothricia. Zeitschr. f. klin. Medic. T. VII. 1884, str. 358.

[4]) Jakobson: Algosis faucium leptothricia. Wracz T. VI. 1885 str. 435.

[5]) Siebenmann: Ueber Verhornung des Epithels im Gebiet des Waldeyerschen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharynxmycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris). Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. T. II. 1894, str. 365.

[6]) Heindl: Therapie d. Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.

[7]) Wysokowicz: Pharyngitis keratosa punctata. Virchows Archiv T. 189, 1907, str. 275.

[8]) Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych. Kronika Lek. 1905, str. 482.

[9]) Heryng: l. c. str. 164.

[10]) Sędziak: l. c. str. 458.

[11]) L. c.

[12]) L. c.

dających się warstwami. Tak więc, istotę sprawy stanowi chorobowo dokonujące się rogowacenie, przekraczające granice prawidłowego rogowacenia błon śluzowych, a zarazem odbywające się inaczej niż na skórze, gdzie zrogowaciałe komórki tracą spójnię i łuszczą się. Według wyjaśnienia Prof. Wysokowicza[13]) rogowacenie powstaje tu w głębszych warstwach nabłonka (*str. lucidum*) wcześnie, przyczem komórki nie tracą spoistości i połączone, tworzą wyrośle na wzór nagniotków.

Wobec tego, że zwykłem siedliskiem rogowatych wyrośli są zagłębienia błony śluzowej, wynika pytanie, czy mogą te wyrośle powstawać i na gładkiej jej powierzchni. Pytanie to powinno być rozstrzygnięte twierdząco na podstawie tych przypadków, gdzie sprawa, rozszerzając się znacznie, zajęła łuki podniebienne, języczek, rzekome i prawdziwe struny głosowe, a także na podstawie badań Herynga[14]) i innych[15]).

Należy przytem zaznaczyć, że przestrzeń, która może być zajmowaną przez te rogowate wyrośle, znajduje się ściśle w granicach wielowarstwowego nabłonka płaskiego, a jeśli w liczbie blizko 200, podanych w piśmiennictwie[16]), przypadków tego cierpienia znajdujemy podany przez Cobba i Dublera[17]) przypadek przejścia sprawy na błonę śluzową tchawicy, to jedyny ten przypadek rozstrzygającego znaczenia mieć nie może i powinien uledz ścisłej krytyce.

W sprawie etyologii omawianego cierpienia panuje niezgoda. B. Fraenkel[18]) znalazł w pierwszym swoim przypadku, opisanym, jak wyżej wspomniałem, w r. 1873, w chorobowych wyroślach migdałków, ziarenkowce i rozmaitej długości ruchliwe prątki. Prof. Klebs[19]), z którym spotkał się w Maryenbadzie w 1875 r. gnębiony swoją tajemniczą chorobą kolega Dębicki, zajął się nieznaną mu dotychczas sprawą i, zbadawszy złogi, znalazł grzybki, które uznał za włoskowca jamy ustnej (*leptothrix buccalis*). Włoskowca też w obfitości znajduje B. Fraenkel[20]) w drugim swoim przypadku w 1880 r. Następnie Bagińsky[21]), Gumbinner[22]) i Bayer[23]), badając powierzchowne wytwory chorobowe z gardła swoich chorych, znajdują tegoż samego pasorzyta. Mimo to, dopiero pierwszy Heryng[24]), zbadawszy patologicznoanatomicznie zajęte wyroślami tkanki u kilku ze swoich siedmiu chorych, znajduje włoskowca jamy ustnej w głębokich warstwach złogów, w ścisłym z nimi związku, opiera na tem przypuszczenie, że przyczyną choroby jest włoskowiec, i zamiast nazwy B. Fraenkla[20]): *mycosis tonsillaris benigna*, wprowadza nową, zawierającą w sobie pojęcie o pierwiastku etyologicznym: *pharynxmycosis leptothricia*. Wielu późniejszych autorów, a na ogół większość, widzi zgodnie z Heryngiem[24]) we włoskowcu jamy ustnej przyczynę omawianego cierpienia, chociaż dokonane przez Herynga i innych szczepienie na zwierzętach nie miało żadnego skutku.

Pomimo tego zdania większości, niektórzy (Raugé, Hemmenvay, Passer i Tidswell[25]) gotowi są tu obwiniać i rozmaite inne drobnoustroje jamy ustnej.

E. Fraenkel[26]) wspólnie z Sadebeckiem znaleźli w złogach długie prątki (nici), nazwane przez nich z powodu szczególnego układania się: *bacillus fasciculatus*.

Niektórzy badacze, jak Kelly[27]), Kyle[27]), a także Prof. Wysokowicz[28]), nie w każdym badanym przypadku znajdowali włoskowca jamy ustnej.

Toeplitz[29]), Hugguet[29]) odrzucają całkiem rolę bakteryi w tem cierpieniu.

Siebenmann[30]) w bardzo poważnej, opartej na 6 przypadkach pracy, dowodzi, że przyczyną powstawania złogów jest tylko nadmierne chorobowe rogowacenie nabłonka, że bakterye nie grają tu czynnej roli i, zgodnie z tem, daje cierpieniu nową nazwę: *hyperkeratosis lacunaris*.

Wysokowicz[28]), zbadawszy 5 przypadków i opisawszy bardzo szczegółowo patologicznoanatomiczne zmiany, określa cierpienie jako miejscowe nadmierne wytwarzanie nabłonka przy nieznacznych zmianach zapalnych i daje mu swoją nazwę: *pharyngitis keratosa punctata*. W skrawkach drobnowidowych znajduje Wysokowicz włoskowca jamy ustnej tylko w trzech z pięciu swoich przypadków, w każdym natomiast znajduje »między zrogowaciałemi warstwami nabłonka wielką ilość znamiennie wyglądających prątków, prawie w czystej hodowli.... Prątki te w głąb prawidłowej tkanki nie wnikają, a znajdując się na jej powierzchni, muszą oczywiście wywoływać swymi wytworami nadmierne rogowacenie« [31]). Prątki te Prof. Wysokowicz nazywa *bacillus keratosus* i opisuje je w następujący sposób: »Prątki niewielkie, przypominające prątki błonicze, trochę od nich cieńsze, to proste, to zlekka zgięte, najczęściej ziarniste, niektóre maczugowato zakończone. Prątki te barwią się dobrze sposobem Grama. Hodowle na agarze pozwoliły przekonać się, że są to szczególnego rodzaju drobnoustroje, w prawidłowych warunkach w jamie ustnej nie znajdowane i dotychczas nie opisane« [32]). (Dok. nast.)

[13]) L. c.
[14]) L. c.
[15]) Według Sędziaka l. c. str. 429.
[16]) Piśmiennictwo w sprawie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych do 1905 r. zebrał i przytoczył Sędziak w swej wyżej wspomnianej pracy. W piśmiennictwie polskiem, oprócz poważnej podstawowej pracy Herynga (l. c.) znajdujemy opisane przypadki grzybicy przez W. Ołtuszewskiego (Gazeta Lekarska 1888, str. 83) i J. Patermana (Gazeta Lekarska 1891, str. 345).
[17]) Według Sędziaka l. c. str. 480.
[18]) L. c.
[19]) Klebs: Ueber einige Mykosen der Mundhöhle. Archiv. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1875.
[20]) L. c.
[21]) Bagińsky: Protocoll der Berl. med. Gesellschaft v. 17. Mai 1876 według Jakobsona l. c.
[22]) Gumbinner: Berliner Dissertation 1883.
[23]) Bayer: Deux cas de Mycosis tonsillaire. Revue mens 1883.
[24]) L. c.
[25]) Według Sędziaka l. c. str. 428.
[26]) E. Fraenkel: Ueber ein Fall von Mycosis tonsillaris. Zeitschr. f. klin. Med. T. VI. 1882. str. 288.
[27]) Według Sędziaka l. c. str. 429.
[28]) L. c.
[29]) Według Sędziaka l. c. str, 428.
[30]) L. c.
[31]) Wysokowicz l. c str. 280 i 281.
[32]) Wysokowicz l. c. str. 277.

Z problemów klinicznego nauczania położnictwa i ginekologii.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład wstępny w d. 15. XI. 1907).

(Ciąg dalszy)

Ale powracam do mojej tabliczki. Od środka znieczulającego, który ma być stosowany podczas prawidłowego porodu żądam:

1) żeby nie był niebezpieczny dla życia rodzącej,

2) żeby nie zagrażał życiu płodu.

3) iżby nie wywierał niekorzystnego wpływu na siłę skurczów macicznych i przez to nie opaźniał porodu i nie narażał kobiety na następstwo t. zw. niedowładu macicy, n. p. krwawienia w trzecim okresie,

4) żeby kobiety nie pozbawiał świadomości,

5) żeby go można bez obawy dopóty stosować, dopóki kobieta nie urodzi,

6) aby użyciu jego nie towarzyszyły niemiłe uczucia lub objawy, jak n. p. nudności, ból głowy, wymioty i t. d.

7) ażeby działanie jego było pewne, t. j. żeby ile możności jak najrzadziej narażał i cierpiącą kobietę i nas na zawód,

8) żeby zastosowaniu jego nie stały na przeszkodzie: trudność techniki i drogość środka.

Te ośm cech oznaczyłem na tych tablicach w ośmiu kolorach; ponad poziomą linią umieściłem zalety, popod nią wady stosowanych środków. Oparłem się przytem na przekazanem nam w piśmiennictwie doświadczeniu cudzem, gdyż własnego dotąd nie mamy lub bardzo nieznaczne.

W rysunkach tych zestawiłem cechy następujących środków: 1) amylen, 2) bromek etylu, 3) morfina i makowiec, 4) antypiryna (exalgina)), 5) hypnoza, 6) bezwodnik podazotawy (N_2O) czyli gaz rozweselający, 7) chloral, 8) kokaina i to: *a*) pędzlowana na szyjkę, pochwę i srom, *b*) pędzlowana na t. zw. punkt płciowy w nosie, *c*) wstrzyknięta do kanału kręgowego, 9) chloroform i to: *a*) jako głębokie uśpienie, *b*) »à la reine«, 10) eter i to: *a*) jako głębokie uśpienie *b*) bez uśpienia, 11) skopolamina z morfiną i to: *a*) jako głębokie uśpienie, *b*) jako środek znieczulający, *c*) jako zamroczenie senne.

Tablice pouczą Panów, jakie każdy z tych środków ma zalety i wady, a raczej, jak te cechy ja widzę. Dowiecie się Panowie, że, zdaniem mojem, najwięcej zalet ma gaz rozweselający, stosowany tak, jak go polecił nasz rodak Klikowicz. Gdyby był środkiem tanim i dał się łatwo stosować wszędzie w praktyce prywatnej, byłby bez zarzutu.

Widzicie Panowie, że z tych 17 sposobów znieczulania podczas porodu tylko 6 daje mniejszą lub większą pewność wyniku, inne są zgoła w działaniu niepewne tak, że zbyt często zawodzą zupełnie lub częściowo. Te sześć pewnych sposobów, to: 1) gaz rozweselający, 2) kokaina użyta na błony śluzowe dróg porodowych więc znieczulająca miejscowo, 3) kokaina wstrzyknięta do kanału kręgowego, 4) głębokie uśpienie chloroformowe, 5) głębokie uśpienie eterowe, 6) zamroczenie senne mieszaniną skopolaminy z morfiną. Tylko 1. i 6. sposób mają warunki zdobycia sobie uznania i wejścia w praktykę, inne muszą być zdaniem mojem odrzucone, gdyż *a*) pędzlowanie szyi i pochwy rozczynem kokainy i to często powtarzane zapomocą wziernika i t. d. sprzeciwia się zasadzie aseptyki porodowej, *b*) znieczulenie rdzeniowe trwa zbyt krótko i nie jest pozbawione niebezpieczeństw, *c*) chloroform wpływa bardzo niekorzystnie na skurcze porodowe, zagraża życiu matki i dziecka, a *d*) eter, użyty do głębokiego uśpienia ma, acz w mniejszym stopniu, te same wady.

Dziwić się należy, że bezwodnik podazotawy nie zdołał się przyjąć w położnictwie tak, jak ongi przyjął się był w dentystyce. Z praktyki dentystycznej wyrugowały go środki miejscowo znieczulające, w pierwszym rzędzie kokaina i jej pokrewne. W położnictwie nie zagraża mu ta konkurencya, jakeśmy to widzieli; wyrugowała go natomiast obawa niewygody i zbyt wielkich wydatków. Zdaje mi się jednak, że przyjdzie czas, w którym środek ten wróci do należnego mu stanowiska.

Zupełnie inne stanowisko zajmuje znieczulenie skopolaminowo-morfinowe, dziś jeden z najaktualniejszych tematów w położnictwie dzięki licznym pracom Gaussa z Fryburga.

Skopolamina jest izomeryczną, a zapewne i identyczną z hyoscyną, środkiem nasennym, używanym od dawna w psychiatryi. Jest bardzo silną trucizną; podobnie jak atropina znosi sztuczne, przez muskarynę wywołane zatrzymanie ruchów serca żaby.

Jeszcze mniejsze dawki, niż atropiny, wywołują wybitne objawy zatrucia. W praktyce chirurgicznej i położniczej użyta została jako środek odurzający w połączeniu z morfiną.

W chirurgii użył jej pierwszy Schneiderlin w r. 1900 — w położnictwie zastosował ją Steinbüchel z Grazu w r. 1902.

Dlaczego użyto jej w połączeniu z morfiną? Oto dlatego, że chciano wyzyskać antagonistyczne cechy obu środków w przekonaniu, iż wskutek tego można będzie użyć obu w większych dawkach, niżby to można było uczynić z każdym z tych środków z osobna. Sądzono, że te dwa antagonistyczne środki, zachowywać się będą w ustroju, jak toksyna z antytoksyną, jak trucizna i odtrutka.

Doświadczenie pouczyło, że tak nie jest, że dawek trujących każdego z tych środków przekroczyć nie można w połączeniu obu trucizn. Okazało się jednak przytem, że współdziałanie obu środków jest jednak korzystnem dla osiągnięcia celu, t. j. znieczulenia lub też uśpienia, gdyż oba te środki działają jednakowo tylko w jednym kierunku, t. j. w kierunku znieczulenia i uśpienia, że więc tu działanie obu sumuje się.

Na czem polega antagonizm skopolaminy z morfiną? Przytoczyć tu możemy dosłownie ustęp z pracy Blosa. Brzmi on: »Działanie skopolaminy na serce jest nieznaczne. Ilość uderzeń serca zwiększa się, ciśnienie krwi wzrasta. I morfina wpływa nieznacznie na narząd krążenia, w każdym razie jednak wprost odwrotnie, niż skopolamina: ilość uderzeń serca zmniejsza się, ciśnienie krwi spada nieco Działanie naczynioruchowe skopolaminy polega na rozszerzeniu naczyń, morfiny na ich zwężeniu. Na oddychanie działają obie trucizny bardzo silnie, skopolamina przyspiesza i pogłębia oddech, morfina czyni go wolniejszym i powierzcho-

wniejszym. Skopolamina rozszerza, morfina zwęża źrenicę, skopolamina zmniejsza, morfina powiększa ilość potu. Skopolamina podnieca ruch robaczkowy, morfina zatrzymuje go. Antagonizm między skopolaminą a morfiną jest więc zupełny; tylko działanie znieczulające i nasenne obu jest jednakowe i sumuje się«.

Mieszaninę skopolaminy z morfiną stosowano w trojaki sposób:

1) wywoływano uśpienie, w którem bezboleśnie operowano,

2) doprowadzano do znieczulenia jednak bez uśpienia i z utrzymaniem świadomości i pamięci,

3) wprowadzano rodzące w pewien stan psychiczny, który Gauss nazwał zamroczeniem sennem.

Te różne sposoby użycia skopolaminy podałem w porządku chronologicznym tak, jak się pojawiały w piśmiennictwie. Gdybym chciał zestawić te sposoby wedle stopnia znieczulenia od najwyższego, t. j. uśpienia do najniższego t. j. przytępienia czucia bolu, to przytoczone na trzeciem miejscu zamroczenie wypadłoby w środku. Tylko ten sposób jest dziś na porządku dziennym. Głębokie uśpienie, używane zresztą w chirurgii, okazało się zbyt niebezpieczne i nie znalazło zastosowania w położnictwie, polecone zaś przez Steinbüchla doprowadzenie do przytępienia lub zniesienia czucia bolu przy utrzymaniu świadomości wydało się Gaussowi niedostatecznem. Gauss wytworzył własną metodę, wypróbował ją na 1000 rodzących i umiał ją opisać i polecić z taką wiarą i siłą przekonania że dziś sprawa sztucznego skopolaminowego zamroczenia stoi na porządku dziennym naukowej dyskusyi.

Na czem polega i jak się przedstawia ten sztucznie wywołany stan psychicznego zamroczenia i jak należy postępować, ażeby (według Gaussa) otrzymać pożądany wynik.

Po wstrzyknięciu odpowiedniej dawki skopolaminy z morfiną (w szczegóły się nie wdaję, wystarczy wspomnieć, że dawka pierwszego środka waha się między 0,0001 a 0,0005, drugiego między 0,01 a 0,02), które to wstrzyknięcie powtarza się co pewną ilość godzin, doprowadza się do stanu, którego najbardziej uderzającą cechą jest niepamięć (amnezya). Nie jest to utrata pamięci wstecz *(amn. retrograda)*, czyli zatarcie w pamięci obrazów rzeczy minionych; niepamięć ta odnosi się tylko do zdarzeń podczas sztucznego zamroczenia. Używając wyrażenia Gaussa, zerwane zostają assocyacyjne mosty między świadomością podczas zamroczenia, a świadomością na jawie. Podczas zamroczenia nie dochodzą do świadomości, a więc i w sferę pamięci, wrażenia słabe, wrażenia silniejsze dochodzą do świadomości, wszelako już po kilku lub kilkunastu minutach rozpościera się nad niemi wieczna noc niepamięci; tylko bardzo silne wrażenia mogą ze świadomości podczas zamroczenia przedostać się do świadomości na jawie. Należy więc starać się o to, żeby tych bardzo silnych wrażeń nie było: stąd antifony, ciemne okulary i wiele innych szczegółów, mających na celu przytępienie wrażeń, dochodzących do świadomości.

Pojechałem do Fryburga, ażeby przejrzeć się temu sztucznemu zamroczeniu i oto, jak mi się rzecz ta przedstawiła. Rodząca leży na łóżku i spi. Oddechy głębokie i regularne, twarz mocno czerwona, tętno równe i pełne. Sprawia wrażenie osoby, która spi snem naturalnym, uderza tylko nabrzmienie *(turgor)* twarzy. To pauza porodowa. Nagle coś budzi ją z tego snu. Na twarzy maluje się ból, który też czytać można w otwartych oczach, rodząca zaczyna jęczeć i narzekać. Widocznie czuje ból. Na zapytanie, czy boli, odpowiada powoli i sennie twierdząco. Zaledwie ból przeszedł, rodząca zapadła znowu w sen. Można ją każdej chwili z niego obudzić, nawołując ją po nazwisku i można się z nią rozmówić, aczkolwiek widać, że ta rozmowa sprawia jej trudność, tak jak człowiekowi bardzo sennemu i zmęczonemu. Z tego snu obudzi ją znowu ból porodowy. Dokoła niej zarządzono ciszę i cień. Łóżko za parawanem; wszyscy chodzą w pantoflach i porozumiewają się ze sobą szeptem.

Wśród tego zbliża się chwila porodu. Rodząca zachęcona przez lekarza prze, dopomaga jej w tem ręka lekarza, ugniatająca macicę. Dziecko rodzi się. Całe zachowanie rodzącej okazuje, że wie ona w tej chwili, co się z nią dzieje i że ból, towarzyszący rodzeniu, czuje, acz może przytłumiony. Trzeba, żeby zapomniała; wrażenie samo przez się silne nie powinno dojść do tych głębin świadomości, nad któremi nie włada sztuczna skopolaminowa niepamięć. Trzeba wrażenie to pozbawić ostrych, jaskrawych tonów. W przypadkach, gdzie ból jest bardzo ostry, następuje wziewanie jakiegoś środka znieczulającego na chwilę rodzenia się dziecka. Dziecko zostaje oddzielone natychmiast, usta jego zakryte ręką dla stłumienia krzyku, a potem szybko wyniesione, ażeby płacz jego nie dochodził do świadomości matki. Matka zasypia. Bole trzeciego okresu nie budzą jej wcale, dopiero chwila wyjścia łożyska wyprowadza ją na chwilę ze snu. Poród jest skończony. Po niespełna $^1/_2$ godzinie przynosi się dziecko, budzi się matkę: »Czy chcielibyście już mieć podobne?« »Zapewne, ale to nie prędko chyba nastąpi«. Znowu sen. Po chwili obudzenie: »To jest dziecko Wasze«. »Nie wierzę, to niemożliwe«. »Zaręczam, proszę zobaczyć, czy macie jeszcze dziecko w łonie«. Obmacanie, przekonanie się, że dziecka nie ma, spojrzenie na dziecko jakieś inne, niż to zwykliśmy widywać, jakieś dziwne, a potem sen.

W tym śnie przyjdzie znowu niepamięć i w mgłę swoją spowije i tę chwilę przeżytą przed momentem, chwilę pierwszego spojrzenia na własne dziecko. Trzeba będzie odczekać kilka godzin i drugi raz powtórzyć to samo. Wreszcie uwierzy i przyjmie dziecko za swoje. Gauss pisze, że co do tego, czy jej przydzielono jej własne dziecko, zaufa położnica uczciwości personalu.

Jeśli teraz zapytamy położnicę, czy czuła bole porodowe, czy coś wogóle wie o porodzie, odpowie z najgłębszem przekonaniem przecząco. Ta sama osoba, która krzyczała z bolu przy każdym ruchu porodowym, którą trzeba było usypiać podczas rodzenia się dziecka, utrzymuje, że o niczem nie wie. Jeśli choć trochę pamięta, cel, do którego dążono, nie został osiągnięty.

Do czego dążono? (ciągle według Gaussa). Do stanu zamroczenia psychicznego z utrzymaniem świadomości i z zupełną niepamięcią.

Z tego, co powiedziałem widzicie Panowie, że w szeregu środków, które wyliczyłem, metoda Gaussa zajmuje zupełnie odrębne stanowisko. Jest ona przeciwieństwem metody Klikowicza t. j. uśpienia bezwodnikiem podazotawym. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Cossmann. **Przyczynek do operacyjnego leczenia padaczki.** (*Reńsko-westfalskie Tow. internistów, neurologów i chirurgów w Duisburgu.* 16. VI. 1907). Pierwotna padaczka jest najczęściej wrodzoną i dziedziczną, i dlatego wielu chirurgów w takich przypadkach nie operuje, bo dotychczasowe wyniki są złe. Natomiast padaczka korowa, tak urazowa, jak i nieurazowa, uprawnia do operacyi. Jeżeli niema zmian chorobowych na oponie twardej, C. nie nacina jej wcale i nie dąży do tego, aby wycinać zawsze ośrodek, wywołujący kurcze; operacya staje się bowiem wtedy dla chorego znacznie cięższą i niebezpieczniejszą, ośrodek niełatwo wynaleźć, a po wycięciu pozostać mogą trwałe porażenia. Nadto blizna nowo powstała stać się może przyczyną nowej padaczki. Ale nawet, gdy brak zmian w oponie twardej i wybitnych zmian w mózgu, wywiera trepanacya wpływ pomyślny. *Klęsk.*

Dressmann. **Wycięcie nerwu podoczodołowego.** (*Reńsko-westf. Tow. internistów, neurologów i chirurgów w Duisburgu.* 16. VI. 1907). D. poleca celem wycięcia nerwu podoczodołowego sposób, nie zostawiający na twarzy blizny, a jednak dozwalający wyciąć nerw wysoko. Cięcie nad dziąsłem, jak do otwarcia zatoki Highmora. Na tępo pod okostną dąży się aż do otworu podoczodołowego. W tem miejscu wycina się okienko (1·5 ctm.^{2}) w jamie szczękowej i z niej usuwa się nerw możliwie najdalej. Na tem się operacyę kończy; szwu zakładać nie trzeba. Wyniki, nawet u ludzi w podeszłym wieku, miał D. bardzo dobre. *Klęsk.*

Lubliński. **Kiedy jest potrzebną operacya doszczętna bocznych jam nosa?** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). W ostrych okresach zapaleń jamy szczękowej operacya prawie nigdy potrzebną nie jest. W okresach przewlekłych wystarcza utworzenie otworu od strony zęba lub nosa przy odpowiedniem leczeniu, a doszczętną operacyę poleca L. wykonywać tylko w bardzo zaniedbanych przypadkach, gdy chory koniecznie chce być od dolegliwości uwolnionym, lub przy zajęciu kości. Pamiętać należy o tem, że i po operacyi doszczętnej nierzadko wynik nie jest zupełnie dobry. Przy ostrych zapaleniach jamy czołowej starać się trzeba o swobodny odpływ; zwykle uda się go uzyskać bez operacyi, w razie potrzeby przez odjęcie przedniej części środkowej muszli. W przewlekłych sprawach musimy natomiast często operować z obawy przed przejściem sprawy na oko lub mózg. Inne jamy zwykle podlegają cierpieniu wspólnie ze wspomnianemi i wskazania przy ich zmianach są zupełnie takie same, jak wymienione. *Klęsk.*

Kühner. **O mięsaku dziąsła i wynikach jego leczenia.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 55, Z. 3). Mięsak dziąsła (*epulis*) występuje przeważnie u kobiet; w 43% przypadków ma budowę mięsaka olbrzymiokomórkowego. Rokowanie przy leczeniu operacyjnem bywa wcale dobre. Tak n. p. w klinice w Tübingen osiągnięto 91·12 prc. stałych wyleczeń; w pozostałych 8·86 prc. wystąpiły nawroty, które jednak operacyjnie powiodło się znowu stale usunąć. W jednym przypadku, w którym chory na operacyę się nie zgodził, nowotwór znikł sam, a w 3 innych nastąpiło zejście śmiertelne. *Klęsk.*

Prof. Pawłowski. **Ostre zapalenie języka wskutek zakażenia gronkowcem.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 44). W ciągu kilku lat spostrzegał P. śród włościan z jednej wsi — najczęściej u dzieci po odrze, płonicy i t. p., rzadziej u dorosłych — szereg przypadków ostrego zapalenia języka; 8 przypadków zbadano bakteryologicznie. Choroba rozwija się ostro, w ciągu kilku dni. Z początku język czerwienieje, obrzmiewa, osobliwie u końca i z brzegów; chorzy skarżą się na ból języka przy jego ruchach, zwłaszcza przy żuciu i rozmowie; towarzyszy temu ślinotok. Po 3—4 dniach język grubieje; koniec i brzegi jego zaokrąglają się; na nim zjawiają się pęcherzyki z początku przeźroczyste, które potem mętnieją i pękają, zostawiając po sobie powierzchowne wrzodziki; niekiedy na zaczerwienionej przedniej połowie języka, zwykle u końca jego, albo z brzegów, zjawiają się białe, wyniosłe plamy w rodzaju grudek, lecz daleko mniejsze od typowych grudek przymiotowych i bez nacieczenia naokoło, bolesne; obok tego cienkie, białawe błony (włóknikowe). Bole przytem dosięgają znacznego stopnia. Niekiedy bywa przytem lekkie cuchnienie z ust. Czasem pojawia się obrzęk i zaczerwienienie sąsiedniej błony śluzowej policzka i miejscami białawe błony. Przy badaniu bakteryologicznem znalazł P. w 6 przypadkach gronkowca bladego, a w 2 oprócz tego niewielką domieszkę dwoinek. Zapomocą tych gronkowców zdołał P. wywołać u morskich świnek takie samo zapalenie języka, jak to, które spostrzegał u ludzi, ustępujące jednakże już po kilku dniach. Mikroskopowo stwierdzono w językach świnek powierzchowne podśluzowe i międzymięśniowe nacieczenie i obfite gronkowce na powierzchni owrzodzeń. Opisaną chorobę uważa P. za samoistną i nazywa ją *glossitis acuta staphylococcica*.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Barth. **O fizyologii migdałków i wskazaniu do ich wycinania.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 49). Nawet wśród laików rozpowszechniło się mniemanie, że migdałki są dla ustroju koniecznie potrzebne i często się zdarza, że doradzając usunięcie ich, napotyka się obecnie wprost na oburzenie. Bezwątpienia migdałki są bardzo dla ustroju potrzebne, podobnie jak gruczoły limfatyczne, ale migdałki zdrowe. Przerost migdałków może być wyrazem zwiększonej czynności i nie jest sam przez się bez innych powodów wskazaniem do wycięcia. Natomiast nawet nie powiększone, ale chorobowo zmienione migdałki należy usunąć jako źródło dalszych zakażeń. Wiele złych wyników wycinania migdałków odnieść należy do wadliwej techniki operacyi. To samo odnosi się i do migdałka gardłowego. *Klęsk.*

Hagenbach. **Doświadczalne badania nad czynnością gruczołu tarczowego i ciał nabłonkowych.** (*Mittel. a. d. Grenzgeb.* Tom 18, Zeszyt 2). W doświadczeniach swych na kotach przekonał się H., że usunięcie gruczołu tarczowego wraz z wewnętrznemi ciałkami nabłonkowemi wywołuje typowy obraz charłactwa. Tężyczka występuje zaś stale, jeżeli potem usunie się też pozostałe zewnętrzne ciałka nabłonkowe. Dla chirurga ważną jest rzeczą, by przy operacyi wola pamiętał o tem, by więc operował o ile możności najpierw po jednej stronie, od tyłu preparując, pozostawiał część torebki, a tętnicę tarczową dolną podwiązywał tuż przy gruczole. *Klęsk.*

Samuel. **Chustka opatrunkowa przy chorobach sutka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Dla ułatwienia zawijania piersi podaje autor zamiast opatrunku z opaski chustę, a raczej staniczek, zapinany z przodu, unoszący dobrze i ochraniający piersi. Do karmienia lub zmiany opatrunku odpina się klapkę na sutku, a staniczek pozostaje w swem położeniu. *Klęsk.*

Heinsius i Lissauer. **Doświadczenia nad zapaleniem sutka, zwłaszcza leczenie tegoż zastoiną Biera.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 51). Wymywanie ust dziecka przy karmieniu jest wprost szkodliwe, bo często zanosi do ust dziecka zarazki. W razie zapalnego obrzmienia piersi, powinno być dziecko zaraz odłączone od piersi. Świeże zapalenia sutka można bardzo często zapomocą przekrwienia rozpędzić. Czas leczenia przy użyciu zastoiny jest krótszy; przy ropieniu wystarczają wtedy małe nacięcia. Leczenie zastoiną wymaga jednak ciągłego dozoru lekarskiego. Jedno posiedzenie ze ssawką nie powinno trwać dłużej, niż 15—25 minut. *Klęsk.*

Kausch. **Wycięcie chrząstki pierwszego żebra z powodu zaczynającej się gruźlicy szczytu płuca.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 50). Na podstawie przypuszczenia, że gruźlicę szczytu płuc wywołuje unieruchomienie klatki piersiowej, a nawet ucisk płuca przez pierwsze żebro, polecono wycinanie chrząstki tego żebra. Rzeczywiście sekcye stwierdzają często przy gruźlicy skostnienie tej chrząstki, a naodwrót w przypadkach gruźlicy wyleczonej często utworzenie się nowego stawu. Zachęcony tem, wykonał K. u 53-letniej chorej z powodu poczynającej się gruźlicy prawego szczytu, wycięcie chrząstki pierwszego żebra na przestrzeni 1½—2 ctm. O wyniku nie wydaje K. stanowczego sądu; polepszenie wystąpiło, ale czas obserwacyi jest jeszcze za krótki. W przypadku tym nie znaleziono prątków w plwocinie, jednakże wystąpił wybitny odczyn po wstrzyknięciu 0,003 tuberkuliny. Natomiast odczyn oczny pomimo trójkrotnych zakraplań (1—2—3—4 prc.) roztworów tuberkuliny był ujemny i wystąpił dopiero przy ogólnym tuberkulinowym odczynie. Co do strony technicznej operacyi, to K. radzi prowadzić cięcie wprost na pierwszem żebrze, lekko wklęsłe ku górze; włókna mięśnia piersiowego wielkiego należy rozdzielać na tępo. *Klęsk.*

Bittner. **Leczenie skrzywień kręgosłupa (pełzaniem) podług Klappa i stosowanie tego sposobu przez lekarza praktycznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). W metodzie Klappa znaleźliśmy sposób, który dozwala i lekarzowi praktycznemu leczyć u siebie w domu lub w domu chorego skrzywienia kręgosłupa bez wielkich przygotowań i przyrządów. Do ćwiczeń wystarcza obszerny pokój, którego podłoga pokryta jest gładkiem linoleum, ćwiczyć może na raz kilka dzieci; czasu po-

święca się na to 1—2 godzin. Autor poleca pełzać w obie strony i ćwiczyć u dzieci także mięśnie po stronie przeciwnej. Najlepsze wyniki dają następujące ćwiczenia: 1) pełzanie z wysoko uniesioną głową z silnemi bocznemi przegięciami podług Klappa, 2) pływanie po ziemi na brzuchu i grzbiecie, 3) siadanie bez pomocy rąk z położenia na wznak, 4) podnoszenie ciężarów, 5) ćwiczenie w pozycyi klęczącej i wojskowej, 6) skręcanie kręgosłupa, 7) pełzanie w miejscu podług Klappa. Oprócz tego stosuje autor w razie potrzeby miesienie i łóżeczko gipsowe; wyniki ma zupełnie dobre, zwłaszcza w początkowych okresach skrzywień kręgosłupa u dziewczynek. *Klęsk.*

Lotheissen. **O trzeszczeniu łopatki.** (*Med. Klinik* 1907, Nr 2). Trzeszczenie łopatki, w małym stopniu, przy przyciskaniu łopatki do klatki piersiowej i poruszaniu kończyny wydarza się dość często i nie jest chorobowem. Natomiast czasem bywa trzeszczenie silniejsze, występuje bardzo głośno przy każdym ruchu chorego, a nawet dołączają się bole. Przyczyną takiego cierpienia mogą być nieprawidłowe wyrośle lub zgrubienia kości, zmiany w mięśniach lub puchlina kaletek (*hygroma*), a wreszcie zanik mięśni w gruźlicy, złamania i zwichnięcia. Cierpienie, powstałe wskutek urazu, zjawia się zwykle jednostronnie, powstałe zaś z innych przyczyn obustronnie. Leczenie polega na zastosowaniu odpowiedniego przyrządu, lub, co pewniejsza, na operacyi usuwającej przyczynę choroby. *Klęsk.*

Oordt. **O nawykowem zwichnięciu, przez skręcenie, czwartego kręgu szyjnego.** (*Münch. med Wochs.* 1907, Nr 46). Najczęściej zwichnięciu przez skręcenie ulegają 4. i 5. krąg szyjny może dlatego, że w tem miejscu wygięcie kręgosłupa szyjnego jest największe. Zwichnięcie wydarza się zwykle raz tylko, nawykowe nie było dotąd opisane. O. spostrzegał przypadek zwichnięcia czwartego kręgu szyjnego u kobiety 32-letniej, u której wystąpiło ono po raz drugi w przeciągu lat trzech bez wybitnego urazu przy skręcaniu głowy i tułowiu przy wyciągniętej ku tyłowi ręce prawej. Objawami klinicznymi było opuszczenie barku prawego, zwrócenie tułowia nieco w stronę prawą, podobnież i broda zwrócona była w tę stronę. Wyrostki ościste 4. i 5. kręgu tkliwe na ucisk. Zresztą ruchy swobodne, lecz po stronie prawej bolesne. Główne zmiany dotyczyły czucia. Wystąpiły one w postaci pasa przeczulicy, 8—10 ctm. szerokiego, idącego od kręgów przez bark aż do łokcia po stronie zewnętrznej. Rozpoznano zwichnięcie niezupełne. Odprowadzenie udało się łatwo przez podciągnięcie głowy, zgięcie na prawo i odprowadzenie w lewo. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Franck. **O obłuszczeniu nerek przy rzucawce porodowej.** (*Münch. med. Wochft.* 1907 Nr. 50). Zdjęcie torebki nerkowej, polecone także przez Edebohlsa przy rzucawce porodowej, zastosowano dotąd zaledwie w 9 przypadkach, do których Fr. dodaje 10 dalszych. Dwa razy operacya zupełnie zawiodła, w 2 przypadkach wynik był dość dobry, a w 6 pozostałych nastąpiło szybkie wyzdrowienie. W 7. ze wspomnianych przypadków opróżniono macicę przedtem, w 2 po operacyi nerkowej. Polepszenie po operacyi występuje typowo w 24 godzin. W jednym przypadku F. po opróżnieniu macicy były nadal napady, przystąpiono więc do obłuszczenia nerek. Mimo bardzo groźnego stanu już w 3 godziny po operacyi napady ustały i pojawił się tylko jeden napad w 24 godzin. Poprawa postępowała stale, niestety pod koniec 2-go dnia wystąpiło zapalenie płuc, na które chora zmarła. Mimo dość poważnej śmiertelności (30%) odnosi się jednak wrażenie, że obłuszczenie nerek w rzucawce zaraz po opróżnieniu macicy jest bardzo dzielnym środkiem leczniczym. *Klęsk.*

Leopold i Ravano. **Nowy przyczynek do nauki o miesiączkowaniu i jajeczkowaniu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 83 Z. 3). Wyniki poprzednich prac Leopolda i Mironoffa, dotyczących związku między miesiączkowaniem, a jajnikowaniem streszczały się w następujących wnioskach: 1) Miesiączkowanie towarzyszy zwykle jajeczkowaniu, choć bywa miesiączkowanie bez jajeczkowania. 2) Warunkiem koniecznym dla miesiączkowania jest obecność jajników i dostateczne wykształcenie błony śluzowej macicy, nie zaś dojrzewanie i pękanie pęcherzyków jajkonośnych. 3) Ponieważ dla jajeczkowania potrzeba kilkudniowego silnego nawału krwi do części płciowych, przeto jest ono związane czasowo z miesiączkowaniem; jajeczkowanie wytwarza ciałko żółte. 4) Po za miesiączkowaniem zdarza się w warunkach prawidłowych jajeczkowanie rzadko. 5) Atypowe ciałko żółte powstaje wskutek nawału krwi do pęcherzyka jajkonośnego, prawdopodobnie jeszcze nie dojrzałego. 6) W okresie starczego zaniku jajników może istnieć jeszcze jajeczkowanie i powstawać ciałko żółte. Stąd wniosek ogólny: częstsze jest miesiączkowanie wraz z jajeczkowaniem, rzadsze miesiączkowanie bez jajeczkowania.

Badania obecne miały na celu wyśledzenie zależności czasowej pomiędzy jajeczkowaniem a miesiączkowaniem, udowodnienie możliwości miesiączkowania bez jajeczkowania lub przeciwnie i określenie wieku ciałka żółtego na podstawie zmian w niem znalezionych. Wnioski z badań, przeprowadzonych nad jajnikami anatomicznie prawidłowymi i gdzie wywiady były bardzo dokładne, oparte są właśnie na zmianach w ciałku żółtem. Zmiany te są następujące: W 1-szym tygodniu ciałko żółte przedstawia jądro krwawe, z końcem 1-ego tygodnia zarysowuje się krwawa otoczka. W 2-gim tygodniu otoczka ta grubieje do 2 mm., składa się z komórek luteinowych. Barwa jej jest żółtawa. Z końcem 2-go tygodnia znajdujemy nieliczne komórki tkanki łącznej; resztę treści stanowi krew, śluz, włóknik. 3-ci tydzień: otoczka z komórek luteinowych ma 4 mm. grubości, jest wyraźnie żółta. W niej wrzecionowate komórki tkanki łącznej. 4-ty tydzień: całe ciałko żółte pomniejszone, tak samo jądro, barwa mniej żywa. Piąty tydzień. rozrost komórek tkanki łącznej na koszt komórek luteinowych. 6-ty tydzień: osłona żółta kurczy się, jądro mniejsze, szare, komórek tkanki łącznej więcej. 7-my tydzień: ciałko żółte bardzo małe, jądro punktowate, barwa jednolita. Zmiany te pozwalają więc na określenie przedmiotowe czasu powstania ciałka żółtego.

Przypadków badano 21, a wnioski z nich są następujące: 1) W większości przypadków na krótko przed i w czasie pęknięcia pęcherzyka występuje w jajniku silniejszy nawał krwi. To może być powodem jednoczesności miesiączkowania i jajeczkowania, co stwierdzono w połowie badanych przypadków. 2) Jajeczkowanie odbywa się w odstępach prawidłowych, lub też nieregularnie (w jajku z 8-dniowem ciałkiem, w tem 2 dojrzewające pęcherzyki). Okresowość jajeczkowania jest przeważnie jednoczasowa z okresowością miesiączkowania. 3) Nie jest zaś jednoczasową więcej niż w $1/3$ części przypadków. 4) Jajeczkowanie może nastąpić w jakimkolwiek czasie bez miesiączki, stąd przypuszczenie, że zapłodnienie może zawsze nastąpić. 4) Jajeczkowanie może przetrwać miesiączkowanie (jajniki starcze). *A. Markowa.*

Winter. **Przyczynek do etyologii wymiotów niepowściągłych.** (*Zeitschr. f. Gyn.* 1907 Z. 48). Za poglądem Ahlfelda i Kaltenbacha, uważających wymioty niepowściągłe za nerwicę, która na drodze odruchowej, za pośrednictwem n. błędnego prowadzi do wymiotów, przemawia cały szereg zjawisk, jak przebieg, wpływ czynników psychicznych, skutki poddawania i t. d. Jednakowoż przypadki, które kończyły się śmiercią, kazały szukać dalszych powodów; znaleziono je w teoryi o zatruciu matki wytworami ciąży. Sekcye stwierdziły istotnie zwyrodnienie i martwicę w wątrobie, stłuszczenie nerek, prócz tego wybroczyny w żołądku, jelitach i na wsierdziu. Klinicznie stwierdzano niemiarowość tętna, gorączkę do 40° C, żółtaczkę, białkomocz i t. d. Winter twierdzi, że obie teorye nietylko mają podstawę, ale są ze sobą ściśle związane. Zatrucie jest dalszym ciągiem i skutkiem nerwicy. Długotrwałe wymioty o tyle upośledzają czynności nerek i wątroby, że te nie mogą podołać swemu zadaniu, to jest wydalaniu ciał trujących w czasie ciąży. O ile zatem wymioty niepowściągłe w pierwszych okresach, kiedy polegają na nerwicy odruchowej, nie zostają wyleczone, o tyle musi przyjść okres drugi: śmiertelnego zatrucia. Stąd dla klinicysty ważną jest sprawa rozpoznania początków drugiego okresu dla uleczenia chorej przez poronienie sztuczne. W okresie pierwszym dla uniknięcia zatrucia należy chorej podawać bardzo znaczne ilości wody. *A. Markowa.*

Kannegiesser. **O podskórnem cięciu przyłonowem (hebotomii) na podstawie dalszych 30 przypadków i o stałych wynikach tej operacyi.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 3). Wskazanie do wykonania tej operacyi występuje wtenczas, jeżeli przy miednicach ścieśnionych o sprzężnej praw. $6^1/_2$—8 ctm., niestosunek porodowy okazuje się już z góry lub w przebiegu porodu tak wielki, że poród samorodny staje się nieprawdopodobny. U wieloródek pomagają w tym kierunku wywiady co do porodów poprzedzających. U nich można często, i to z dobrym skutkiem, jeżeli sprzężna praw. ma najmniej 7 ctm., wykonać obrót i wydobycie płodu; w przypadkach, w których wynik korzystny nie jest pewny, zaleca K. zapobiegawcze założenie piłeczki, aby w razie, gdyby główka następująca po obrocie żadną miarą przejść nie mogła, dopiero wówczas łatwo kość przepiłować można. Gdzie zaś o obrocie już z góry nie może być mowy, pozostaje jako jedyny racyonalny zabieg hebotomia podskórna, nawet

skoro już wystąpiły nieznaczne objawy zakażenia. Zabieg ten należy wykonywać zawsze tylko przy zupełnie rozwartem ujściu macicy, aby, korzystając z uśpienia rodzącej, rozwiązać ją natychmiast w sposób, dla danego przypadku najodpowiedniejszy. Na 30 rodzących, u których wykonano hebotomię, było 13 pierwiastek, a 17 wieloródek; wieloródki te rodziły przedtem razem 13 razy, przyczem tylko 7 dzieci pozostało przy życiu. Obecnie po hebotomii, mimo że porody ukończono 11 razy zapomocą obrotu i wydobycia płodu, 17 razy zapomocą kleszczy i wykonano 3 wydobycia płodów, wszystkie płody urodziły się żywe i pozostały dalej przy życiu. Także i matki wszystkie wyzdrowiały i opuściły klinikę średnio 25 dni po zabiegu. 18 kobiet gorączkowało (=60%). Z powikłań wymienia K. zatrzymanie się odchodów (*lochiometra*) 7 razy, zakrzep żył udowych 3 razy, zatory płucne 2 razy, zranienia pochwy 3 razy, pęcherza raz, krwiaki warg wielkich i nieznaczne ropienia przyranne. Hebotomia wraz z zabiegiem rozwiązującym trwały od 5—13 minut. Wyniki stałe, o ile dotyczą miednic, przedstawia K. na radiogramach, z których widać, że wymiar prosty w większości przypadków stale pozostał dłuższy o $^1/_4$—$1^1/_2$ ctm., tak że różnica ta dla porodów następujących wielkiego znaczenia mieć nie może i powtórzenie hebotomii staje się koniecznością. O ile lekarz praktyczny rozporządza dostateczną asystą, a sam dokładnie jest obeznany z aseptyką i techniką operacyjną, konieczną w razie ciężkich powikłań, n. p. przy pęknięciach pochwy lub pęcherza, o ile wreszcie posiada dostateczne wykształcenie położnicze — może hebotomię wykonać także w domu prywatnym. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zurhelle. **Pewny przypadek raka zaszczepionego (Impfcarcinom).** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 2). W trzy miesiące po doszczętnem usunięciu raka części pochwowej sposobem Wertheima, powstał guz w bliźnie brzusznej pooperacyjnej, który miał takie samo utkanie, jak rak pierwotny. Guz ten należało po wyłączeniu mnogiego raka pierwotnego lub nawrotu, uważać tylko jako powstały przez przeszczepienie przy operacyi. Wnioski praktyczne autora są następujące: w przebiegu operacyi należy szczególnie uważać na to, aby żadna, choćby najmniejsza cząsteczka z usuwanych tkanek nowotworowych nie dostała się do otoczenia zdrowego lub na ranę brzuszną. Po usunięciu nowotworu należy wszystkie narzędzia, używane przy operacyi, (także i igły) odłożyć i do zeszycia powłok brzusznych posługiwać się innemi; powtórne wygotowanie narzędzi przy tej samej operacyi nie wystarcza. Nie mniej trzeba i na to baczną zwrócić uwagę, aby przy wykonaniu zabiegu zdrowe i chore tkanki nie wchodziły w żadną styczność z temi samemi narzędziami. Powierzchowną warstwę tłuszczu rany brzusznej, która wskutek długiego trwania zabiegu jest narażaną ciągle na różne wpływy szkodliwe, należy z końcem zabiegu koniecznie usunąć, lub celem jej ochrony posługiwać się osłoną gumową Küstnera. *Dr E. Ehrenpreis.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Corin. **Rozkład zwłok.** (*Ann. de la soc. de méd. lég.* 1907, Nr 4). Autor rozróżnia dwa rodzaje zjawisk w procesie rozkładu zwłok; 1) t. zw. rozkład aseptyczny, postępujący bez udziału drobnoustrojów, 2) gnicie w ścisłem znaczeniu tego słowa pod wpływem drobnoustrojów gnilnych. Typem pierwszego są płody zmacerowane, papierowate i zwapniałe. Zjawiska te tłómaczy C. działaniem zaczynów trawiących, które istnieją w każdym ustroju tak żywym, jak i umarłym, lecz ujawniają swe działanie niszczące tkanki dopiero po śmierci, gdy braknie czynników, udaremniających to działanie: ciągłego usuwania wytworów trawiennych i nieprzerwanego dowozu materyałów odżywczych drogą krwi. Przykładami podobnej autolizy, niejako samotrawienia jest znikanie stężenia pośmiertnego wskutek strawienia myozyny, rozpuszczanie się skrzepów pośmiertnych itp. Mikroskopowo ma pośmiertna autoliza tkanek postać zwyrodnienia miąższowego i tłuszczowego. Zależnie od warunków zewnętrznych, głównie od ośrodka, w jakim znajdują się płody, napotykamy płody zmacerowane lub papierowate, analogiczne do zwłok przeobrażonych tłuszczowoskowo; ostateczną postacią bywa płód zwapniały, o ile z ośrodka odkładają się sole wapniowe. Wszystkie te zjawiska odbywają się w jamie macicy bez udziału bakteryi. Większość jednak przypadków rozkładu zwłok stanowi gnicie. Drobnoustroje, których wszędzie poddostatkiem, po śmierci szybko szerzą się po ustroju, co ułatwia jeszcze i to, że już w ostatnich chwilach życia mikroby przechodzą z miejsca swej stałej siedziby, t. j. z przewodu pokarmowego przez nabłonek jelitowy i dostają się do ogólnego krążenia. Zwłoki osobników nagle zmarłych gniją nieraz szybciej, niż inne; tłómaczy to C. ciepłotą, która u osób nagle zmarłych utrzymuje się jakiś czas, wpływając korzystnie na rozwój drobnoustrojów, większą obfitością płynów tkankowych, wreszcie płynnością krwi, która w znaczniejszym stopniu, niż krew skrzepła, przyczynia się do dyfuzyi drobnoustrojów. *Nowaczyński.*

Wachsmuth. **Postrzał mózgu z wsteczną utratą pamięci i fałszywem uzupełnieniem braku wspomnień (obwinienie drugiego).** (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* 1907, T. 34, Z. 4). Przy osądzaniu faktów podanych przez osoby, które doznały ciężkiego obrażenia głowy, względnie mózgu, należy zachować ostrożność, gdyż trzeba mieć na uwadze to, że pamięć ich, tycząca się czy to szczegółów samego wypadku, czy czasu, czy innych wreszcie okoliczności, staje się pełną braków i fałszywą. Jasno widać to na przykładzie, przytoczonym przez W., w którym mężczyzna, zadawszy sobie ranę postrzałową w głowę w zamiarze najprawdopodobniej samobójczym, podczas leczenia nietylko nie pamiętał tego, co zaszło i podawał błędnie i przekręcał szczegóły zajścia, lecz obwiniał swego przyjaciela (oczywiście bezpodstawnie) o czyn, którego się sam dopuścił. *Nowaczyński.*

S. Cohn. **Gruźlicze zapalenie opon mózgowych pod wpływem urazu.** (*Aerztl. Sachverständ. Zeit.* 1907, Nr 13). Wbrew zdaniu poważnych autorów (Niemeyer, Baginsky, Henoch), podających w wątpliwość znaczenie urazu w wywołaniu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, stara się C. na podstawie wcale skromnej kazuistyki, bo tylko kilku przypadków, a głównie opierając się na jednym, przez siebie spostrzeganym, udowodnić ścisły związek przyczynowy między urazem, a gruźliczem zapaleniem opon. C. sądzi, że zmiany gruźlicze opon, stwierdzone przy sekcyi u tego osobnika, już poprzednio gruźliczego, są następstwem urazu, albowiem objawy kliniczne, odpowiadające zmianom anatomicznym wystąpiły dopiero po urazie i to w czasie, wystarczającym na wytworzenie się gruzełków, obraz kliniczny zaś odpowiadał rozwijającej się dopiero sprawie; nadto w miejscu wytworzenia się zmian znalazł się przy sekcyi wklinowany w mózg odłamek kostny, jako bezpośredni skutek urazu. Przy ocenie jednak gruźliczego zapalenia opon jako następstwa urazu zaleca C. wielką ostrożność wobec wywiadów, jak również, by sprawy już przed urazem istniejącej, lub zbyt późno po nim powstałej, nie brać za jego skutek. *Lustgarten.*

J. Kon. **Mechanizm i anatomia podskórnych obrażeń śledziony.** (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* 1907, T. 34, Z. 2). W czasie $1^1/_2$-rocznego pobytu na Formozie miał K. sposobność sekcyonować 9 osób, zmarłych wskutek obrażeń śledziony, przypadki podobne zdarzają się tam bardzo często, a to dlatego, iż mieszkańcy mają zwyczaj w kłótni uderzać przeciwnika w okolicę śledziony, a przytem narząd ten bywa u nich nieraz bardzo znacznie powiększony z powodu panującej tam zimnicy i przez zmianę chorobową mało odporny na uraz. Ze spostrzeżeń swoich i doświadczeń wysnuwa K. następujące wnioski: 1) obrażenia śledziony dzielą się na: proste przedarcie torebki, rozerwanie miąższu z przerwaniem torebki, zmiażdżenie miąższu bez przedarcia torebki, zmiażdżenie miąższu z przedarciem torebki, rozerwanie i zmiażdżenie miąższu. 2) Związku ścisłego między stopniem obrażenia śledziony, a jej wielkością, grubością torebki i rozwojem rusztowania beleczkowego nie można stwierdzić. 3) Pęknięcia śledziony występują częściej na wewnętrznej jej powierzchni i przeważnie równolegle do jej osi poprzecznej, co tłómaczy się tem, iż rozciągliwość torebki jest większa w osi poprzecznej, niż w podłużnej (stosunek wynosi 1,27:1). 4) Rana śledziony goi się przez tworzenie się blizny; odrodzenia się miąższu śledzionowego nie stwierdzono. *Nowaczyński.*

Engel. **Czy skłonność do przepukliny pachwinowej powstać może na drodze urazowej?** (*Med. Klinik* 1908, Nr 1). Na podstawie przypadku, w którym przepuklina powstała u człowieka zupełnie przedtem zdrowego dopiero w 2 lata po urazie pachwiny, omawia E. pytanie, czy uraz może wywołać skłonność do przepukliny. W przytoczonym przypadku powagi naukowe orzekły, że uraz wywołał tu właśnie skłonność do przepukliny. E. zaś orzekł przeciwnie, a to na tej podstawie, że bezpośrednio po wyleczeniu skutków urazu nie zauważono żadnej skłonności do przepukliny, która wystąpiła dopiero po dwóch latach, dalej, że nawet urazowe rozszerzenie kanału pachwinowego nie pociąga za sobą przepukliny u osób do niej z natury nie skłonnych, czego dowodzą liczne przypadki u popisowych w Rosyi. Uraz wywołać może przepuklinę jedynie u osób już z natury do niej skłonnych, skłonności jednak bez poważnych i widocznych uszkodzeń żadną miarą wywołać nie może. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 29. stycznia 1908.

Przewodniczący prezes kol. Borzęcki — obecnych członków 37.

Kol. Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Doc. Ignacemu Lembergerowi, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

I. Kol. Korolewicz mówił **o najnowszych próbach krwi** (papierki benzydynowe, aloinowe i próba Schlesinger-Holsta). (Rzecz przeznaczona do druku).

II. Dr Szurek zdawał sprawę z wyników **organoterapii przetworami Poehla.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi zabierał głos kol. Hirsch.

III. Doc. Dr Seńkowski wykładał o **ultramikroskopii i badaniu w ciemnem polu** (z demonstracyami).

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe d. 31. stycznia 1908.

1. Prof. Rydygier wygłasza wykład **z zakresu chirurgii nerek.** Przechodząc kolejno zmiany anatomiczno-patologiczne i objawy im odpowiadające, oraz rozbierając krytycznie sposoby leczenia, przedewszystkiem operacyjne, omawia w ostatnich dniach operowany przez siebie przypadek **wodonercza** i rozszerzenia moczowodu. Przypadek dotyczy 9-letniego chłopca, który miał podobno przebyć przed kilku laty gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Obecna choroba rozpoczęła się przed 3 laty, a cechowała się napadowymi bolami, które po oddaniu stolca ustępowały. Wobec typowych objawów (stawianie się pętli w czasie bolów i ustępowanie ich po wypróżnieniu, brak zmian w moczu), rozpoznano zwężenie jelita. Po otwarciu jamy brzusznej pętle jelita cienkiego pokurczone, podobnie i okrężnica z wyjątkiem ramienia zstępującego, począwszy od zgięcia śledzionowego. Moczowód lewy b. rozszerzony (na 3 palce), a tuż przy pęcherzu sznureczkowate przewężenie. Nerka przedstawia obraz wodonercza ze sporą ilością zachowanego jeszcze miąższu. Operacya polegała na wszczepieniu górnego końca moczowodu w powłoki brzuszne i wytworzeniu przetoki. Nerka po wypuszczeniu mętnego moczu zmniejszyła się znacznie. Obecnie z powodu niezupełnego odpływu moczu, być może z powodu nieznacznego zgięcia moczowodu, wprowadzono doń sączek. Przypadek to ciekawy ze względu na zupełny brak wszelkich objawów nerkowych i ze względu na pochodzenie owego zwężenia moczowodu tuż przy pęcherzu.

W dyskusyi omawia prof. Wiczkowski przebieg choroby, podnosząc cechy, które przemawiały za zwężeniem jelita. Zwężenie moczowodu nastąpiło może na tle kamyczków, które mogły tu przechodzić jeszcze przed kilku laty. — Dr Wolf sądzi, że nerkę należało wyciąć, wskutek kilkuletniej bowiem choroby utraciła ona już najprawdopodobniej zdolność wydzielania; odpreparowanie moczowodu na dłuższej przestrzeni może wywołać jego martwicę, co i tak zmusiłoby do wycięcia nerki. Przy obecnej przetoce łatwo o zakażenie i ropienie nerki z możliwą posocznicą. A i następowa operacya wszczepienia moczowodu nie jest obojętną dla dziecka. — Dr Czyżewicz jun., nawiązując do sprawy plastyki moczowodu, przypomina, że używano do tego z dobrym skutkiem jajowodów. — Prof. Barącz byłby również w tym przypadku za wycięciem nerki. — Prof. Ziembicki przyznaje do pewnego stopnia słuszność kol. Wolfowi; należy się jednak liczyć w takim przypadku z wątpliwościami, jak n. p. czy nerka istotnie już jest niezdolną do wydzielania. Ciekawą jest rzeczą, jak długo może istnieć wodonercze bez większego zniszczenia miąższu? — Prof. Mars w odpowiedzi na to pytanie przytacza przypadek ze swej kliniki, gdzie wskutek wysięku około- i przymacicznego i następowego ucisku na moczowody rozwinęło się niewątpliwe wodonercze. Po wessaniu się wysięku wodonercze ustąpiło, a chora opuściła klinikę w dobrym stanie. Sprawa trwała kilka miesięcy. — Dr Leńko przypuszcza na podstawie zachowania się moczu, że przeszkoda musiała leżeć powyżej śródpęcherzowej części moczowodu i radzi jeszcze wziernikować pęcherz. Co się zaś tyczy zdolności wydzielniczej nerki, dotkniętej wodonerczem, to widział przypadki, w których przy zachowanej bardzo małej części miąższu (wielkości członka palca) nerka dobrze jeszcze działała. — Dr Pisek zwraca uwagę na możliwe wrodzone pochodzenie zwężenia moczowodu.

Prof. Rydygier odpowiada kol. Wolfowi, że wycięcie nerki nie jest znowu rzeczą tak obojętną; obowiązkiem chirurga było o ile możności nerkę utrzymać, tem więcej, że tu około $^3/_4$ części miąższu nerkowego jeszcze się zachowało. Jeżeliby moczowód uległ martwicy, to i wówczas wyjęcie nerki będzie łatwe i bez niebezpieczeństwa dla chorego. Niektórzy chirurdzy nawet przy nowotworach, ratując nerkę, wycinają tylko jej części. W przypadku omówionym były nawet miesiące, w których nie było objawów ani podmiotowych, ani ze strony moczu.

Witold Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 20. XII. 1907.

Po zagajeniu, prezes Radca Dr Chłapowski zawiadamia o odezwie na fundusz im. Stanisława Wyspiańskiego, oraz przedstawia list od komitetu zwalczania raka w Warszawie. Z polecenia prezesa jedna z mleczarni przysłała próbę mleka bułgarskiego Yoghurt, które zyskuje ogólne uznanie.

1) Dr Krysiewicz przedstawia chłopca ze szpitalika św. Józefa. Chłopiec trzyma się z wyrazem wielkiego bolu za głowę, odruchy źreniczne leniwe, kolanowych i odruchów ścięgna Achillesa nie ma. Uderzenie młotkiem po czaszce wywołuje »odgłos pękniętego garnka«. Objaw Romberga bardzo wybitny. Tarcza zastoinowa. Brak podwyższenia ciepłoty wyłącza ostrą sprawę zapalną, chodzi więc albo o **nowotwór mózgowia** (móżdżku), albo o **wodogłowie.** Choć rokowanie zdaje się być zupełnie niepomyślne, podjętą będzie operacya próbna.

W dyskusyi zapytuje Radca Dr Panieński, czy nie byłoby dobrze wykonać nakłucie lędźwiowe. — Dr Skoczyński zwraca uwagę, że nakłucie mogłoby w tym przypadku wywołać nagły ucisk w otworze potylicznym wielkim i zmiany rdzenia przedłużonego, możnaby więc podjąć nakłucie tylko bardzo ostrożnie.

2) Dr Skoczyński przedstawia dziewczynę z **porażeniem lewej nogi,** które nastąpiło **przy nagłym ruchu** podczas wybierania buraków. Odczyn zwyrodnienia. Chora nie może stanąć na palcach. Dr Panieński wspomina o podobnym przypadku, wywołanym przez zatrucie arszenikowe.

3) Dr Skoczyński przedstawia **przypadek homoseksualizmu.** 26-letni chory, syn muzykanta i sam poświęcający się temu zawodowi, pochodzi z rodziny obarczonej (ojciec pijak, matka nerwowa, 12 rodzeństwa, homoseksualizm u brata młodszego). Chory ma w sobie dużo kobiecości; wyrażanie się wyszukane, zamiłowanie do muzyki, neurastenia wskutek dolegliwości w krzyżu, ciągłej bezsenności itd.; leczył się już dawniej w poliklinice. Od 14. roku życia, gdy się zbliżył płciowo do mężczyzny, odczuwał silny pociąg do własnej płci i to do osobników silnie zbudowanych. Całuje i ściska mężczyzn, sny ma o mężczyznach samogwałcących się. Raz służył drugiemu do prawdziwej pederastyi, która go jednak nie zadowalniała. Chory lubi przebywać w towarzystwie kobiet, zna ich gusta i jest przez nie lubiany. Próba jednak spółkowania z prostytutką była bezowocna. Badanie narządów płciowych, wykonane przez Dra Karwowskiego, stwierdziło warunki prawidłowe. Dyskusyę przewodniczący uchylił.

4) Nastąpiły sprawy bieżące. Postanowiono wziąść udział w wykładach uzupełniających dla lekarzy. — Wobec zaproszenia lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, by wziąść udział w jubileuszowem posiedzeniu, wniósł Dr Franciszek Zakrzewski, żeby wysłać koniecznie delegata Wydziału. Wybrano Dra Karwowskiego, względnie Dra Gantkowskiego, Dra Zakrzewskiego lub prezesa Rady Dra Chłapowskiego. — Zatarg z niemieckim Związkiem zawodowym lekarzy został przez Radcę Dra Ponieńskiego załatwiony w sposób zadowalniający, za co zebranie złożyło mu gorące podziękowanie. — Radca Chłapowski omawia sprawę, poruszoną przez Towarzystwo społeczno-higieniczne, dotyczącą kształcenia wiejskich dozorczyń chorych. Kilku z obecnych lekarzy ofiaruje się bezinteresownie kształcić takie dozorczynie. Wreszcie Dr Gantkowski zebrał składkę na rodzinę Stanisława Wyspiańskiego.

Posiedzenie w d. 3. stycznia 1908 r.

Prezes Radca Dr Chłapowski zdaje sprawę ze swej bytności na obchodzie jubileuszowym Towarzystwa lekarskiego we Lwowie, a Dr Pomorski dziękuje prezesowi za wyjazd do

Lwowa, w zastępstwie wydelegowanych kolegów. Następnie poświęca prezes wspomnienie posmiertne zgasłemu koledze Drowi Szulcowi, weteranowi z r. 1863. Na pogrzeb zmarłego postanawia Wydział udać się »in corpore«.

1) Radca Dr Chłapowski wygłasza wykład p. t.: **Znaczenie dyety bezsolnej w chorobach nerkowych.** Już Hipokrates na puchlinę zapisywał mleko, a zakazywał soli. W naszych czasach pierwszy Beneke zwrócił uwagę na wpływ soli w ustroju, później między innymi Noorden, Leyden, Finsen sprawę tę badali naukowo. Dorosły zużywa 10—15 gr. soli kuchennej; może jednak obejść się już dwoma gramami. We krwi ilość soli nie idzie w parze z dyetą solną lub bezsolną, tylko krew staje się o 1‰ wody gęstszą przy dyecie bezsolnej. W moczu waha się ilość soli między 0,87—1,54 prc. Przy zapaleniu płuc znamienny jest ubytek soli aż do przełomu. U chorych na raka stosunek soli do mocznika, po części wskutek obrzęków, jest zmniejszony. Wielkie zajęcie wzbudziła pośmiertna praca Finsena, który, cierpiąc sam na obrzęki, robił na sobie próby nader dokładne i stwierdził, że puchlina jest skutkiem zatrzymania chlorków. Hoffmann spostrzegał objawy mocznicy bez zatrzymania soli. Strauss przypuszcza zatrzymanie (retencyę) w sokach. Inni autorowie sądzą, że istnieje także »suche zatrzymanie« bez obrzęków, ale z bolami głowy i t. d., jak przy mocznicy. Achard postawił teoryę pozanerkowego zatrzymania; według innych jest ono wprost czynnikiem ochronnym. Należy przypuszczać, że i wpływy nerwowe grają pewną rolę w tej bądź co bądź zawiłej sprawie. Najdalej poszedł Crafton, który twierdzi, że choroba Brighta jest sprawą ogólną na tle toksycznem, wiodącą tylko czasem do zapalenia nerek. — W każdym razie dyeta bezsolna w wielu przypadkach obrzęków oddaje nadzwyczajne usługi, czasem nie da się niczem innem zastąpić. Przy puchlinach z powodu niedomogi sercowej spostrzegał Finsen i inni także dobre skutki. Dyeta da się dość łatwo przeprowadzić, (n. p. przepis Widala: 400 gr. surowego mięsa, 1000 kartofli, 2 litry herbaty, 50 gr. niesolonego masła).

W dyskusyi podnosi Dr Jankowski doniosłość dyety bezsolnej w chorobach sercowych. W Nauheim przeprowadza się ją dość surowo, choć główną jej dziedziną są choroby nerkowe. Jednakowoż i u chorych na serce ma dyeta bezsolna wpływ korzystny. — Dr Łazarewicz stosował dyetę bezsolną przy ciąży powikłanej zapaleniem nerek i kładzie nacisk na etyologię poszczególnych przypadków: zwykle t. zw. nerka ciążowa (Schwangerschaftsniere) nie jest stanem zapalnym, tylko polega na zwyrodnieniu; gdzie zaś ciąża rozwijała się u osób już cierpiących na zapalenie nerek, tam dyeta bezsolna działała bardzo korzystnie. Ł. wspomina o pracach Kramera i Birnbauma, którzy stwierdzili, że ilość wydzielanej soli mimo ustępowania obrzęku nie zwiększała się. Przy dyecie bezsolnej jady nie uszkadzają dalej naczyń włosowatych. — Dr Karwowski zwraca uwagę na oznaczanie ilości soli w moczu przez opór prądu elektrycznego. — Prelegent dziękuje Drowi Jankowskiemu za uwagi. Przy miażdżycy naczyń uważa dyetę solną za konieczną. Metoda Trunecka polega na wstrzykiwaniu soli kuchennej. Często dolegliwości żołądkowe polegają na chorobie serca i odwrotnie. — Dr Jankowski nie spostrzegał przy miażdżycy dobrych wyników po soli. Obawa przed płynami przy chorobach serca jest nieuzasadniona, tylko przepełnienie żołądka wpływa niekorzystnie. — Dr Łazarewicz zaznacza jeszcze, że nieżyty miedniczek nerkowych w ciąży według różnych autorów nie polegają na czynnikach mechanicznych, jak to twierdzi Olshausen; Mirabeau uważa je za zakaźne, wywołane przez prątka okrężnicy (sprawy te występują zwykle po stronie prawej). Zresztą także paciorkowce, dwoinki wiewiórowe i t. d. mogą być powodem nieżytu miedniczek.

2) Dr Jankowski porusza myśl, żeby w Poznaniu urządzić pracownię analityczną, co popiera Dr Skoczyński i reszta obecnych.

Na przyszłem zebraniu odbędą się wybory nowego zarządu.

Dr Karwowski.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie 19. XII. 1907 (1. I. 1908)

Obecnych członków 24. Przewodniczy K. Rumszewicz.

1. Odczyt K. Rumszewicza: **O gruźlicy przedniej części oka** (drukowany w »Postępie okulistycznym«).

Dyskusya: Żebrowski pyta, jaką drogą gruźlica dostaje się do oka. Jeżeli przez naczynia krwionośne, — co wydawałoby się prawdopodobniejszem, — to okoliczność ta przemawiałaby za stwierdzonem przez autorów francuzkich krążeniem prątków gruźliczych we krwi, czyli t. zw. bacillemią.

Sochacki również uważa przenikanie do oka prątków drogą krwi za rzecz prawdopodobniejszą, niż dostawanie się ich tam drogą naczyń chłonnych, zwłaszcza, że układ limfatyczny oka odgrywa rolę układu odprowadzającego. Dalej zwraca uwagę na stosunkowo częste zbieganie się chorób oka z chorobami gardła i nosa. Jeżeli prelegent zaznaczył, że w razie wahania się rozpoznania pomiędzy przymiotem a gruźlicą oka, nie powinniśmy na ogół uciekać się do ustalenia rozpoznania »*ex juvantibus*« przez stosowanie leczenia przeciwkiłowego, to przecież zdarzają się przypadki, w których ten właśnie sposób uważać należy za konieczny, a mianowicie tam, gdzie chory cierpi jednocześnie na obie wymienione choroby. Łagodny stosunkowo przebieg gruźlicy przedniej części oka zawdzięczamy może wpływowi światła słonecznego. Przerzuty gruźlicze wychodzą nieraz z miejsc, pozornie zupełnie zagojonych. — Modrzewski zapytuje, w jaki sposób uniknąć przy próbnem szczepieniu gruźlicy do przedniej komory oka zwierząt, dokonywanem w celach rozpoznawczych, zakażeń pobocznych — Hoene stwierdza, że bardzo trudno nieraz znaleźć pierwotny punkt wyjścia gruźlicy ocznej. Spostrzegał on w 1885 r. gruźlicę obwodowej części tęczówki u osobnika, u którego zresztą badanie żadnych innych zmian nie wykryło. Leczenie z początku zachowawcze, później zrobiono irydektomię, z najgorszym zresztą skutkiem, gdyż sprawa zaczęła teraz szybko postępować i niebawem trzeba było wyłuszczyć gałkę oczną. W części wyciętej tęczówki stwierdziło badanie mikroskopowe typowe gruźlicze zmiany anatomiczne, prątków natomiast nie znaleziono. Wykryło je dopiero szczepienie próbne, podobnie, jak i w innym przypadku gruźlicy dróg łzowych, w którym mikroskopowo w skrawkach wyciętych tkanek prątków Kocha nie znaleziono. Co się tyczy leczenia, to przy gwałtownych bolach niema powodu zwlekać z wyłuszczeniem gałki ocznej, zwłaszcza tam, gdzie wzrok już zanikł.

Prelegent: Gruźlica przedniej części oka jest sprawą wtórną. Zarazki dostają się tam prawdopodobnie drogą krwi. Dawniej zapatrywano się na tę sprawę odmiennie, wierząc w przenikanie zarazków do środka oka z zewnątrz przez uszkodzony przypadkowo nabłonek, ale przypuszczenie to się nie sprawdziło. Nie ulega natomiast wątpliwości, że w ten właśnie sposób powstaje gruźlica spojówki. Prelegent przypomina sobie pewnego maszynistę, któremu wpadł do worka spojówkowego kawałek węgla. Następnie w tem miejscu rozwinęła się typowa gruźlica spojówki. Po wycięciu dużego stosunkowo ogniska zupełne wyleczenie. Przeprowadzając rozpoznanie różniczkowe pomiędzy przymiotem, a gruźlicą przedniej części oka, kierujemy się różnem w obu razach usadowieniem choroby, oraz wiekiem chorego (po 20. roku prawdopodobniejszy przymiot). Przyczyny stosunkowo łagodnego przebiegu gruźlicy przedniej części oka należy szukać także w bogatem unaczynieniu i luźnej budowie odpowiednich tkanek, wskutek czego sprawa pomimo obecności żywych zarazków, rozwija się powoli, lub nie rozwija się wcale. Leber znalazł np. w pozornie wygojonej tęczówce żywe i jadowite prątki Kocha. Przy szczepieniach próbnych, w celu uniknięcia zakażeń pobocznych, należy wystrzegać się używania materyału z miejsc ropiejących, lub takich, w których mikroskop stwierdził obecność innych drobnoustrojów.

2. Knothe mowi o zasługującym na uwagę, spostrzeganym przez siebie przypadku z praktyki. 13-letnia dziewczynka, b. wątłej budowy, niedokrwista; według opowiadań matki stwierdził lekarz dawniej słabe serce. Obudziła się z kaszlem, stałym bolem w prawej stronie klatki piersiowej; ból gardła, przedmiotowo w gardle tylko wyraźne zaczerwienienie, ciepłota zrana 39·9, wieczorem podczas pierwszego badania 40; tętno 124, bez przerw, oddech przyspieszony 48, powierzchowny. Granice serca prawidłowe, tony głuche, bez szmerów. Z tyłu pod prawą łopatką odgłos wypukowy, nieco tępszy. Chora oddycha tak powierzchownie, że trudno rozstrzygnąć, czy tamże, oraz w okolicy pachowej słychać przy osłuchiwaniu lekkie tarcie, czy też drobne rzężenia. Oddech w wyżej wspomnianych miejscach, a także z przodu z prawej strony znacznie osłabiony, pęcherzykowy. Plwociny chora nie odkrztusza. Brzuch nie wzdęty. Nad prawą jego połową mięśnie skurczone tak, że głębokiego obmacania wykonać nie można, jednakże ucisk niebolesny, przytomność zachowana; mocz zawierał zaledwie ślady białka. Zalecono: suche bańki, okład z chloroformu i salicylanu sodowego (0·35 + kodeiny 0,008 + kofeiny 0,015 (1 × 4). Na drugi dzień przedpołudniem śmierć wśród objawów zapadu; chora do końca przytomna. — Ponieważ przed kilku dniami starsza siostra prze-

bywała grypę, przypuszczać możnaby i tu **grypowe zapalenie płuc, a niezwykle szybką śmierć** przypisać porażającemu działaniu toksyn na serce, prawdopodobnie stanowiące u chorej »miejsce mniejszej odporności«.

W dyskusyi brali udział: Cichocki, Januszkiewicz, Sągajło, K. Jarocki i Sochacki.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekcya odbyła w r. 1907 pięć posiedzeń w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

I. posiedzenie dnia 29. stycznia 1907.

1) Dr Czyżewicz: Sprawozdanie roczne.

2) Sprawy zawodowo-lekarskie.

II. posiedzenie dnia 26. lutego 1907.

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Wybór Wydziału sekcyi na rok 1907. Wybrani zostali: Przewodniczącym Dr Władysław Czyżewicz, zastępcą Dr Sebastyan Mach, sekretarzem naukowym Dr Roman Puzon, sekretarzem administracyjnym Dr Max Feldmann; wydziałowym Dr Antoni Sawicki; delegatami na Walne Zgromadzenie Dr Czyżewicz, Dr Sawicki, zastępcami Dr Jarosław Turzański i Dr Zygmunt Meisels.

3) Dr Müller: Najnowsze środki znieczulające w chirurgii.

4) Dr Müller przedstawia chorych, operowanych w szpitalu: *a*) chorego, lat 70 liczącego, **ze złamaniem powikłanem i zgnieceniem kości ciemieniowej lewej**, krwawieniem tętnicy skroniowej i objawami niemoty ruchowej; ubytek kości ciemieniowej, powstały po częściowem wyjęciu, częścią po podważeniu odłamków i obrównaniu brzegów kostnych, 6 ctm. długi, 3 ctm. szeroki; objawy niemoty pozostały w pierwotnym stanie, zresztą wyleczenie; *b*) chorego, lat 10 liczącego, z **powikłanem złamaniem i wgnieceniem kości czołowej** lewej, rozdarciem opon i zmiażdżeniem istoty mózgowej; — wyleczenie.

5) Taryfy lekarskie minimalne w zakresie dentystyki.

Sekretarz: *Dr Puzon.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. Na dwóch posiedzeniach miesięcznych »Koła lekarzy szkolnych« toczyły się ożywione rozprawy nad odczytem L. Wernica p. t.: »Pogląd na uświadomienie płciowe młodzieży i rzeczywiste jego znaczenie profilaktyczne«. Ankiety Kowalskiego, Łazowskiego i Falskiego, obejmujące z górą tysiąc odpowiedzi od młodzieży, doprowadziły do następujących wniosków: 1) 80% młodzieży dowiaduje się o sposobie przyjścia na świat ludzi już przed dojściem do 12 r. życia; 2) 90% tych uświadomionych dowiedziało się o tem od kolegów, rówieśników i sług, tylko 10% od rodziców; 3) osoby niepowołane i ciemne, uświadamiające dzieci, stają się często ich doradcami, prowadzącymi do zbyt wczesnego pożycia płciowego i wywierającymi wpływ ze wszech miar szkodliwy. Celem rozumnego uświadamiania jest zapobieżenie zbyt wczesnemu życiu płciowemu i chorobom płciowym. Środki do osiągnięcia tych celów polegają na oddziaływaniu 1) umysłowem przez odpowiednie rozmowy rodziców z dziećmi w okresie przedszkolnym, lekarzy szkolnych i na wykładach, 2) moralnem przez przykład otoczenia i 3) cielesnem zapomocą zajęć na świeżem powietrzu, sportów zamiast gier, natrysków. Rozumne i odpowiednie uświadamianie nie usunie wpływów płciowych dziedzicznych, ale wywrze wpływ znaczny na wady nabyte, szczególniej na zboczenia naśladowcze. Dla osiągnięcia odrodzenia fizycznego nie wystarczy oddziaływać na duszę dziecka; należy zmienić gruntownie dzisiejszą etykę wogóle.

W dyskusyi uważa W. Goździcki metodę uświadamiania w walce ze zboczeniami życia płciowego za broń mało skuteczną i obosieczną. Iluż to ludzi, doskonale wiedzących o szkodliwości wszelkiego rodzaju nadużyć (lekarze, studenci) postępuje codziennie wbrew posiadanej wiedzy: czegoż więc spodziewać się należy od dzieci i młodzieży dorastającej! Nadto nigdy nie można być pewnym, czy uświadomienie, chociażby przez najprzezorniejszego ojca lub lekarza, nie popchnie dziecka w kierunku niepożądanym. W walce z rozwiniętym już samogwałtem należy kierować się zasadą: mało słów, a energiczne przekształcenie warunków życia wychowańca, ażeby oderwać go od myśli, ześrodkowanych chorobliwie na jednym ponkcie. Uświadamianie gromadne (wykłady) sprzeciwia się kardynalnej zasadzie medycyny, zasadzie indywidualizowania. Mowca zgadza się na działanie na młodzież starszą, której większość uprawia już życie płciowe, wśród której indywidualizowanie jest łatwiejsze, ale nie przypisuje wielkiego znaczenia społecznego uświadomieniu, gdyż nie ma ono zastosowania w szkole ludowej, a całą »kwestyę płciową« radzi traktować jako rzecz zwykłą, na równi z innemi zagadnieniami życia codziennego; rozwiązanie sprawy uzdrowotnienia młodzieży uważa za zależne od czynników przedewszystkiem ekonomicznych. — St. Markiewicz wyraża zadowolenie z tego, że sprawa uświadamiania płciowego, będąca przedmiotem namiętnych rozpraw na wiecach publicznych, dostała się wreszcie pod obrady osób biegłych. Mowca jest wręcz przeciwny uświadamianiu płciowemu w szkole, ponieważ tryb szkolny nie pozwala na indywidualizacyę w uświadamianiu i ponieważ dotąd niema ściśle określonej i wypróbowanej metody postępowania. Wreszcie akcya taka dotyczyłaby jedynie dzieci zamożniejszych, dzieci zaś niezamożne i wiejskie wskutek niedoli społecznej niestety dochodzić muszą przedwcześnie do uświadomienia płciowego. Przyczyn wad cielesnych i duchowych naszego narodu nie należy dopatrywać się jedynie w życiu płciowem i nietylko w uświadamianiu płciowem szukać trzeba lekarstwa przeciw zboczeniom płciowym, ale głównie w odpowiedniej metodzie wychowania, szczególniej cielesnego. Uświadomienie płciowe jest pożądane, ale jedynie przez rodziców lub lekarza domowego. Lekarz szkolny może tu współdziałać tylko drogą porozumienia z rodzicami lub opiekunami dziecka. — Pyrz zamiast udziału w dyskusyi złożył swą broszurę o omawianym przedmiocie; jest przeciwny uświadamianiu według metody prelegenta. — W końcu L. Wernic jeszcze raz uzasadniał swe poglądy.

Prezydyum Koła w r. 1908 stanowią: St. Kopczyński prezes, L. Wernic wiceprezes, W. Knappe sekretarz, W. Chodecki skarbnik. *W. K.*

W sprawie lekarzy szkolnych zakończyło swe obrady »Austryackie Towarzystwo badania dzieci w Wiedniu« w d. 27. I. 1908. Dr Stern mówił o zboczeniach mowy u dzieci szkolnych, dowodząc statystycznie, że jąkanie się pogarsza się w szkole i udziela się innym dzieciom, natomiast na inne wady wymowy wywiera szkoła wpływ korzystny. Prof. Sternberg domagał się lekarzy szkolnych dla młodzieży rzemieślniczej. Prof. Escherich żądał podziału opieki nad szkołami między szkolnych lekarzy urzędowych, wykonujących ogólny nadzór higieniczny nad szkołami, i lekarzy szkolnych »prywatnych«, opiekujących się zdrowiem młodzieży szkolnej; temu podziałowi sprzeciwiał się Dr Teleky. Delegat ministerstwa oświaty Dr Heinz, powołując się na to, że już (zamierzone od najbliższego roku szk.) ustanowienie lekarzy szkolnych w 64 rządowych seminaryach nauczycielskich pociągnie za sobą znaczne wydatki, uważa instytucyę lekarzy szkolnych w szkołach ludowych za niemożliwą ze względu na koszta; zresztą obowiązki lekarzy szkolnych już teraz są przydzielone lekarzom powiatowym. (Wiadomo jednak, że nie zastępuje to ani w małej części instytucyi lekarzy szkolnych, bo lekarzy powiatowych jest zbyt mało i mają zbyt rozległe inne zadania. *Przyp. spr.*). *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1907 . . .	356,640	158,450
W styczniu 1908 . . .	33,197	5,820
razem .	389,837	164,270

Dr Żydłowicz, administrator.

Ruch przedwyborczy lekarzy galicyjskich z powodu wyborów do Sejmu omawia Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (3) i w »Polnische Post« (5), nie rokując wprawdzie, by lekarze zdobyli tym razem należnej liczbę krzeseł poselskich, ale podkreślając, że ruch ten przyniesie korzyść przez to, iż zwróci uwagę szerokich kół na konieczność reform na polu sanitarnym w kraju. *R.*

Najbliższy międzynarodowy zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się, jak donosiliśmy, w Waszyngtonie między 21. września a 12. października 1908. Udział w zjeździe i fundusze potrzebne przyrzekło siedem ministerstw Stanów Zjedn., a mianowicie: ministerstwo spraw wewnętrznych, finansów, wojny, marynarki, rolnictwa, handlu i pracy. Poszczególne Stany, jakoteż i bardzo wiele stowarzyszeń państwowych i prywatnych postanowiło przyczynić się do powodzenia tego wielkiego dzieła. Prace w sekcyach kongresu będą trwały od 28. IX. do 3. X. W tym czasie odbędą się dwa posiedzenia ogólne. Przez cały czas od 21. IX. do 28. X. będzie otwarta wystawa przeciwgruźlicza, a wybitni uczeni będą mieli na wystawie odczyty. Na wystawie roz-

dzielane będą druki gruźlicze wszystkim, co je zechcą wziąć, a nadto będą one wysyłane pod każdy wskazany adres. Tysiąc dolarów przeznaczono jako nagrodę dla tego stowarzyszenia prywatnego, którego działalność od czasu ostatniego zjazdu, t. j. od r. 1905, okaże się najskuteczniejszą w zwalczaniu gruźlicy. Tysiąc dolarów nagrody otrzyma projekt na najlepsze uzdrowisko przeciwgruźlicze dla klasy pracującej. Projekt ten musi być w najdrobniejszych szczegółach (budowa, wyposażenie, administracya) dokładnie opracowany. Tysiąc dolarów przeznaczono na nagrodę za najlepszy projekt domu robotniczego, tak zbudowanego, by możliwie chronił przed gruźlicą. Kilka mniejszych nagród wyznaczono za prace, poświęcone popularyzowaniu wiedzy o gruźlicy. Zjazd będzie się dzielił na 7 sekcyi: 1) patologia i bakteryologia, 2) klinika i leczenie gruźlicy, 3) chirurgia i ortopedya, 4) gruźlica u dzieci, 5) gruźlica z punktu widzenia higienicznego, przemysłowego, ekonomicznego i społecznego, 6) kontrola państwowa i gminna w sprawie gruźlicy i 7) gruźlica zwierząt i jej znaczenie dla człowieka. Wykłady będą przed zjazdem wydrukowane w językach niemieckim, francuskim, hiszpańskim i angielskim i rozdawane członkom zjazdu w dzień wykładu. Rozprawy będą jak najstaranniej streszczone i w 3 miesiące po kongresie ogłoszone. Prace komisyi, konferencye i sprawozdanie wystawy obejmą 4 tomy (około 2,000 stron). Członkowie zjazdu dzielą się na 2 klasy. Członkowie czynni zapłacą po 5 dolarów i otrzymają wszystkie publikacye; członkowie nadzwyczajni opłacają po 2 dolary, nie otrzymają publikacyi zjazdu i nie będą mogli głosować na zjeździe, będą jednak zaproszeni na wszelkie oficyalne uroczystości i będą mogli korzystać ze zniżek mieszkań i przejazdu. Wszelkich wyjaśnień udziela: »International Congress on Tuberculosis«, John Fulton (sekretarz generalny), Washington, Colorado Building, U. S. of. A. *Stahr.*

„Die Gurgel von Berlin". Właśnie wyszedł pod tym tytułem z druku 41. tom sławnych Ostwaldowskich »Gross-Stadt-Dokumente« z pod pióra lekarza z Charlottenburga, Dra Hirschfelda. Rzecz bardzo ciekawa dla higienisty, zarówno jak dla polityka i historyka. Oto niektóre szczegóły: W roku 1905 było w Berlinie 15,941 szynków t. j. 1 na 128 mieszkańców. Domów było w tym czasie 24,493, t. z. że co drugi dom miał przynajmniej jeden szynk, gdzie sprzedawano napoje wyskokowe. Szczególnie ulica Fryderyka (Friedrichstrasse) liczyła więcej szynków, niż domów. Bardzo często bywa po kilka szynków w jednym domu — a niektóre szynki są olbrzymie. I tak n. p. niedawno otwarty »Rheingold« ma najmniej 4,000 miejsc. Na głowę (wliczając w to kobiety i dzieci) przypada rocznie: 214·81 litrów piwa, 9·59 kg. wina, 12·90 kg. wódki. Licząc nisko, wydaje Berlin rocznie na wyskok 206,075,377 marek, t. j. 100·85 marek na głowę. A że dochód roczny na głowę wynosił 743·88 marek, zatem każdy Berlińczyk wydaje na napoje wyskokowe co roku $^1/_7$ swego dochodu. A teraz odwrotna strona medalu: 5.486 mężczyzn i 560 kobiet aresztowano za opilstwo. Na 1,451 osób chorych, przyjętych na oddział wewnętrzny szpitala w Charlottenburgu, było 436, t. j. 30 prc. opilców. Pośród chorych na padaczkę i histero-epilepsyę w Wuhlgarten było 46 prc. (z tego 44 prc. kobiet), pochodzących z rodziców pijaków; 67·2 prc. aresztantów policyjnych stanowią pijacy. Rocznie przechodzi przez ręce policyi berlińskiej po 100,000 osób dzięki wyskokowi. Budżet m. Berlina ma ciężar w postaci okrągłych $6^1/_2$ miliona marek, wywołany alkoholizmem i jego skutkami i t. d. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. I. do 1. II. 1908 doniesiono o 35 nowych przypadkach duru plamistego w 9 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 5), Brzeżany (Chorościec 3, Kozowa 1), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 2), Jaworów (Zawadów 3), Lisko (Łuk 10), Przeworsk (Przeworsk 5), Skałat (Połupanówka 1), Stryj (Pohar 5), o 2 przypadkach ospy w gminie Czerna pow. Chrzanów i o 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Czortkowie (sprawdzono bakteryologicznie). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. I. do 1. II. 1908 zgłoszono przypadków: odry 1, płonicy 6 † 1, duru brzusznego 4, błonicy 3, krztuśca 1 † 1, róży 4 † 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. I. do 1. II. 1908 było przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 4, ospianki 1, płonicy 21 † 1 (2 † —), odry 3 † 1, duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1). *L.*

Dur powrotny zaczyna się po paromiesięcznej przerwie znowu pojawiać w Warszawie (»Gaz. lek.« 4).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Twórcy szpitala i kolonii leczniczej dla dzieci krakowskich, czcigodnemu Prof. Jakubowskiemu, nadała Rada miejska d. 6. II. b. r. obywatelstwo honorowe, najwyższy zaszczyt, jakim rozporządza, a którego udziela bardzo wyjątkowo.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 5. II. 1908 posiedzenie, na którem Dr Steuermark przedstawiał przypadki mięsaków, naświetlanych promieniami Roentgena, a Doc. Chlumsky mówił o wpływie gimnastyki szwedzkiej na boczne skrzywienia kręgosłupa. W dyskusyi przemawiali: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Ciechanowski, Prym. Dr Wachtel i prelegenci.

— Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego opuściło prasę dzieło pod tytułem: »Nauka o położnictwie«, napisane przez Prof. H. Jordana i Doc. Stanisława Dobrowolskiego. Dzieło to jest do nabycia w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie po 18 K za egzemplarz.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Matylda Radwańska, rodem z Cieszanowa.

Lwów. We Lwowie zawiązał się wobec zbliżających się wyborów do Rady miejskiej »Komitet reformy gospodarki miejskiej«, który w swoim programie wyborczym domaga się m. i. reform sanitarnych, a mianowicie: reorganizacyi miejskiej służby zdrowia, energicznej akcyi zarządu miasta celem uzyskania od rządu i od kraju odpowiedniej subwencyi na asanacyę m. Lwowa, przyspieszenia budowy miejskiej sieci kanalizacyjnej, łaźni i kąpieli ludowych, przestrzegania przepisów budowlano-higienicznych, zapewnienia chorym na choroby zakaźne leczenia szpitalnego, uregulowania opieki nad ubogimi chorymi, nad kalekami i nieuleczalnymi, systematycznego zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych, nadmiernej śmiertelności niemowląt, alkoholizmu, wydatniejszego współdziałania gminy na polu higieny szkół i młodzieży, sprężystego nadzoru sanitarnego nad artykułami żywności, nad stosunkami higienicznymi w pracowniach, fabrykach, w hotelach, handlach, na ulicach i t. d.

— D. 1 lutego 1908 odbył się wykład habilitacyjny Dra Maryana Frankego, poczem Wydział lekarski mianował Dra Frankego docentem prywatnym medycyny wewnętrznej.

— Jak donosi »Tyg. lek«. (5) sprawa objęcia lwowskiego szpitala dla dzieci im. św. Zofii przez kraj postępuje naprzód i już w najbliższej sesyi ma Wydział krajowy przedłożyć Sejmowi odpowiednie wnioski na zasadzie układów, które odbędą się z obecnym zarządem szpitala w dniach najbliższych.

— Zachęcony przez bardzo liczne zgłoszenia lekarzy ze wszystkich dzielnic naszych, otwiera »Głos lekarzy« od 1. marca 1908 stałą rubrykę w języku Esperanto, którą w razie powodzenia zamieni na stały osobny dodatek w tym języku.

— »Głos lekarzy« (3) oświadcza, że Dr Mikołajski nie ubiega się o mandat sejmowy.

— Sekcya przemyska Towarzystwa lekarzy galic. odbyła od 17. VI. do 31. XII. 1907 posiedzeń 11, na których obradowano nad taryfą lekarską i innemi sprawami zawodowemi. W d. 20. XII. 1907 miał Dr Ehrlich wykład z demonstracyami p. t. »O zimnicy na podstawie najnowszych badań«. Na posiedzeniu w d. 10. I. 1908 przedstawił Dr Kutna sprawę zakładu wodoleczniczego w Przemyślu, a Dr Doliński sprawę lekarzy sądowych. Na posiedzeniu tem, na którem odbyć się miały wybory zarządu na r. 1908 i złożone być miało sprawozdanie roczne, było obecnych tylko 2 (dwóch) członków sekcyi, a 15 — gości. Wogóle do Sekcyi przemyskiej, obejmującej 3 powiaty, w których znajduje się 50 lekarzy, należy tylko 10 członków. (»Głos lek.« 3).

Warszawa. Na wydziale matematyczno-przyrodniczym Towarzystwa wyższych kursów naukowych wykładane są w r. b. między innymi: biologia i fizyologia (J. Sosnowski), embryologia (J. Tur), antropologia (K. Stołyhwo), biologia patologiczna (D. Hellin), bakteryologia ogólna (Dr J. Brunner).

— Sekretarzem stałym Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wybrano 4. II. b. r. Dra Alfreda Sokołowskiego. Poprzednikiem Dra Sokołowskiego na tym dożywotnim urzędzie, który tradycyjnie jest najzaszczytniejszym w Towarzystwie, był ś. p. Prof. Hoyer.

— W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem wybrani zostali do zarządu na r. 1908: prezesem Dr Ks. Jasiński, wiceprezesem Dr B. Krusche, sekretarzami Dr Sonnenberg i Michalski, podskarbim Dr Littauer, bibliotekarzami Dr Prechner i Mogilnicki.

— Dr Michalski i Trenkner objęli, jako »wydawcy« administracyę »Czasopisma lekarskiego« w Łodzi.

— W Łodzi powstaje »Liga przeciwgruźlicza«.

— Dr Józef Czajkowski w Sosnowcu obchodził 26. I. b. r. dwudziestopięciolecie pracy lekarskiej. W obchodzie, urządzonym przez sosnowiecki oddział Towarzystwa lek. częstochowskiego, uczestniczył prezes Towarzystwa, Dr Wł. Biegański, który wręczył jubilatowi dyplom członka honorowego Towarzystwa.

— I Zjazd lekarzy gubernii mińskiej, zorganizowany przez Mińskie Towarzystwo lekarskie, rozpoczyna się d. 4. II. 1908 i trwać będzie 4 dni. W zjeździe wezmą udział lekarze ziemscy, wolnopraktykujący, powiatowi, miejscy, kolejowi i wojskowi. Przedmiotem obrad, oprócz referatów i wykładów naukowych, będą: sprawa pomocy lekarskiej w gubernii mińskiej, statystyka chorobowości i śmiertelności, stan t. zw. »medycyny ziemskiej«, stan sanitarno-lekarski miasta Mińska, wreszcie sprawy zawodowe.

Z różnych stron. »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu« odbył w d. 18/31 stycznia 1908 walne zgromadzenie organizacyjne, na którem dokonano wyborów zarządu i utworzono w łonie Związku osobną sekcyę przyrodniczą. Wybrani zostali: prezesem Prof. S. S. Zaleski; wiceprezesami: Prof. Ziemacki (sekcyi lekarskiej) i p. Jaczewski (sekcyi przyrodniczej); sekretarzami sekcyi lekarskiej Doc. Sowiński (dla posiedzeń naukowych) i Dr Uliński (dla spraw administracyjnych), a sekretarzem sekcyi przyrodniczej p. Smoleński; skarbnikiem Dr A. Karnicki, bibliotekarzem Dr Jastrzębski, jego pomocnikiem p. Żegota, członkami Rady (sekcyi lekarskiej): Prof. Raczyński, Dr Wolański, Doc. Z. Orłowski, Dr Zakrzewski, kandydatami Dr Marcinkiewicz i Dr Wojciech Kozłowski; (sekcyi przyrodniczej): pp. Wiktor Staniewicz i Dzierżgowski, kandydatem p. Friezendorf; do komisyi rewizyjnej: Dr Kamieński (przewodniczący), Dr Wierciński, Dr Wilamowski i p. Wachowski. — Uchwalono jednomyślnie uznać »Przegląd lekarski« za organ Związku, a Prof. Witolda Orłowskiego mianować pierwszym członkiem honorowym Związku. — Ustawa Związku, którą jako założyciele podpisali Prof. Zaleski, Prof. Ziemacki i nieżyjący już dziś Dr Strawiński, obejmuje zakres bardzo szeroki; prócz działalności naukowej ma Związek prawo do działalności popularyzatorskiej, humanitarnej i zawodowej, może prócz posiedzeń naukowych urządzać wykłady i narady publiczne, kursy popularne, zjazdy, wystawy, wycieczki naukowe, zakładać muzea, pracownie, lecznice, uzdrowiska, ochrony, szpitale, apteki, kasy wzajemnej pomocy i t. p., oraz tworzyć dla tych zadań w swem łonie osobne wydziały i oddziały filialne.

Powitawszy z radością wiadomość o zatwierdzeniu ustawy Związku, uzyskanem po wielu przeszkodach i zwłokach, przesyłamy Związkowi przy rozpoczęciu działalności raz jeszcze najszczersze życzenia jak najpomyślniejszego rozwoju ku pożytkowi nauki i naszego społeczeństwa.

— Nowy statut Towarzystwa lekarskiego polskiego w Kijowie, uprawniający je do wyboru pełnego prezydyum, założenia biblioteki i kasy, oraz do tworzenia oddziałów prowincyonalnych, został zalegalizowany.

— Deputacya galicyjskich lekarzy powiatowych, złożona z Dr Czyżewicza, Danielskiego, Godlewskiego i Wursta, przedłożyła w Wiedniu rządowi petycyę o polepszenie bytu i stosunków awansowych.

— Prezesem »Spolku českych lekařů« w Pradze na rok 1908 wybrany został ponownie Prof. Hlava, wiceprezesem Dr Chvojka.

— Jak donosiliśmy, przeznaczono na wydatki zwyczajne 7 wydziałów lekarskich w Austryi w r. 1908 — 4,816,807 K, a na nadzwyczajne 1,054,014 K. Jak to uposażenie jest nizkie, wskazuje porównanie z budżetem wydziałów lek. pruskich na tenże rok, obejmującym w wydatkach zwyczajnych 14,312,000 Mk, w nadzwyczajnych 4,075,600 Mk. Wydział lekarski berliński kosztować będzie w r. 1908 3,508,000 Mk. (gdy wiedeński tylko 1,603,605 K), mniejsze wydziały po 1—1½ miliona Mk., a nawet takie wydziały, jak w Gryfii (630,000), Göttingen (745,000), Marburg (899,000 Mk.) mają budżety znacznie większe, niż wydziały w Krakowie, Lwowie, Gracu i Insbruku.

— W Maryenbadzie zakłada miejscowe Towarzystwo lekarskie sanatoryum dla lekarzy. Lekarze (na razie tylko austryaccy i niemieccy) otrzymają bezpłatne pomieszkanie i rozmaite ułatwienia pobytu. Komitet (»Comité zur Errichtung eines ärztlichen Erholungsheimes in Marienbad«, Dr Grimm, Stark i Zörkendörfer) zwraca się do korporacyi lekarskich i wszystkich lekarzy w Austryi z prośbą o ofiary na budowę lecznicy. W roku bieżącym postarał się komitet myśl swą częściowo urzeczywistnić i rozporządza już 70 pokojami, które może w maju i we wrześniu r. b. oddać bezpłatnie lekarzom (zgłoszenia najdalej w kwietniu).

— W r. 1907 było w Niemczech 31,416 lekarzy (o 485 więcej, niż w r. 1906). Z miast ma w stosunku do ludności najwięcej lekarzy Wiesbaden (25,4 na 10,000), potem Monachium (15,9), Frankfurt (12,1), Berlin i Karlsruhe (11,7). Frekwencya na wydziałach lekarskich znowu szybko wzrasta (7,574 w r. 1907, a 6,570 w r. 1906).

— Miasto Charlottenburg pod Berlinem tworzy osobną klinikę dentystyczną dla młodzieży szkolnej, w której zajętych będzie stale 3 lekarzy. Podobną instytucyę zamierza też urządzić Berlin.

— Za staraniem niemieckiego komitetu badania raka powstały podobne komitety prawie we wszystkich państwach europejskich i w Ameryce, wobec czego wkrótce będzie utworzony »Międzynarodowy Związek badania raka«.

Mianowani: profesorami nadzwyczajnymi w Wiedniu docenci: Klein i Pauli (med. wewn.), Pilcz (neurol.), Schnitzler (chir.), Mandl (ginekol.), Gomperz (otyatrya).

Zmarli: Dr Adam Jakubowski, długoletni burmistrz m. Grybowa, wiceprezes grybowskiej Rady powiatowej, w Grybowie; Dr Stefan Henzel, lekarz czerniowieckiego szpitala powsz., w Kossowie;

słynny chirurg Prof. Senn w Chicago; patolog Prof. Thierfelder w Rostocku.

Sprostowanie. W artykule Dra Sędziaka w Nr 4 na str. 43 szp. 2 w. 19 zamiast »Germanieja« czytaj »Germonica«; w. 23 po słowie »Semon« dodaj znak [4]), zamiast następnego [4]) ma być [5]). Na str. 44 po słowach »dodaje Rupprecht« dodaj znak [6]), zamiast zaś następnych [5]) [6]) [7]) [8]) ma być [7]) [8]) [9]) [10]).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Spirosal. (Dr Ludwig Schönheim, »Budapesti Orwosi Ujsag« Nr 27, 1904) poleca się w tych samych przypadkach, co mesotan, spirosal jednak przewyższa go o tyle, że nierozcieńczony nie drażni skóry, nawet przy dłuższem stosowaniu, i że niema zapachu. S. korzystał zeń w licznych przypadkach podostrego zapalenia stawów, gdzie wewnętrzne stosowanie przetworów salicylu nie skutkuje, albo bywa źle znoszone przez chorych, a miesienie i zabiegi wodolecznicze są niemożliwe z powodu obrzęku i bolu stawów. Kilkoma kroplami spirosalu naciera się nim obrzękłe kończyny raz na dzień. Po natarciu w niewielkiej nawet ilości odczuwa się palenie skóry, które jednak rychło znika. Dobry wynik uzyskał S. przez nacieranie spirosalem w kilku przypadkach rwy kulszowej, nerwobolów, gośćca i przewlekłego zapalenia opłucnej. *Br.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 15 lutego 1908. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z problemów klinicznego nauczania położnictwa i ginekologii.

Napisał
Prof. Dr Aleksander Rosner.
(Wykład wstępny w d. 15. XI. 1907)

(Dokończenie).

Gaz rozweselający odbiera lub zamracza świadomość tylko na czas bolu, — w pauzie rodząca jest zupełnie przytomna; w metodzie Gaussa przeciwnie śpi podczas pauzy, budzi się podczas bolu. Przy użyciu gazu rozweselającego nie ma ani śladu niepamięci, a choć nawet chwilowo na sekundy znika świadomość, to drobne te wyspy nie odgrywają żadnej roli; rodząca ma to przeświadczenie, że nie straciła świadomości ani na chwilę. W metodzie Gaussa przeciwnie: — dąży ona do niepamięci i za ideał uważa to, żeby rodząca nie przypominała sobie tego, że rodziła i że ją przytem bolało.

Daleki jestem od krytykowania tej lub innej metody, zwłaszcza dopóki obu nie wypróbowałem, zaznaczam tu tylko, że zależnie od usposobienia, od sentymentu, uważać można za ideał w zakresie znieczulenia porodowego jeden lub drugi sposób, choć w istocie swojej są one dyametralnie sprzeczne.

Wogóle cała sprawa znieczulenia podczas prawidłowego porodu, to dziedzina, w której nie dojdziemy nigdy do przedmiotowego porozumienia, dziedzina, w której rozstrzygać będzie osobowość, podmiotowość lekarza.

Są tacy, którzy nie widzą, nie odczuwają wogóle potrzeby znieczulania, powołując się na to, że ból porodowy, to nie choroba, to stan prawidłowy, który nie wymaga leków. Są inni, którzy dochodzą do tego samego wyniku, mając w pamięci słowa biblijne: »rodzić będziesz w bolach«. Są tacy, którzy sądzą, że każdy ból powinien być znieczulony, że jest rzeczą nieludzką patrzeć na osobę cierpiącą, jeśli jej dopomódz można. Stosują oni przy każdym porodzie środki znieczulające. Inni znowu mówią, że znieczulać trzeba tylko wtenczas, jeśli bole silniejsze od prawidłowych albo osobnik cierpiący wrażliwszy od prawidłowego. I innych zdań i zapatrywań nie braknie. Czy wszystkie te umysły, rozstrzygające to proste pytanie: »Znieczulać, czy nie znieczulać« w tak rozmaity sposób, tak niepodobnie do siebie, czy umysły te znajdą się kiedy we wspólnym obozie? Czy zgodzą się na jedno? Na pewne powiedzieć możemy, że to nie nastąpi nigdy, bo choćby nam dano do ręki środek idealny pod każdym względem, nie zastosuje go przecież ten, kto zasadniczo z tych lub innych względów przeciwny jest znieczuleniu.

Ale i w obozie tych, którzy zasadniczo pragną zmniejszać lub usuwać bolesność porodu, nie łatwo osięgnąć się da zgoda w wyborze środka. Tu znowu indywidualizm lekarza musi rozstrzygać. Jeśli np. ktoś uważa za ideał to, że rodząca nie wie, że rodziła, to łatwo znaleść się może ktoś inny, który powie, że kobieta wśród porodu powinna mieć pełną świadomość, powinna wiedzieć, że urodziła to, a nie inne dziecko, że więc ideałem będzie środek znieczulający, przy użyciu którego zachowana jest świadomość i pamięć. Ci dwaj poszukiwacze rozejdą się w dwie przeciwne strony i znajdą dwa środki tak w działaniu do siebie niepodobne, jak skopolamina i gaz rozweselający.

Przytoczyłem dwa przykłady, z których jaśniej, niż gdzieindziej widać, że największa dokładność spostrzeżeń nie doprowadzi nigdy do tego, żeby dwaj spostrzegacze widzieli to samo, dochodzili do tych samych wyobrażeń i wysnuwali z nich ten sam wniosek.

Każde spostrzeżenie zjawiska zupełnie mechanicznego, zabarwia człowiek swoim indywidualizmem, choć to, co spostrzega, leży w »świecie dającym się mechanicznie tłumaczyć«, że użyję tu filozoficznego terminu Chamberlaina. Zjawisko, które spostrzega, istnieje tylko przez to, że je spostrzega. Idąc drogą filozofii Kantowskiej mielibyśmy prawo powiedzieć, że nie ma jednego zjawiska spostrzeganego równocześnie przez kilku ludzi, tylko jest tyle zjawisk, ilu spostrzegaczy. Cóż więc dziwnego, że każdy z nich widzi co innego.

Ścisła, dokładna metodyka naukowa doprowadzi zapewne do tego, że wyobrażenia nasze o tem, co spostrzegamy, będą bardzo pokrewne, prawie takie same; mówiąc językiem lekarskim, ta metodyka naukowa sprawi, że rozpoznania nasze będą zgodne, mimo, że i tu nie unikniemy ogarniającego wszystko subjektywizmu.

Wobec chorej i choroby, która jest, jak wszystko inne, zjawiskiem przyrody, nie możemy, nie chcemy być fotografami, tylko artystami. Tak samo, jak artyści, nie ustrzeżemy się często przed tem, że u badanego przedmiotu spostrzeżemy wybitniej jeden rys od drugiego, co gorsza, że wielu rysów nie spostrzeżemy wcale, które inny zauważy i na których oprze gmach rozpoznania.

To poczucie subjektywizmu i wynikającego z niego

niebezpieczeństwa dla uczenia się i nauczania każe nam właśnie trzymać się jak najściślej i najdokładniej pewnej metody spostrzegania, metody, która stworzy złudzenie, że jesteśmy objektywni i która uchroni nas przed opuszczeniem pozornie drobnych, czasem jednak najważniejszych spostrzeżeń.

Równocześnie będzie ona hamulcem przeciw szkodliwej dla nauczania rozbieżności, co będzie jej zaletą wówczas, jeśli właśnie nie będzie zbytnio krępować podmiotowości spostrzeżeń, jeśli w jej ramach będzie miejsce na indywidualizm spostrzegacza.

I oto pierwsze zadanie szkoły klinicznej: stworzenie i nauczenie metody spostrzeżeń, którąby była możliwie najściślejszą i najdokładniejszą, przytem jednak żywą, myślącą, przystosowującą się do ciągle postępującej nauki i nie krępującą indywidualizmu badacza; metody, którąby podmiot badający pobudzała do samodzielnego myślenia.

Zadanie to nie łatwe. Daleko wszakże trudniejszem jest zadanie drugie. Zaczyna się ono tam, dokąd doprowadza wynik pierwszego, czyli zaczyna się z chwilą dokonanego rozpoznania.

Jest niem wspólne ocenienie doniosłości objawu lub choroby i wspólne, jednakowe u uczącego i uczących się przeświadczenie o potrzebie takiej a nie innej drogi postępowania leczniczego. Czy taka wspólność jest wogóle możliwa, czy zadaniem szkoły jest doprowadzić do tej wspólności przekonań? Czy przeciwnie obowiązkiem uczącego i rozstrzygającego nie jest tylko wytłómaczenie swojego podmiotowego stanowiska, usprawiedliwienie się niejako, dlaczego tę a nie inną drogę wybiera? Oto pytania i wątpliwości, które nasuwają się, a na które nie łatwo odpowiedzieć.

Pamięć mówi nam, że kiedy byliśmy w szkole i kiedy mieliśmy za przewodników wybitnych w nauce mężów, przyjmowaliśmy od nich ich metodę badania i ich technikę leczenia (operacyjnego), nie zgadzaliśmy się jednak czasem na niektóre zapatrywania i na niektóre wnioski. I czuliśmy, że opozycya nasza rozgrywa się w takich głębiach, do których nie może zstąpić żadne przekonanie cudze.

Starajmy się to wyjaśnić. Jeśli i tu trzymać się będziemy określeń filozoficznych Chamberlaina, to powiemy, że poza »światem, dającym się tłómaczyć w sposób mechaniczny« jest drugi świat, nie dający się w ten sposób tłómaczyć, czyli jest świat poza nami i w nas.

Z chwilą, kiedy zebraliśmy wszystkie objawy czyli zbadaliśmy przedmiot, w tej chwili kończy się wpływ tego świata poza nami, a rozpoczyna się drugi akt: ocenienie znaczenia i doniosłości cierpienia i plan postępowania leczniczego. Cała czynność rozgrywa się teraz w nas samych, a rozstrzygającą często rolę odgrywają cechy indywidualne badacza, jak litość, stanowczość, wiara w swoje siły i t. d. Powróćmy do naszych przykładów: twierdzenie Pinarda, że wymóżdżenie dziecka żywego jest bezprawiem lekarskiem, wypływa z jego indywidualnego ustroju i nie da się nikomu zaszczepić. Również twierdzenie Króniga, że prawidłowe bóle porodowe wymagają koniecznie znieczulenia, jest jego przeświadczeniem, które nikogo nie przekona, kto tego samego nie czuje i bez wywodów Króniga.

Tak więc odpowiedź na pytanie, któreśmy sobie zadali, wypada po części ujemnie. Dochodzimy do przekonania, że w niektórych dziedzinach myśli lekarskiej nie jest ani pożądane ani możliwe ujednostajnienie pojęć i że żadna, choćby najściślejsza metodyka badania nie doprowadzi do tego, żeby w niektórych przypadkach w wyborze drogi postępowania lekarskiego nie odgrywał rozstrzygającej roli podmiotowy sentyment lekarza.

Na szczęście są jednak całe wielkie dziedziny, gdzie uczący może wywrzeć wielki wpływ na przekonania uczących się i pozornie je uformować.

Powiedział Emerson, że w książce cudzej szukamy i znajdujemy tylko to, co jest w nas, ale nieuświadomione. Cudza myśl uświadamia naszą, ale tylko wtenczas, jeśli ona w nas była.

To samo odnosi się do żywego słowa. Słuchając wykładu jasnego i logicznego, miałem nieraz złudzenie, że słyszałem rzeczy znane. Doznawałem dziwnego wrażenia. To myśl, zapatrywanie jakieś nieuświadomione przybierało na stałe postać w moim umyśle, stawało się moją własnością świadomą pod wpływem myśli cudzej. Tak tworzą się w zgęszczonym rozczynie kryształy pod wpływem wstrząśnienia.

Otóż jako drugie zadanie szkoły uważam dopomaganie do tworzenia się w umysłach słuchaczy świadomych pojęć i przekonań. Choćby przekonania te nie były wówczas zgodne z mojemi, wytworzyły się one jednak dzięki mnie i są moją zasługą.

Tak więc dwa widzę zadania przed sobą, kiedy myślę o tej szkole, którą mam prowadzić. Pierwsze, to wprowadzenie uczących się w metodykę badania, powyżej podanemi zastrzeżeniami, które miały na celu największą ścisłość badania przy równoczesnej swobodzie indywidualnej, a drugie, to skrystalizowanie w umysłach uczących się pewnych pojęć w zakresie naszej nauki, budzenie śpiących myśli i dopomaganie w tworzeniu się jak największej ilości świadomych przekonań, zgodnych, sharmonizowanych z tym wewnętrznym światem każdego z nas.

Zadania trudne — ale piękne, warte, żeby im poświęcić wszystkie siły duchowe i fizyczne.

Pharyngitis keratosa punctata.

Podał

Dr A. Januszkiewicz (Kijów).

(Dokończenie.)

W ostatnich czasach spostrzegałem dwa przypadki omawianego cierpienia. W pierwszym warunki praktyki niewielkiego miasta nie pozwoliły mi na ściślejsze jego opracowanie, mogę więc przytoczyć tylko kliniczne dane.

1) Panna S., lat 18, zwróciła się do lekarza przed dwoma miesiącami z powodu słabego bolu, towarzyszącego połykaniu. Lekarz znalazł naloty, które pomimo stosowania zaleconych środków nie ustępują. Zbadawszy chorą, znalazłem na obydwu migdałkach znamienne złogi. Błona śluzowa gardła zlekka zaczerwieniona, gruczoły chłonne nie powiększone. Przy badaniu krtani wziernikiem złogów nie wykryłem. Ciepłota ciała prawidłowa. Na ogół czuje się S. zdrową. Wskazać przyczyny choroby nie umie. Matka zdrowa, ojciec ma porażenie postępowe.

Mając chorą w obserwacyi w ciągu dwóch miesięcy, wyraźnych zmian w stanie gardła nie zauważyłem, pomimo tego, że stosowano rozmaite płukania, smarowania i wziewania. Ponieważ nieznaczny ból przy połykaniu, jaki chorej dokuczał, ustąpił,

miała się chora już za wyleczoną, zwracała się po poradę niechętnie i o dalszym przebiegu sprawy nic nie wiem.

2) Druga chora, panna N., 19 lat, zwróciła się do mnie na początku lutego b. r., uskarżając się na drapanie w gardle i niewielki ból przy połykaniu. Zbadawszy gardło, znalazłem znamienne złogi w liczbie 8—10 na górnej połowie lewego migdałka i 1 na prawym. Przy badaniu jamy nosowogardłowej i krtani (kol. de Lens) wyrośli tam nie znaleziono. Gruczoły podszczękowe i szyjne nie powiększone. Ciepłota ciała, mierzona codziennie od dłuższego czasu z powodu nieznacznej sprawy w szczytach, pozostawała bez zmiany (do 36·7° rano i 37·3° wieczór). W lewym szczycie, jak i poprzednio, oddech przerywany, wydech przedłużony, a chwilami 2—3 trzeszczące rzężenia. W prawym szczycie oddech osłabiony. Niedokrwista. Łaknienie zmniejszone. Dawniej chora często zapadała na zapalenie gardła. Rodzice zdrowi. Gardło chorej badałem przygodnie przed trzema tygodniami i zmian żadnych nie znalazłem.

Wyrośle, w ilości kilku, wydobyte kleszczykami, zostały zbadane w zakładzie chemiczno-bakteryologicznym Dra Lubińskiego. Wynik badania przytaczam dosłownie: «Materyał, dostarczony do zbadania, ma postać drobnych (od ziarenka maku do ziarenka prosa), białawych, dość twardych ziarenek. Przy badaniu drobnowidowem roztartych ziarenek znajdują się na preparatach zabarwionych w wielkiej ilości prątki, wielkością i kształtem przypominające błonicze, trochę tylko cieńsze. Prątki te, jak i błonicze, są nierównomiernej grubości (ze zgrubiałymi lub cienkimi końcami), proste lub zgięte. Od prątka wrzekomo błoniczego różnią się one tem, że są dłuższe i przeważnie zgięte. Prątek barwi się dobrze barwikami anilinowymi i sposobem Grama. Przy barwieniu według Neissera wykrywa się drobne ziarenka. Oprócz tych prątków znajdują się w miernej ilości nici włoskowca jamy ustnej i bardzo mało ziarenkowców. Prątków gruźliczych niema. Co się tyczy pierwiastków tkankowych, to znajduje się dość znaczna ilość zrogowaciałych komórek nabłonka i niewiele ciałek białych krwi. Hodowli prątka na zwykłym i glicerynowym agarze, na pożywce Kiefera, surowicy Löfflera i w bulionie nie udało się otrzymać«.

Opierając się na doświadczeniu ś. p. kolegi Dobkiewicza, który miał w swej prywatnej praktyce kilku takich chorych*), zaleciłem penzlowanie gardła sokiem cytrynowym po dwa razy dziennie; oprócz tego płukała chora gardło rozczynem kwasu borowego z dodaniem dwutlenku wodoru. Sprawa od rozpoczęcia leczenia przestała się rozszerzać, ale gdy w ciągu trzech tygodni wyraźnego polepszenia nie było, usunąłem kleszczykami wszystkie wyrośle, jakie tylko dały się uchwycić i stosowałem w dalszym ciągu poprzednie leczenie. Okazało się, że wyrośle pomimo zastosowanych środków odnowiły się z pozostałych resztek i po trzech tygodniach migdałek wyglądał mniej więcej tak samo, jak i przed usunięciem wyrośli. Powtórzyłem zabieg raz jeszcze, a gdy i teraz nie dał dodatnich wyników, nie oczekując szczególniejszej pomocy od innych leków, nie mogąc zastosować tu środka, którego się chwycił ostatecznie zrozpaczony kolega Dębicki i który go uzdrowił, mianowicie, palenia cygar w dużej ilości, postanowiłem uwolnić chorą od denerwujących ją cierpień i zabiegów leczniczych przez usunięcie zajętych części migdałków, z czem zgodził się kol. de Lens i dokonał odpowiedniego rękoczynu, poczem nawrotu już nie było.

Wycięte części migdałka, utrwalone w 10% rozczynie formaliny z dodaniem 0,1% kwasu chromowego, zostały według zwykłych prawideł zatopione w mieszaninie Altmanna. Skrawki drobnowidowe robiono w kierunku prostopadłym do powierzchni migdałka i równolegle do niej. Preparaty barwiono hematoksyliną i eozyną, błękitem metylenowym, karminem borowym i pikroindygokarminem, sposobem Grama i płynem Lugola.

Badanie drobnowidowe wydało wynik następujący:

Przy niewielkiem powiększeniu (120 razy) widzimy, że powłoka nabłonkowa migdałka w niektórych miejscach jest zgrubiała, w innych prawidłowa, zaś w tych dołkach migdałka (*cryptae*), z których powstają wyrośle, znacznie cieńsza, niż w warunkach prawidłowych. Na powierzchni tej ścieńczałej powłoki nabłonkowej znajdują się ściśle z nią połączone keratohyalinowe masy, wyraźnie warstwowato ułożone. Pokłady, najbliższe powierzchni prawidłowego nabłonka, bardzo zbite, w kierunku zaś środkowej części wyrośle tracą stopniowo spójność, między niemi daje się zauważyć masa drobnoziarnista, której w samym środku jest dużo. Część czopka, swobodnie występująca na powierzchni migdałka, odrazu rozszerza się, przyczem pokłady keratohyalinowe rozchodzą się wachlarzowato i zawierają także dużo masy drobnoziarnistej. W całej tej zrogowaciałej masie wyrośli widzimy na zabarwionych preparatach ciemniejsze wysepki, znajdujące się w rozmaitych warstwach wyrośli, ale niejednakowo rozłożone: najmniej ich w warstwach, sąsiadujących z prawidłowym nabłonkiem, zaś w głębi samego nabłonka niema ich wcale. Jak widać przy silnem powiększeniu, wysepki te składają się z wielkiej ilości drobnych, cienkich, zlekka zgiętych, czasami maczugowato zakończonych prątków, przeważnie ziarnistych. Na preparatach, zabarwionych sposobem Grama, prątki te mają również wyżej wymienione cechy. Są to te same prątki, które zostały wykryte w badanych przez Dra Lubińskiego złogach (patrz wyżej). Nie różnią się one niczem od opisanych przez Prof. Wysokowicza pod nazwą: *bacillus keratosus*.

Prątków tych miejscami jest bardzo dużo, leżą one między keratohyalinowymi pokładami, na powierzchni wyrośli w większej, w głębi w mniejszej ilości, w samym zaś nabłonku ich niema. Oprócz prątków znajdują się tu dość grube nici, rozmaitej długości, barwiące się hematoksyliną, błękitem metylenowym i sposobem Grama. W niciach tych dają się zauważyć gęsto leżące ziarenka, barwiące się płynem Lugola na brunatno z fioletowym odcieniem. Są to nici włoskowca jamy ustnej. W niektórych miejscach tworzą one pęczki, w innych leżą pojedynczo, przeważnie w szczelinach zrogowaciałej masy. W powierzchownych warstwach wyrośli jest ich najwięcej. Na taką głębokość, jak *bacillus keratosus*, nie wnikają.

W niektórych zagłębieniach migdałków spostrzega się przy silniejszem powiększeniu, w zrogowaciałej masie, dość znaczną ilość ciałek białych krwi z jądrami przeważnie w stanie zagęszczenia (*pycnosis*), w innych znów zagłębieniach, jak również między komórkami nabłonka, spotyka się tylko pojedyncze ciałka.

Grudki chłonne w błonie śluzowej migdałka spotyka się w niewielkiej ilości, przyczem w stanie rozrostu kosztem komórek śródbłonka. Zresztą zaś w błonie śluzowej zmian nie ma. Wyraźnego odczynu zapalnego w naczyniach krwionośnych nie stwierdza się.

Otóż, badając preparaty, szczególnie te, gdzie pod wpływem płynu Lugola tak wyraźnie występują nici włoskowca jamy ustnej, przebiegające w rozmaitych kierunkach zrogowaciałą masę wyrośli i ściśle z nią złączone, nie można się dziwić, że tak prędko powstało i utrwaliło się przekonanie, iż włoskowiec jest przyczyną wyżej opisanych zmian. Mimo to jednak, że podobne przypuszczenie nasuwa się samo i ma wszelkie pozory słuszności, zgodzić się z niem nie można i najpoważniejszym zarzutem będzie oczywiście ten, że znane są przypadki omawianej tu sprawy, w których włoskowca nie znaleziono (patrz wyżej); ta zaś okoliczność, że daje się on wykryć w ogromnej większości przypadków, nie ma szczególniejszego znaczenia wobec faktu, że się włoskowca spotyka stale przy rozmaitych cierpieniach jamy ustnej, gdzie jest zmniejszona żywotność tkanek, lub gdzie nastąpił ich rozpad.

Należy szukać innych przyczyn i być może, że prątek, wykryty przez Prof. Wysokowicza (*bacillus keratosus*), dotychczas nieopisany i w prawidłowych warunkach nie znajdowany w jamie ustnej, jest rzeczywistym sprawcą cechującego dane cierpienie ograniczonego rogowacenia nabłonka. Sprawa ta wymaga oczywiście dalszych wszechstronnych badań. W przytoczonym przezemnie przypadku *bacillus keratosus* znajdował się w dużej ilości, miejscami w czystej hodowli.

Co się tyczy nowej nazwy, nadanej tej sprawie przez Prof. Wysokowicza (*pharyngitis keratosa punctata*), to ma ona wielką wyższość nad poprzedniemi, gdyż nie zawiera pojęcia o pierwiastku etyologicznym, co jest dotychczas sprawą sporną, ściśle odpowiada zmianom patologiczno-anatomicznym i bardzo trafnie określa obraz kliniczny.

*) Chorzy ci dostarczyli materyału do badań Prof. Wysokowicza.

Oceny i sprawozdania.

Dr. W. Legeżyński: **Stosunki zdrowotne w mieście Lwowie w r. 1905—6.** Lwów 1907. Nakładem gminy m. Lwowa.

Sprawozdanie sanitarne stolicy kraju, wydane przez dra Legeżyńskiego poraz pierwszy i z tego już także względu wymagające szczegółowego omówienia, stanowi spory tom wielkości 4° o prawie 500 stronicach, uzupełniony następnie licznemi tablicami statystycznemi i grafikonami. Przedstawiono w niem stosunki zdrowotne miasta Lwowa w 12 rozdziałach, obejmujących ogólne stosunki higieniczne i policyi sanitarnej, i środków żywności, budownictwa i pomieszkań, zakładów przemysłowych, stosunki sanitarne w szkołach, zakłady humanitarne, więzienia, areszta i stacyę szupasową, grzebanie zmarłych, służbę zdrowia, apteki, oraz zapobieganie chorobom zakaźnym.

Sposób przedstawienia sprawy nie ma cech jakiegoś ciągu dalszego, pozostającego w łączności z dawnemi sprawozdaniami miejskiego urzędu zdrowia, wydawanemi dawniej przez poprzednika w urzędzie, ś. p. dra Pawlikowskiego. Książka, obecnie wydana, obejmuje zarazem niejako opis urządzeń sanitarnych i higienicznych miasta Lwowa, oraz zakładów humanitarnych i zmierzających do poprawy stosunków zdrowotnych w mieście, oraz i takich, które ze względu na swój charakter pozostają pod dozorem sanitarnym. Powyższy sposób przedstawienia stosunków zdrowotnych, poprzedzony w niektórych ustępach rysem historycznym, przedstawiającym rozwój odpowiedniego działu, nadaje książce dra Legeżyńskiego, opracowanej obszernie i wydanej starannie, znamiona nie jakiegoś sprawozdania, ale raczej przewodnika sanitarnego po Lwowie.

Na obszarze wynoszącym 31 km² liczono we Lwowie w połowie r. 1906 — 176.486 mieszkańców, wśród których liczba urodzeń (żywych dzieci) wynosiła 36·2 na 1000 ludności, zaś śmiertelność 23·2. Śmiertelność ta, przy odliczeniu obcych, spada na 20·6, nie jest jednak najmniejszą, jaką spostrzegano od r. 1889 (po odliczeniu obcych), jakkolwiek stwierdzić należy, że w ostatnich latach pięciu śmiertelność zwolna się zmniejsza. Co do przyczyn śmiertelności, to na gruźlicę przypada prawie 28 prc. zmarłych w r. 1906, na inne choroby zakaźne 5·8 prc. zmarłych; śmiertelność niemowląt wynosiła 36·2 prc. W ogólności zabrała z pośród ogółu swych ofiar gruźlica w pięcioleciu 1901—5 w okresie największej ich zdolności do pracy 55·2 prc., (od 15 do 30 roku życia), więcej znacznie, niż w innych miastach europejskich i austryackich. Z działu, omawiającego urządzenia asanizacyjne, dowiadujemy się bardzo szczegółowo, jakie kanały, o jakim przekroju oraz długości mieszczą poszczególne ulice miasta i ile ich wykonano od w. XVII do r. 1906. W opisie wodociągów miejskich znajdujemy krótki rys nowego wodociągu dobrostańskiego, spis starych, a używanych jeszcze wodociągów, oraz szczegółowe wyniki badań chemicznych i bakteryologicznych wody dobrostańskiej tak ze studni, jak ze zbiorników oraz wylotów w mieście. Przy spisie ogrodów i plantacyi wymieniono wszystkie skwery i ogródki, a nawet jakość drzew, któremi ulice i place miejskie wysadzono, brak natomiast stosunku powierzchni tych wolnych miejsc do powierzchni zabudowanej odpowiednich dzielnic. Miejskie laboratoryum chemiczne zbadało w r. 1905 2330 prób artykułów spożywczych, a fizyk miejski przeprowadził 345 komisyi i rewizyi policyjno-sanitarnych. Stwierdzono przytem, szczególnie co do nabiału, wiele fałszerstw, a przedewszystkiem nieczystego wyrobu. Większy ustęp poświęcono sprawozdaniu weterynaryjnemu oraz zaprowiantowaniu miasta. Rozdział o higienie budownictwa i mieszkań zawiera spis domów przy poszczególnych ulicach, liczbę partyi i mieszkańców, przepisy o utrzymywaniu czystości i porządków w domach, na ulicach, placach i plantacyach, regulamin dla dozorców domów we Lwowie, a nadto opis działalności funkcyonaryuszów sanitarnych, przydzielonych w ostatnim czasie fizykatowi miejskiemu, a spełniających pod jego nadzorem skutecznie kontrolę domów. Większą uwagę zwrócono w r. 1905/6 na piekarnie, które, opisane według podanego z góry schematu badania, przedstawiają wogóle dosyć smutny stan pod względem warunków czystości.

Jak wiadomo, posiada Lwów instytucyę lekarzy szkolnych w postaci lekarzy miejskich dzielnicowych, to też warunki sanitarne oraz stan zdrowia dzieci w szkołach uwzględniono w sprawozdaniu dosyć obszernie, przedstawiając wyniki badań, jednak (po za badaniem wzroku) nie tak szczegółowo, jakby tego ze względu na znaczenie sanitarnej kontroli szkoły należało sobie życzyć, a jak to czynią sprawozdania fizykatu miasta Berna (na Morawach), który zorganizował przez swych lekarzy miejskich, zdaniem sprawozdawcy, najlepszą w Austryi opiekę sanitarną w szkołach. Na wyróżnienie w tym dziale sprawozdania lwowskiego zasługują prócz wyniku badań, dokonanych przez okulistę miejskiego Dra Kickiego, jeszcze badania prof. Duchowicza (ogłoszone w »Przeglądzie higien«): »Wyniki badania powietrza w I szkole realnej«.

Na cele dobroczynne wydało miasto Lwów w r. 1906 na wsparcia dla ubogich 109.555 koron, na utrzymanie dobroczynnych zakładów miejskich 76.476 k., na subwencye dla innych zakładów dobroczynnych 56.640 k., na wydatki na chorych 183.820 k., na dobroczynność w szkołach 60.060 k., czyli razem blisko pół miliona koron, w stosunku do wielkości miasta bezsprzecznie bardzo dużo.

W dziale, omawiającym grzebanie zmarłych, mieści się instrukcya dla przedsiębiorców pogrzebowych.

Jest zasługą lwowskiego fizykatu, że w r. 1906 zorganizował przy fizykacie kurs pielęgnowania chorych. Zdaniem jednak sprawozdawcy urządzenie takiego kursu należało raczej do zadań szpitala krajowego, a nie fizykatu.

Następuje spis aptek, właścicieli ich i odpowiedzialnych zarządców, zapas saccharyny stwierdzony przy poszczególnych rewizyach, wzór książki, ułożony przez fizyka miejskiego dla kontroli saccharyny, oraz opinia fizykatu w sprawie potrzeby otwarcia nowej apteki na Łyczakowie górnym.

Dział XI zawiera wykazy zaprotokołowanych czynności fizykatu miejskiego od r. 1904 do 1906, przedstawia skład biura sanitarnego oraz podział miasta na okręgi sanitarne, działalność lekarzy dzielnicowych, wylicza sprawy, zaopiniowane przez stałą miejską komisyę zdrowotną, oraz opisuje działalność akuszerek miejskich.

Ostatni dział XII obejmuje zapobieganie chorobom zakaźnym. Bardzo wiele miejsca poświęcono w nim popularnym pouczeniom w tym zakresie, wydrukowano w całości program kursu dla dezynfektorów, program demonstracyi z dziedziny nauki o chorobach zakaźnych, z wymienieniem i dokładnym opisem wszystkich przedstawionych bakteryi, ich własności chorobotwórczych i t. d., dalej z wyliczeniem przedstawionych na kursie preparatów anatomiczno-patologicznych, wydrukowano całe pouczenia o odrze, cholerze, wściekliźnie, wzory druków używanych we fizykacie lwowskim do korespondencyi między lekarzami miejskimi a fizykatem, między fizykatem a funkcyonaryuszami sanitarnymi i redakcyami dzienników. Dłuższy ustęp poświęcono w tym dziale wykształceniu miejskiej służby dezynfekcyjnej, urządzeniu miejskiego zakładu dezynfekcyjnego, oraz przyrządom i drukom w nim używanym. Na wyszczególnienie zasługuje fakt, że odkażanie wykonuje się we Lwowie bez względu na zamożność właściciela i sposób odkażenia kosztem funduszu gminnego, a odkażań tych wykonano w r. 1904 — 1446, w r. 1905 — 1168, w 1906 — 1163. We Lwowie istnieją dwa miejskie pawilony izolacyjne (o 60 i 32 łóżkach), które wraz z pawilonami szpitali służą do celów niejako codziennych; oprócz tego istnieją miejskie baraki izolacyjne o 92 do 100 łóżkach, urządzone na wypadek epidemii w mieście. Dział ten zamyka się opisem zapobiegania ospie, chorobom wenerycznym i nadzoru nad mamkami, wykonywanego według załączonego schematu badania.

Nie ulega wątpliwości, że autor sprawozdania o stosunkach zdrowotnych w mieście Lwowie podjął się pracy obszernej zwłaszcza w tem wykonaniu, jakie już nawet z powyższego streszczenia ocenić łatwo. Zapytać jednak należy, czy ogłoszenie tak wielu instrukcyi, druków i formularzy, jakich używa się w miejskim urzędzie zdrowia we Lwowie, było konieczne i czy nie obciążyło zanadto książki, czy potrzeba było wymieniać ulice, długość, wymiar i jakość ułożonych w nich kanałów, gatunki drzew, któremi wysadzono ulice i wiele tym podobnych szczegółów. Jeżeli autorowi chodziło o podanie wzorów dla wewnętrznego urzędowania w urzędach zdrowia miast galicyjskich na przykładzie lwowskich, to należało to, zdaniem sprawozdawcy, uczynić w mniejszym zakresie, gdyż większość naszych miast prowincyonalnych z pewnością już ze względów finansowych nie może się wzorować na urządzeniach bądź co bądź nie ubogiego miasta Lwowa. Jeżeli zaś chodziło o wzory dla miast wielkich, to, zdaniem sprawozdawcy, jest nawet w Austryi wiele miast, które pod względem urządzeń sanitarnych o wiele więcej mogą dać wzorów, aniżeli Lwów.

Jako dar dla uczestników X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, pouczający o stosunkach zdrowotnych we Lwowie, ma książka Dra Legeżyńskiego wartość bezsprzeczną. Oby stanowiła początek regularnych sprawozdań fizykatu miejskiego za

dalsze lata; choćby zmniejszona do połowy, a nawet trzeciej części swojej objętości, może być wzorem sprawozdania zdrowotnego dla wszystkich bez wyjątku miast Galicyi. *L. Bier.*

Dr. E. Fuhrmann: **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.** 1908. Wiedeń. Nakładem M. Münza. Cena 8 k.

Trzeci rocznik tego wydawnictwa, zestawionego według danych urzędowych, nie różni się układem i treścią od roczników poprzednich. Zawierając ważniejsze ustawy i rozporządzenia sanitarne (ze wszystkich krajów koronnych), schematyzm instytucyi filantropijnych dla lekarzy, urzędów, korporacyi, towarzystw i czasopism lekarskich i farmaceutycznych, wykaz szpitali i ogólny spis lekarzy z całej Austryi, jest wydawnictwo to pożytecznem dla lekarzy urzędowych i t. d. Rocznik niniejszy odbija korzystnie od poprzednich usunięciem niedokładności, które poprzednio tu i ówdzie się trafiały, natomiast w spisie lekarzy, zwłaszcza galicyjskich, ciągle jeszcze niemile uderza brak szczegółów przy wielu nazwiskach, gdzie te szczegóły byłyby dla czytelnika naprawdę pożądane. *R.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Bürgl. **O aglutynacyi i koloidalnem strącaniu się.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 23). B. badał siłę aglutynacyjną surowicy świnki morskiej, człowieka, królika, psa, kury, gęsi, konia, kozy i wołu względem 19 rozmaitych bakteryi (cholery, mątwik Miecznikowa, dysenteryi Shiga, Flexnera i 3 innych szczepów, duru, paratyfusu A i B, duru mysiego, okrężnicy, zarazy świń, cholery kur, nosacizny, pr. odmieńca, pr. ropy błękitnej i gronkowców). Okazało się przytem, że surowice te pod względem siły aglutynacyjnej można ustawić w pewien szereg, którego porządek wobec rozmaitych bakteryi jest niemal stały. I tak najsilniejsze własności aglutynacyjne miała zawsze surowica wołu, potem konia, kozy, barana, kury, gęsi, psa, królika, człowieka, a najsłabsze — surowica morskich świnek. Miana (*titre*) aglutynacyjne surowic kury i gęsi mniej się między sobą różniły, niż od mian innych surowic. — Na to uszeregowanie się siły aglutynacyjnej surowic pada szczególne światło przez to, że występowało ono także przy strącaniu zawiesiny mastyksu zapomocą tych surowic. — Spostrzeżenia te nie dają się pogodzić z panującemi zapatrywaniami. Wytłómaczyć je można tylko, wychodząc z zapatrywania, że aglutynacya odbywa się w 2 fazach i że każdą z tych faz wywołuje odmienna substancya, czy też odmienny składnik działającej substancyi. Jeden z nich wiąże, drugi strąca bakterye. Substancya wiążąca znajduje się w każdej surowicy prawidłowej w ilości dostatecznej, aby przy odpowiedniem zgęszczeniu wraz z substancyą strącającą aglutynować prawie każdy gatunek bakteryi. W surowicy uodporniającej względem pewnego gatunku bakteryi znajduje się substancya wiążąca w niezwykle wielkiej ilości i ją tylko absorbuje dany gatunek bakteryi; natomiast substancya strącająca nie ma znaczenia dla swoistego działania surowicy, a jest tylko wyrazem pewnych dokładniej nie znanych chemiczno-fizycznych różnic poszczególnych surowic. Badania B. dostarczają dalszych szczegółów, świadczących o analogii strącania bakteryi ze zjawiskiem powstawania strątów w rozczynach koloidalnych.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Fuerstenberg. **O wytwarzaniu się swoistych precypityn po wstrzykiwaniach kału ludzkiego.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 2). Wyciąg z kału ludzkiego, odpowiednio przygotowany, wstrzykiwano królikom podskórnie lub śródżylnie; okazało się, że surowica tych zwierząt, dodana do wyciągu kału ludzkiego, wytwarzała w nim zawsze strąt, w postaci kłaczkowatego osadu. Nie wytwarzała natomiast nigdy strątu w kale owczym, ani króliczym. Wyniki doświadczeń F. są zatem zgodne z twierdzeniem Brzeziny, że przez opisane wstrzykiwania otrzymuje się ściśle precypitujące surowice. Z jednej strony ma to znaczenie w medycynie sądowej, z drugiej chodzi teraz o to, czy podczas spraw chorobowych zachodzą zmiany w wytwarzaniu się precypityn, i o ile fizyczno-lecznicze zabiegi mają wpływ na ich powstawanie. *W. Kluger.*

Kraus. **Próby przeszczepiania twardzieli nosa.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, 46). Już dawniej dowiódł K., że prątek twardzieli nosa jest chorobotwórczym dla myszy, szczurów i morskich świnek, ale zmian histologicznych na skórze, odpowiadających twardzieli, nie udało mu się wywołać. Z innych autorów powiodło się tylko Stepanowowi wywołać takie zmiany w przedniej komorze oka u świnek morskich, ale takie same zmiany wywołuje także prątek Friedländera lub ozeny. Pomimo tych ujemnych wyników podjął K. nowy szereg doświadczeń na myszach. Wyhodowawszy z tkanki twardzieli nosa prątek twardzieli i gronkowca, mieszał następnie te hodowle ze sobą i tą mieszaniną szczepił myszy na skórze grzbietu. W pierwszych dniach po zaszczepieniu powstawało ograniczone zapalenie skóry, które potem ustępowało, a miejsce to pokrywało się nowym naskórkiem. Po 9 dniach podniosło się to miejsce ponad poziom skóry, a w środku przeświecało białawe ognisko. W ognisku tem stwierdziło badanie histologiczne typową tkankę twardzielową z ciałkami Mikulicza. Następnie powiodło się autorowi wywołać takie zmiany i bez zakażenia mieszanego, a tylko czystą hodowlą prątka twardzieli. Następnie przekonał się K., że do powstania ciałek Mikulicza nie potrzeba długiego czasu, gdyż znajdował je już po upływie 8 dni. Podobne doświadczenia z prątkiem Friedländera dowiodły, że i ten prątek wywołuje w skórze białych myszy podobne zmiany, mianowicie rozrost tkanki granulacyjnej z mniejszą lub większą ilością ciałek Mikulicza. Że prątek twardzieli nosa i prątek Friedländera są istotnie sobie pokrewne, dowodzi tego oprócz powyższego także i to, że u myszy, które padły na posocznicę wskutek wstrzyknięcia hodowli jednego z tych prątków, znajdował K. w wątrobie, śledzionie lub nerkach ogniska martwicy, w których znajdowały się odpowiednie prątki, leżące wewnątrz- lub zewnątrzkomórkowo. Ponieważ zatem dwa te drobnoustroje wywołują podobne zmiany, nie można uważać za rozstrzygnięte pytania, czy tylko prątek twardzieli wywołuje tę znamienną chorobę. *Pisarski.*

Schottelius. **Znaczenie drobnoustrojów przewodu pokarmowego dla odżywienia.** (*Posiedz. Tow. przyrodn. we Fryburgu* 14. VI. 1907). S. żywił kurczęta zaraz od wykłucia pokarmami jałowymi i przekonał się, że ponad miesiąc nie można ich w ten sposób utrzymać przy życiu. Natomiast kurczęta wynędzniałe przez to, że były żywione przez 18 dni jałowo, przychodziły zaraz do siebie i przybierały na wadze, skoro do pokarmu dodano spotykane przy fermentacyi mleka drobnoustroje z rodzaju prątka okrężniczego. Z doświadczeń swych wnosi S., że do celowego odżywiania drobnoustroje są koniecznie potrzebne. Drobnoustroje te są przystosowane i to zdaje się nietylko do gatunku, ale i do osobnika. *Klęsk.*

Prof. Plehn. **O jedności rodzaju pasorzyta zimniczego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 30). Już w roku 1902 wypowiedział P. na podstawie kilku dokładnie badanych przypadków mniemanie, że pasorzyt gorączki podzwrotnikowej jest identycznym z pasorzytem trzeciaczki i że pod wpływem zmiany warunków zewnętrznych jedna postać przechodzi w drugą. Obecnie spostrzegał P. chorego, przybyłego z południowo-zachodniej Ameryki, w dwa dni po przyjeździe do Europy, u którego wystąpiła typowa zimnica podzwrotnikowa z żółtaczką i krwawym moczem. We krwi znaleziono typowe pasorzyty zimnicy podzwrotnikowej. Po 4 tygodniach, podczas których chory znajdował się w szpitalu jako ozdrowieniec, wystąpiła typowa trzeciaczka, a we krwi chorego wykryto nietylko typowe pasorzyty trzeciaczki, lecz również znamionujące ją okrągłe gamety. Zakażenia trzeciaczką w szpitalu trudno przypuścić. Zakażenie mieszane na południu nie zdarza się, więc również odrzucićby je należało. Pozostaje, według P., jedynie przyjąć, iż pod wpływem zmiany warunków zewnętrznych jedna postać pasorzyta przechodzi w drugą. Laveran, Celli skłaniają się podobno także do tego zapatrywania. *Dr Skórczewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Sehrwald. **Objawy rozpoznawcze przeponowego zapalenia opłucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Autor opisuje przypadek zapalenia włóknikowego dolnego płatu prawego płuca, przyczem jako oznaki zajęcia opłucnej przeponowej wystąpiły kłujące bole w okolicy żołądka, zwiększające się przy ucisku na nią, zniesienie oddychania przeponowego i gwałtowne bardzo bolesne napady kaszlu, występujące po ruchu połykowym, gdy pokarm dostawał się przez przełyk na wysokość przepony. Ten ostatni objaw dotychczas nie był opisywany. Chory wyzdrowiał. *Dr Skórczewski.*

Curschmann. **Uwagi nad metodą ortoperkussyjną Goldscheidera.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Autor po półtorarocznem używaniu metody opukiwania Goldscheidera tak w praktyce klinicznej, jak i prywatnej stwierdza, że nadaje się ona zupełnie do stwierdzenia prawdziwych granic serca i płuc. Poleca ją szczególnie przy badaniu odmy opłucnej. *Dr Skórczewski.*

Löwenstein. **O śródkomórkowem znajdowaniu się prątków gruźliczych w plwocinie i o znaczeniu tego zjawiska w rokowaniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 43). Powołując się na jedną ze swych poprzednich prac stwierdza L., że prątki gruźlicze mogą się znajdować w plwocinie wewnątrz leukocytów i że zjawisko to ma związek z przebiegiem choroby. Spostrzegał on je: w przypadkach przewlekłych, w świeżych przypadkach, dających rokowanie pomyślne, i wreszcie w przypadkach leczonych dłuższy czas bądźto starą tuberkuliną Kocha, bądź też zawiesiną prątków. Niewiadomo jednak, który z powyższych przetworów zjawisko to szybciej wywołuje. Badać należy plwocinę świeżą, gdyż w starej leukocyty są rozpadłe. Prątki bywają niekiedy pod wpływem śródkomórkowych fermentów uszkodzone, miewają zarysy mniej ostre i barwią się słabiej. Dotąd brak jednak dowodu na to, że prątki takie nie żyją. W pierwszym okresie rozwoju prątków rzadko spotykamy je wewnątrz leukocytów, gdyż po przejściu chemotaktycznego podrażnienia, leukocyty znikają, a ten odwrót leukocytów rozpoczyna się według Wechsberga już w 48 godzin po zakażeniu; dopiero przy wtórnym ich napływie w okresie zwyrodnienia gruzełka mogą leukocyty zawierać prątki. Okoliczność; że zjawisko to można wywołać przez długotrwałe leczenie tuberkuliną, wskazuje, zdaniem L., że jest ono w związku z uodpornieniem, które bądźto sztucznie przez leczenie, bądź też samorodnie w ustroju się dokonało. Za tem przemawia utrzymywanie się długi czas śródkomórkowego położenia prątków. Często natomiast zauważał L. wahania w stosunku liczbowym prątków pozakomórkowych. Najrzadsze były przypadki, w których prawie wszystkie prątki leżały śródkomórkowo. Te przypadki miały wybitną dążność do wyleczenia. Na 56 przypadków śródkomórkowego położenia prątków, w 18 znikły prątki zupełnie, w 26 rokowanie jest bardzo dobre, w pozostałych dwunastu chodziło o końcowe okresy długoletnich schorzeń. Dalsze jednak badania dopiero stwierdzą, czy opisane zjawisko ma wartość praktyczną.
Dr Wł. Kluger.

Doc. Naegeli, Akerblum i Vernier. **Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy.** (*Therap. Monatshefte* 1908, Nr 1). Autorowie podają modyfikację szczepienia Pirqueta, polegającą na tem, że się w świeżo ogoloną, jeszcze zaróżowioną skórę wciera zabitą hodowlę prątków gruźliczych, lub też tuberkulinę Kocha. U dotkniętych gruźlicą występuje wówczas w 24 godzin typowy odczyn. Spostrzeżenia swe tłómaczą autorowie tem, że odczyn powstaje skutkiem działania tuberkuliny na rozpuszczalne wytwory prątków, zawarte w komórkach, a że nie zależy on od obecności żywych prątków w ustroju. Stwierdzono bowiem doświadczalnie, że jeśli się woreczek kolodionowy, napełniony hodowlą prątków Kocha, zostawi na czas pewien w ścisłem zetknięciu z tkanką zwierzęcia, to przez przenikanie dostają się do obiegu krwi wytwory tych prątków. U zwierzęcia, dotkniętego gruźlicą, wystąpi wówczas odczyn, podobny do tego, który powstaje po wstrzyknięciu tuberkuliny, u zwierzęcia zdrowego odczynu nie będzie. Jeśli natomiast temu samemu (zdrowemu) zwierzęciu wstrzykniemy w miesiąc później tuberkulinę, to odczyn wystąpi. A zatem komórki zwierzęcia zostają przepojone jadami prątków, choć w ustroju zwierzęcia prątków niema.
Dr Wł. Kluger.

Prof. Schmidt. **Doświadczenia nad sztuczną odmą opłucną przy gruźlicy, rozszerzeniach oskrzeli, oraz chorobach płuc, wywołanych przez aspiracyę.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 49). Za wzorem Forlaniniego stosował S. sztuczną odmę piersiową w celach leczniczych w 34 przypadkach, z tych 23 razy w gruźlicy, 8 razy przy rozszerzeniach oskrzeli, a 3 razy w chorobach płuc powstałych przez aspiracyę. Zapomocą trójgrańca wprowadzał S. do jamy opłucnej 500—1500 ctm.³ wyjałowionego powietrza z gazometru co pewien okres czasu. W gruźlicy zabieg ten działał korzystnie tylko w tych przypadkach, w których gruźlica zajmowała tylko jedno płuco i była niezbyt daleko posunięta. W rozszerzeniach oskrzeli otrzymywał S. zawsze niekorzystne wyniki. Najkorzystniejsze wyniki uzyskał S. w chorobach płuc, powstałych przez aspiracyę. Celem metody jest, aby schorzałe płuco na dłuższy czas usunąć z czynności oddychania i przez to przyspieszyć wyleczenie. Zranienie płuc, a nawet przypadkowe wstrzyknięcie powietrza do płuc nie wywołuje poważniejszych następstw. *Dr Sermak.*

Sokołowski. **Czy ludność żydowska częściej, niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne?** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 47). Na podstawie stosunkowo dużego materyału statystycznego, dotyczącego 4861 suchotników, zmarłych w Warszawie w latach 1900, 1901, i 1902 stwierdza S., że ogólny odsetek śmiertelności z suchot wynosił u ludności chrześcijańskiej prawie 12 prc., u żydowskiej 9 prc. Istnieje zatem w Warszawie przewaga śmiertelności na suchoty po stronie ludności chrześcijańskiej. Dotychczasowe wyjaśnienia, jakoby rasa żydowska rzadziej zapadała na suchoty wskutek tego, że żydzi żyjąc w środowisku najbardziej zagrożonem, przystosowali się do niego przez dobór naturalny, lub przez odporność nabytą i jej dziedziczenie, albo też, że zjawisko to zależy od ścisłego przestrzegania przepisów religijnych przy rzezi bydła, staranniejszego i wczesnego leczenia się i t. p., uważa S. za hipotezy, nie oparte na wielkich i ścisłych liczbach. *Dr Blassberg.*

Prof. Marfan. **O parciu tętniczem przy przewlekłej gruźlicy płucnej.** (*Rèvue de méd* 1907, Nr 11). Autor posługiwał się w swoich badaniach sfigmanometrem Potaina, który jest ulepszoną odmianą sfigmanometru Bascha. Parcie tętnicze u osobników dorosłych zdrowych waha się między 15 a 18 ctm., natomiast u chorych na gruźlicę bywa ono prawie zawsze nizkie i wynosi 10—15 ctm. To obniżenie parcia nie zależy od stanu ciepłoty i od lekarstw, lecz od zakażenia gruźliczego, a pojawiając się wcześnie, może mieć znaczenie rozpoznawcze. Tylko 3—4 prc. suchotników, i to przeważnie dotkniętych wybitną miażdżycą tętnic, stanowi w tym względzie wyjątek. Spostrzeżenia swe robił M. tylko na dorosłych, dotkniętych gruźlicą daleko posuniętą, albo w każdym razie niewątpliwą (częste krwotoki płucne, stwierdzenie prątków w plwocinie, niewątpliwe oznaki fizyczne). Badania swe prowadził M. przez szereg lat, a pomiary parcia tętniczego powtarzał w odstępach dostatecznie wielkich. W ten sposób doszedł do następujących wniosków: 1) Przy przewlekłej gruźlicy płuc stałe prawidłowe lub wyższe od prawidłowego parcie tętnicze jest korzystnym prognostykiem. 2) Tak samo korzystnym jest objawem, jeśli przy przewlekłej gruźlicy parcie, zrazu nizkie, podnosi się do prawidłowego poziomu i potem pozostaje prawidłowem lub wyższem. 3) Obniżanie się w przebiegu gruźlicy płuc parcia, pierwotnie prawidłowego,. jest niekorzystnym objawem, rokującym pogorszenie i śmierć. 4) Wogóle stale nizkie parcie wskazuje przy gruźlicy na postęp sprawy chorobowej. Powyższe wskazówki mają zastosowanie przy rokowaniu w gruźlicy płuc. Co do gruźlicy innych narządów, badania nie są wyczerpane. Przy gruźlicy jelit parcie tętnicze jest zawsze nizkie. W sprawach gruźlicy opłucnej mają znaczenie te same prawidła, co w gruźlicy płuc. Natomiast przy zajęciu gruźlicem nerek parcie bywa stale nizkie bez względu na korzystny lub niekorzystny przebieg sprawy. Odpada tu zatem znaczenie tego objawu w rokowaniu, natomiast wchodzi w grę znaczenie rozpoznawcze. Jeżeli bowiem w przebiegu zapalenia nerek znajdziemy stale nizkie parcie tętnicze, to powinniśmy przypuszczać tło gruźlicze. *Dr Blassberg.*

Prof. Strümpell. **W sprawie patologii i leczenia dychawicy oskrzelowej.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1907, Nr 46). Autor zaleca swój sposób leczenia, który mu w wielu przypadkach oddał znakomite usługi, a mianowicie kąpiele świetlne elektryczne (żarowe). S. podaje, że zapomocą nich osiągał nawet w ciężkich przypadkach w krótkim czasie zupełne wyleczenie. Objawy podmiotowe i przedmiotowe zmniejszały się znacznie nieraz już po 6—10 kąpielach. Skuteczniejszego sposobu leczenia S. nie zna. Oprócz tego podaje S. przetwory jodu, a niekiedy stosuje jeszcze rozmaite wziewania. Gdy przypuszczać trzeba odruchowe wyzwalanie się napadów od strony błony śluzowej nosa, wówczas wskazane jest leczenie rynologiczne.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Neurologia.

Kolpin. **Brak odruchów ścięgnistych bez wykazalnych zmian układu nerwowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Przypuszczano, że brak odruchów ścięgnistych dowodzi napewno zmian układu nerwowego. K. na podstawie piśmiennictwa i swego przypadku twierdzi jednak, że wprawdzie bardzo rzadko, ale przecież zdarza się brak odruchów ścięgnistych u osobników zupełnie zdrowych. Bardzo być może, że brak ten jest wtedy wrodzony. *Kręsk.*

W. J. Anfimow. **Drobne wybroczynki na powierzchni mózgu, jako zjawisko stałe w przypadkach padaczki i ich znaczenie.** (*Obozr. psych. newrołogii i eksp. psychol.* 1907, Nr 5). Na zasadzie danych klinicznych, jak również wyników badania pośmiertnego 10 osób chorych na padaczkę, doszedł A. do wniosków, że: 1) w wybitnych przypadkach niewątpliwej padaczki drobne wybroczyny w mózgu nad oponą miękką są zjawiskiem stałem; 2) wybroczyny te nie mają ściśle określonego usadowienia, znaleźć je można we wszystkich częściach

powierzchni istoty korowej mózgu bez względu na ich znaczenie fizyologiczne; 3) wybroczyny te uszkadzają całość zewnętrznej warstwy istoty korowej mózgu, t. j. warstwy włókien tangencyalnych, pociągając za sobą sklerozę tkanki mózgowej; 4) przerywają włókna tangencyalne w istocie korowej mózgu, czem prawdopodobnie trzeba tłómaczyć postępujące cierpienia psychiczne u chorych na padaczkę; 5) wybroczyny te są następstwem padaczki, a nie jej przyczyną, i wreszcie 6) mogą istnieć same lub też z objawami przewlekłego zapalenia, to znaczy, że zapalenie nie jest koniecznym warunkiem istnienia wybroczyn.

Wl. Kiwerski.

A. Cramer. **Leczenie miażdżycowego zaniku półkul mózgowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). Omówiwszy w krótkości kliniczne objawy wyżej wymienionej choroby, zwraca C. uwagę na zapobieganie chorobie u osób, mających skłonność do miażdżycy, przez unikanie wyskoku, zbyt obfitego jedzenia, zbyt gwałtownych sportów i zakażenia się kiłą. Skoro tylko zauważy się znamienną dla sprawy miażdżycowej w mózgu trójcę objawów: bole głowy, zawroty i osłabienie pamięci, należy przystąpić natychmiast do leczenia choroby. Będzie ono polegać na zabronieniu choremu pracy umysłowej, najlepiej i usunięciu z grona rodziny, na zakazaniu używania wyskoku, na pilnem przestrzeganiu dyety, która się powinna składać z niewielkiej ilości jedzenia na raz, wreszcie na usuwaniu wszelkich wysiłków fizycznych. Regulowanie stolca jest jednym z bardzo ważnych warunków powodzenia leczenia; tutaj najlepiej stosować leczenie wodą karlsbadzką lub łagodne środki przeczyszczające. Leczenie lekami polega na podawaniu przetworów jodu, a mianowicie najlepiej jodku sodu lub potasu od 0·25 do 4 gr. dziennie przez lata całe. Co 6 tygodni przerywa się stosowanie jodu na 1—14 dni. Zwracać należy uwagę na objawy zatrucia, jak przyspieszenie tętna, zmniejszenie łaknienia i wystąpienie białka w moczu. Gorsze wyniki daje sajodyna i jodypina, wreszcie zewnętrznie stosowany jodol, jothion. W razie chorobliwego niepokoju poleca C. jod z bromem *aa. p. aeq.* Lecząc chorobę w ten sposób, można niejednokrotnie nietylko wstrzymać rozwój choroby, lecz również i osiągnąć znaczną poprawę. *Dr Skórczewski.*

Fuchs. **Kilka słów o bezsenności i jej leczeniu.** (*Wiener klin. Rundschau* 1907, 45 i 46). Istota snu jest dotychczas nieznana. Ostatnimi czasy tłómaczą sen, jako czynność ustroju, mającą na celu zapobieganie znużeniu. Zaburzenia snu, bezsenność, są częste, nigdy jednak nie występuje bezsenność jako samoistna choroba, jest ona zazwyczaj objawem jakiejś innej choroby. Z bezsennością spotkać się można już u osesków i dzieci, a przyczyną jej bywają zaburzenia w trawieniu, gorączka, i t. p.; czasami jednak przyczyny wyśledzić nie można. Olbrzymią grupę chorych, cierpiących na bezsenność, stanowią neurastenicy, śledziennicy i osoby histeryczne. Przewlekłe zatrucia nikotyną, czarną kawą, herbatą, a szczególnie wyskokiem wiodą często do bezsenności. Dalej wszystkie psychozy. Wogóle zaś choroby najróżnorodniejszych narządów mogą z powodu dolegliwości, jakie sprawiają, wywoływać zaburzenia snu. W leczeniu bezsenności ma lekarz, zdaniem F., szerokie pole do stosowania poddawania, i tylko na działaniu poddawania polega nasenne działanie powszechnie używanych zabiegów wodoleczniczych, stosowanie elektryczności i magnesu. Z zabiegów wodoleczniczych tylko długiej, pełnej, letniej kąpieli i ciepłym wilgotnym zawijaniom przyznaje F. istotne działanie nasenne. Poddawaniem również tłómaczy F. skuteczność wysoko napiętych prądów przemiennych (przyrządy Tessla, d'Arsonvala). Następnie omawia F. leki nasenne; makowca tylko wyjątkowo używa się dzisiaj, morfina ma szerokie zastosowanie tam, gdzie przyczyną bezsenności są bole, kodeina zaś, dionina i heroina tylko w połączeniu z innymi lekami nasennymi. Brom i jego przetwory działają więcej jako leki uspokajające (*sedativa*). Najszersze zastosowanie ma jeszcze dzisiaj wodnik chloralu, szczególnie w psychozach; środek ten jednak zagraża wielkiem niebezpieczeństwem dla osób z wadą serca lub miażdżycą tętnic. Istnieje też cały szereg przetworów chloralowych, nieposiadających rzekomo ujemnego działania na narząd krążenia, w rzeczywistości jednak mało się te przetwory różnią od chloralu. Powszechnem zastosowaniem cieszą się sulfonal, trional, tetronal i neuronal, lecz ujemną ich stroną jest działanie zbiorowe (kumulatywne). Z leków pokrewnych mocznikowi na pierwszem miejscu należy pamiętać o uretanie. W ostatnich czasach pozyskał wielki rozgłos weronal, który istotnie jest znakomitym lekiem nasennym. Ze środków aromatycznych wylicza F. jako najważniejsze paraldehyd i *amylenum hydratum.* *Pisarski.*

Marchand i Nouët. **O tak zwanym charakterze padaczkowym.** (*Revue de méd.* 1907, Nr 11). Ponieważ u chorych na padaczkę znajdujemy często pewne dominujące cechy charakteru, jakoto: drażliwość, popędliwość, zmienność uczuć i zmienną ruchliwość, przeto cały szereg autorów (Calmeil, Delasiauve, Falret, Samt, Morel, Féré) uważa taki charakter za znamienny dla padaczki, a nawet wielu przyjmuje, że na podstawie samego tylko charakteru można pomimo braku drgawek napadowych przyjąć istnienie padaczki. W przeciwieństwie do tych zapatrywań dowodzą M. i N. na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w zakładzie w Blois, że 1) nie można rozpoznawać padaczki, opierając się wyłącznie na cechach charakteru tak zwanego padaczkowego; 2) że sama padaczka jest tylko zbiorem objawów, który zarówno, jak i »charakter padaczkowy« znamionuje co najwyżej istnienie choroby mózgowej w ogólności, atoli bynajmniej nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej.

Dr Blassberg.

Legrain. **Postępowanie przy obłędzie opilczym** (*delirium tremens*). (*Presse méd.* 1907, Nr 98). Wywody swoje opiera L. na przeszło 3000 przypadków. We wszystkich przypadkach ostrego obłędu opilczego, o ile tętno nie słabnie, a ciepłota się nie podnosi, radzi L. położyć chorego do łóżka i zachowywać się wyczekająco. Kąpiele letnie kilka razy dziennie oddają znakomite usługi; uspokajają one chorego i sprowadzają sen. Jako napój radzi L. podawać wodę sodową i mleko. Chloral, stosowany w obłędzie opilczym przez Aufrechta i innych, odrzuca L. z powodu jego niekorzystnego działania na serce, radzi zaś podawać hyoscynę w dawce $1/2$-2 milgr. na 24 godz. w postaci wstrzykiwań. Wyskoku nie podaje L. nawet przy powikłaniu z zapaleniem płuc, gdyż jego zdaniem, wyskok nie działa jako lek podniecający (*excitans*). *Dr Sermak.*

Prof. H. Ziemann. **Brak lub rzadkość porażenia postępowego i wiądu rdzenia u ras niecywilizowanych i ciemnych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 52). Autor, opierając się na spostrzeżeniach z wieloletniej swej praktyki w Kamerunie, jakoteż na wywiadach z okolic Trinidadu, Jamajki, Wenezueli, wypowiada zdanie, iż porażenie postępowe u ras ciemnych się nie zdarza, a wiąd rdzenia jest bardzo rzadki. (Z. spotkał go zaledwie 2 razy). Również i Europejczycy tylko wyjątkowo mają w gorącej strefie chorować na wiąd i porażenie postępowe. Wreszcie zwraca Z. uwagę na szkodliwość przeciążenia pracą umysłową przy tych chorobach. *Dr Skórczewski.*

Doc. Schuster. **Czy leczenie rtęcią wywiera wpływ na występowanie metasyfilitycznych chorób układu nerwowego?** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor opiera się na 235 przypadkach metasyfilitycznych chorób układu nerwowego; w 186 stwierdzono przebytą kiłę. Wiąd rdzenia stwierdził S. u 75 (względnie 90), porażenie postępujące u 35 (45), kiłę mózgu i rdzenia u 76 (100). Około 18 prc. tych przypadków dostatecznie leczono rtęcią (trzy do dziewięciu kuracyi), w 41—60 prc. przebyli chorzy jednorazowe leczenie rtęcią, nieleczeni rtęcią stanowili 28—35 prc. S. stwierdził, że leczenie rtęcią nie wpływa ani na przyspieszenie, ani na opóźnienie wystąpienia zmian metasyfilitycznych, i że bez względu na przebyte leczenie rtęcią trzeba przyjąć przy wiądzie rdzenia około lat 14 od zakażenia, przy kile mózgu i porażeniu postępującem około 11 lat. Korzystnego wpływu leczenia rtęcią, jako środka zapobiegającego chorobom metasyfilitycznym, stwierdzić nie można. Równocześnie u 16 chorych zbadali Citron i Mühsam surowicę co do niweczników swoistych; u 9 chorych stwierdzono obfitą albo średnią ilość niweczników, u 3 słabą lub wątpliwą, u 3 niweczników nie stwierdzono. W porównaniu do stwierdzenia niweczników tylko u 11 prc. chorych na trzeciorzędną kiłę (Neisser), byłby tu odsetek bardzo wysoki. Wpływu leczenia rtęcią na ilość niweczników nie zauważono. Zdaniem S. pewne objawy przemawiają za tem, że nie jad kilowy, lecz niweczniki wywołują zmiany metasyfilityczne. *Dr Skórczewski.*

W. Kretschmer. **Limfocytoza płynu mózgowordzeniowego przy kile późnej dziedzicznej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 46). K. badał płyn mózgowordzeniowy dorosłych w kile późnej dziedzicznej u 3 chorych (czwarty przypadek u dziecka 10-letniego był co do rozpoznania wątpliwy). U dwóch z nich stwierdził limfocytozę, badając według przepisów Nischla, w trzecim limfocytoza była wątpliwą. Na podstawie tych spostrzeżeń uważa K. limfocytozę płynu mózgowordzeniowego za objaw występujący w kile późnej dziedzicznej nietylko u dzieci i noworodków, lecz i u ludzi dorosłych. *Dr Skórczewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Słowo wstępne na I. organizacyjnem posiedzeniu
d. 18/31. stycznia 1908
przez
Prof. Dra Stanisława Zaleskiego.

Szanowne Zgromadzenie! W życiu kolonii polskiej w Petersburgu chwila obecna uważana być może za jedną z przełomowych: przystępujemy do rozpoczęcia czynności tutejszego »Związku polskiego lekarzy i przyrodników«, który drogą ewolucyjną wyłania się z dawniej już istniejącego »Koła lekarzy polskich«. Nowo powstający »Związek« tworzy się jako pierwsza poważna ściśle naukowa i zarazem obywatelsko-społeczna instytucya polska, z szerokim i prawomocnym zakresem działalności, jak to opiewa »Ustawa«, wniesiona w d. 15. maja r. z. za Nr. 109 do rejestru Towarzystw m. Petersburga.

Poprzedzające dzisiejszy nasz »Związek« »Koło«, założone w d. 5 marca 1901, stosownie do ówczesnych warunków, z konieczności ograniczać się musiało do nierównie skromniejszych warunków i powstać mogło tylko jako filia tutejszego Rzymsko-katolickiego Towarzystwa Dobroczynności pod nazwą »Opieki lekarskiej«, bo nie było inaczej można zorganizować się na gruncie legalnym. Taką potrzebę zespolenia się uczuło najpierw szczupłe grono młodych tutejszych lekarzy ówczesnych, jak przedewszystkiem Drowie G. Severyn, Rudzcy Stefan i Wiktor, Kozłowski Jan, Fr. Bereśniewicz, P. Bartoszewicz, Orłowscy Zenon i Witold, Karniccy Aleksander i Karol i kilku innych. Zwrócili się oni do kilku starszych kolegów, jak zmarły Dr. M. Strawiński, Drowie St. Wolański, Ur. Wierciński i Ed. Karnicki, prof. J. Ziemacki i głoszący te słowa i wspólnemi siłami po wspólnej naradzie położony został kamień węgielny »Koła«, w którem zgrupowali się następnie i inni starsi i młodsi współkoledzy, nie wyłączając takich wybitnych mężów na świeczniku wiedzy i zawodu, jak nasz głośny psychiatra, akademik i profesor Dr. J. Mierzejewski i przedwcześnie zgasły znakomity badacz, prof. Marceli Nencki, wraz ze swoim najbliższym sztabem naukowym, do którego należeli tacy jego wybitni uczniowie i współpracownicy, jak profesorowie Szymon Dzierzgowski i Jan Zaleski.

Aby pozyskać podstawę prawomocnego istnienia i zbierania się dla wykładów i dysput naukowych, zrzeszeni już lekarze udali się o pomoc i poparcie do tutejszego rz.-kat. Towarzystwa Dobroczynności, mającego prawo udzielać pomocy biednej ludności katolickiej wszelkimi sposobami, a więc i drogą lekarską. Dzięki wzajemnym usiłowaniom i staraniom do §. 2-go »Ustawy« Towarzystwa wprowadzoną została zatwierdzona przez władzę Uwaga, uprawniająca istnienie »Koła« i jego działalność, tej treści:

> »Dla osiągnięcia celów pomocy lekarskiej ubogim chorym (§ 1) Towarzystwo (scil. Dobroczynności) ma prawo stworzyć, za uzyskaniem odpowiedniego zezwolenia, *opiekę lekarską*, przyjęcia ambulatoryjne, lecznice ze stałemi łóżkami, *narady lekarskie*, apteczki dla bezpłatnego rozdawania lekarstw biednym chorym, jak również zastosowywać wszelkie sposoby okazywania pomocy lekarskiej tymże chorym«.

Niezależnie od tego wypracowane zostały, również zatwierdzone przez władzę, »Prawidła« dla istniejącej przy rz.-kat. Towarzystwie Dobroczynności »Opieki lekarskiej« (resp. »Koła«).

Towarzystwo Dobroczynności popierało przez cały czas prawie siedmioletniego istnienia nowopowstałego w ten sposób stowarzyszenia lekarzy polskich w Petersburgu wszelkie jego prace, dążenia i działalność, z całą gościnnością oddało mu do rozporządzenia, bez pobierania jakichkolwiekbądź opłat swój lokal i zawsze gorący udział przyjmowało w jego losach. To też likwidując obecnie swe czynności i przelewając je w nową, doskonalszą fazę istnienia, »Koło lekarzy polskich« uważa sobie za największy i najświętszy obowiązek wyrazić swą szczerą, gorącą i głęboko odczutą wdzięczność przedewszystkiem tutejszemu rz.-kat. Towarzystwu Dobroczynności za wszystko dobre, co ono dlań zdziałało. Niechże ten głos ogólnej wdzięczności dojdzie do serc kierowników tej najstarszej, a może przez długie lata najpożyteczniejszej z naszych rodzimych instytucyi tutejszych!

Za cały czas blizko siedmioletniego istnienia »Koła« działalność jego realnie przedstawia się w przeszło stu wykładach i komunikatach naukowych w języku polskim, które zawsze wywoływały jak najżywszą wymianę myśli i najwięcej może i najskuteczniej współdziałały zaszczepieniu polskiego słownictwa fachowego na gruncie tutejszym. Niektóre z tych wykładów wprost jako poważne prace naukowe zasługują na szczególne zaznaczenie, a wielu z nich towarzyszyły pokazy chorych i odpowiednich preparatów i odczytów, oraz wizerunków. »Koło lekarzy polskich«, o ile można, jak najgorliwiej objawiało także i swą obywatelsko-społeczną i filantropijną działalność. W tym kierunku jednak, jak dotąd, jeszcze niedostatecznie było popierane przez ogół naszej kolonii polskiej, mającej na swych barkach bardzo wiele mniej lub więcej ważnych innych instytucyi, wymagających jednak zawsze i wszędzie ofiarności publicznej. Bądź co bądź w łonie »Koła« powstała myśl założenia szpitala polskiego, lecznicy dla przychodzących chorych i pracowni dla wykonywania badań chemicznych, bakteryologicznych i mikroskopowych, która mogłaby nawet przynosić dochód, znajdując poparcie nietylko u 140 lekarzy-Polaków, lecz i u liczniejszych może jeszcze przyrodników. Na szpital, dzięki specyalnemu zakrzątnięciu się ostatnimi czasy komitetu »Koła«, a jeszcze więcej — dzięki szczególnej energii i dobrej woli członków »Koła« Drów Cypryana Zakrzewskiego, Jana Hattowskiego i zwłaszcza Dra Ksawerego Jaxy Bykowskiego, rozpoczęto nawet dość prędko gromadzić osobny fundusz, wynoszący obecnie z górą tysiąc rubli. Dla powiększenia go do niezbędnych rozmiarów, przynajmniej 200.000 rs., projektowane jest zawiązanie osobnego »Komitetu« z najpoważniejszych przedstawicieli wszystkich odłamów tutejszej kolonii polskiej.

Nie mogąc, ani nie mając środków dla stworzenia swojego organu, korzystało »Koło lekarzy polskich« z bezinteresownej gościnności *Przeglądu lekarskiego* w Krakowie i tam drukowało i drukuje po dzień dzisiejszy swoje sprawozdania. Obowiązek sprawiedliwości podyktować nam winien wyrażenie szczerego uznania i gorącej podzięki temu poważnemu organowi polskiej prasy lekarskiej za jego obywatelskie względem nas uczucia i pobudki!

Wspomnieć nareszcie należy, że od czasu ukonstytuowania się »Koła« na czele jego stał mąż niespożytych zasług społecznych i obywatelskich i nieposzlakowanej prawości, przedwcześnie zgasły i po dziś-dzień opłakiwany prezes Dr Mikołaj Strawiński. Cześć niechaj będzie i chwała Jego pamięci, jak również pamięci najwybitniejszego z naszych uczonych rodaków, prof. Dra Marcelego Nenckiego, jednego z najgorliwszych uczestników naszego »Koła«, a także nie mniej gorliwych i nieodżałowanych naszych współkolegów i współtowarzyszów Drów K. Gorayskiego, S. Janowicza-Czaińskiego, M. Piekarskiego, Jana Radeckiego, prof. Alfonsa Erlickiego, L. Krassowskiego, L. Cyrskiego, Józefa Rudzkiego i inn. Uczcijmyż tę pamięć przez powstanie!

Poświęćmy dziękczynne wspomnienie nietylko wszystkim działaczom, prelegentom i referentom, lecz i Zarządowi, który pod nazwą »Komitetu« w różnych fazach składał się i składa z takich imion, jak wspomniany już prof. M. Nencki, jak profesorowie J. Ziemacki i M. Raczyński, jak doktorowie O. Czeczott, E. Marcinkiewicz, C. Zakrzewski, Karniccy ojciec i syn, St. Wolański, T. Piotrowicz i inni. Wspomnijmy także szczególnie dziękczynnem słowem tych, którzy nieśli najcięższe może obowiązki, jako sekretarze »Koła«, dzielący się na dwie grupy: naukowych i administracyjnych. Pierwszym naukowym sekretarzem był Dr. Stefan Rudzki. Po wyjeździe jego obrany został na tę godność młody docent tutejszej Akademii lekarskiej i chluba naszego »Koła«, Dr Witold Orłowski, a po powołaniu tegoż na profesora dyagnostyki do Uniwersytetu w Kazaniu godnym jego następcą został docent Dr Zdzisław Sowiński, zaszczytnie spełniając te obowiązki obok Dra Konrada Ulińskiego, który jest sekretarzem administracyjnym. Poprzednikami Dra Ulińskiego na urzędzie sekretarza administracyjnego byli Drowie: Gabryel Severyn, Wiktor Rudzki i Maksymilian Maczewski. Nareszcie skarbnikiem »Koła« aż po dziś-dzień ku ogólnemu zadowoleniu pozostaje Dr. Urban Wierciński, a bibliotekarzem i kustoszem Dr Stanisław Ostrowski. Imiona licznych naszych prelegentów są na zawsze utrwalone na łamach *Przeglądu lekarskiego*, a także wspomniane w dorocznych sprawozdaniach tutejszego Towarzystwa Dobroczynności. Wszystkim Im niech będzie cześć i sława!

Do rzędu członków, którzy opuścili Petersburg, nie przestali jednak dzielić wraz z nami losów »Koła«, należą wspomniani już niejednokrotnie i najzaszczytniej u nas zapisani Doktorowie: G. Severyn — obecnie w Warszawie, Rudzcy Stefan we Lwowie i Wiktor — w Wilnie, M. Maczewski — także w Wilnie, prof. Jan Gordziałkowski — w Charkowie, utalentowany prelegent-filozof i znany okulista Dr Kazimierz Noiszewski — w Dźwińsku, a wreszcie najzasłużeńszy z zasłużonych nieobecnych, prof. Dr. Witold Orłowski — w Kazaniu. Obowiązek sprawiedliwości i zasada »suum cuique tribue« nakazuje nam, abyśmy przy przekształceniu się dawnego »Koła« w »Związek« do nich przedewszystkiem zastosowali §§ 10, 11 i 15 obowiązującej »Ustawy« i na dzisiejszem posiedzeniu proklamowali jednomyślnie pierwszych sześciu stałymi członkami, a prof. W. Orłowskiego pierwszym członkiem honorowym »Związku«. I w danej chwili prof. Orłowski o nas nie zapomniał, nadesławszy tylko co telegram tej treści: »Szczęśliwy jestem, że nakoniec »Związek lekarzy i przyrodników« został zorganizowany. Życzę z całego serca, żeby się rozwijał i kwitnął na chwałę narodu polskiego nad brzegami Newy. Szczęść Boże!«.

Gdy prąd i duch czasu wpłynął na zmianę warunków ogólno-państwowych, rzecz naturalna, że i tutejsze społeczeństwo polskie ożywił strumień nowego życia, za czem poszło wytworzenie się nowych instytucyi towarzysko-społecznych i zmiana starych na lepsze, przyczem szczególną uwagę zwrócono także na stworzenie przybytków dla szerzenia oświaty, jeżeli nie na niwie, to przynajmniej w kierunku ojczystym wśród tych warstw społeczeństwa naszego, dla których mowa polska i dążenia rodzime były dotąd bądź mało, bądź zupełnie niedostępne. Myśl rozszerzenia działalności »Koła« i przetworzenia go w instytucyę samodzielną przy takich warunkach sama przez się dojrzała, a ponieważ pokrewne medycynie i stanowiące jej fundament przyrodoznawstwo i jego stosowane odnogi nie miały dotąd wcale swego środowiska, więc postanowiono przystąpić do utworzenia takiego stowarzyszenia, któreby uwzględniało naukowe potrzeby zarówno naszych lekarzy, jak i przyrodników w najszerszem tego słowa znaczeniu.

Śród takich właśnie warunków i okoliczności przetwarza się dawne »Koło lekarzy polskich« w dzisiejszy »Związek polski lekarzy i przyrodników« i w tym duchu skreślona została oddana dziś pod sąd Wasz i uznanie »Ustawa« nowego »Związku«. Szczegółowemu rozpatrzeniu i rozważeniu tej »Ustawy« poświęciło »Koło« jedenaście posiedzeń, a na ostateczne jej zatwierdzenie i zarejestrowanie potrzeba było aż pięć posiedzeń tutejszego osobnego miejscowego do spraw o towarzystwach Urzędu. Wynika stąd, że stworzenie tej »Ustawy« jest jakby koroną siedmioletniej działalności »Koła«, a »Związek« niejako jego potomkiem.

Niechże więc nowo powstający »Związek« będzie rzeczywistem i godnem swej nazwy środowiskiem życia intelektualnego tutejszych, na obczyźnie zamieszkałych rodaków, niech wkrótce roztoczy zakres skutecznej swej, a w plony obfitej działalności, jak głosi »Ustawa«, na całe Cesarstwo, niech zrzesza nas i łączy, niech krzewi mowę ojczystą i pracę na niwie ojczystej, niech będzie zawsze i wszędzie wyrazicielem myśli polskiej, a w stosunku swym do pokrewnych i pobratymczych stowarzyszeń i zjednoczeń tutejszych niech będzie zawsze wzorem taktu, wyrozumienia i harmonii, mając jedynie na celu li tylko dobro ogólne! Niech obiera sobie jak dziś, tak i nadal, najgodniejszych kierowników, a w dalszym swym rozwoju niech tworzy nowe wydziały, niech przystąpi do urzeczywistnienia tych instytucyi naukowych, społecznych i filantropijnych polskich, o których głosi jego »Ustawa«, niech stworzy przedewszystkiem swój własny organ druku i niech popiera wszelkie usiłowania, by pozyskać więcej światła, lub dobra, na wstępie zaś do swojego przybytku niech wypisze, jako godło, słowa:

»Z wiedzy wytryska jaknajwiększa siła,
A rozwój ducha krzepi też i serca!«

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie d. 7. stycznia 1908.

Przewodniczący prof. Olszewski poświęca wspomnienie żałobne pamięci zmarłego członka czynnego zagranicznego Wydziału, Williama Thomsona Lorda Kelvin.

Sekretarz zawiadamia, że »Projekt słownictwa chemii organicznej«, ułożony przez czł. E. Bandrowskiego, został rozesłany 59 chemikom polskim z prośbą o wypowiedzenie opinii przed upływem m. marca 1908.

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę Dra Zygmunta Motylewskiego ze Lwowa p. t.: **Dihydrooksychinoksalin i jego pochodne.**

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Bieleckiego z Warszawy p. t.: **O trójaldehydzie mezytylenowym** (1. 3. 5-trójmetylalbenzen).

Czł. H. Hoyer przedstawia pracę K. Stołyhwy z Warszawy p. t.: **Czaszka z Nowosiółki jako dowód istnienia kształtów z H. primigenius w okresie historycznym.** Autor, na podstawie badań, dokonanych nad scytyjską czaszką z Nowosiółki, według metody prof. G. Schwalbego, oraz na podstawie zestawienia rezultatów otrzymanych z rezultatami badań nad H. primigenius (grupa: Spy-Neandertal-Krapina) dochodzi do wniosku, że kształty pokrewne H. primigenius istnieją nietylko w starszym okresie dyluwialnym, jak twierdzi prof. G. Schwalbe, lecz i w czasach późniejszych.

Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę A. Bochenka p. t.: **O centralnych zakończeniach nerwu wzrokowego.** Autor zbadał metodą Marchiego 7 mózgów królików, którym poprzednio (przed 14—50 dniami) wykonano operacyę *evisceratio bulbi*. Prócz włókien obfitych, jakie przez nerw wzrokowy dochodziły do *corpus quadrigeminum posterius*, do *corpus geniculatum laterale* i do *pulvinar thalami*, występowały jeszcze na wszystkich badanych mózgach dwie drogi z nerwem wzrokowym złączone. Jedną drogą był t. zw. *tractus peduncularis transversus*, druga zaś okazała się dotychczas zupełnie nieznaną. Ta ostatnia biegnie początkowo w tył na samej powierzchni podstawowej części mózgu, później zawija się do boku i ku górze, przebija *pedunculus cerebri* i kończy się w tylnej części *corpus subthalamicum s. Luysii*. Autor zastanawia się w dalszym ciągu nad homologią obu dodatkowych dróg nerwu wzrokowego zwierząt ssących i zwierząt kręgowych niższych. Zdaniem autora należy nowo opisane pasemko mózgu królika homologizować z pasmem zwanem *tract. basalis nervi optici* niższych kręgowców. Co do pasma, zwanego w mózgu królika *tractus peduncularis transversus*, autor przypuszcza, że może ono odpowiadać pasmu, zwanemu u niższych kręgowców *tractus n. optici ad ganglion isthmi*.

Treść innych przedstawionych prac przekracza ramy »Przeglądu lek.«

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 21. stycznia 1908.

Henryk Landau wypowiedział rzecz p. t. **Zmiany w czerwonych ciałkach krwi przy przewlekłem zatruciu ołowiem.** (Odczyt poparty był przedstawieniem odpowiednich preparatów pod mikroskopem). W r. 1893 Askenazy po raz pierwszy opisał występującą niekiedy w czerwonych ciałkach krwi ziarnistość bazofilną. Ziarenka te spotyka się nietylko przy niedokrwistości złośliwej postępującej, przy której opisał je As., lecz również przy błędnicy, przy ciężkich niedokrwistościach wtórnych, najczęściej jednakże zjawiają się one przy przewlekłem zatruciu ołowiem. Ziarenka te, które pierwotnie uważano za resztki rozpadającego się jądra czerwonego ciałka krwi, obecnie uznawane są powszechnie za produkty protoplasmatyczne. Jedni uważają je za objaw zwyrodnienia (Ehrlich), inni upatrują w zjawisku tem cechę wzmożonego odradzania się krwi. Landau, mając sposobność ostatniemi czasy zbadać kilka przypadków (2 przypadki przewlekłego, jeden ostrego zatrucia ołowiem, tudzież jeden białaczki), w których we krwi odnaleźć można było liczne krwinki czerwone z ziarenkowem zwyrodnieniem, zauważył, że objaw ten występuje w znakomitej większości przypadków wraz z innym, a mianowicie z polichromatofilią krwinek czerwonych. Stąd wnosi Landau, że obydwa te zjawiska znajdują się ze sobą w ścisłym związku, i że zwyrodnienie ziarenkowe jest tylko odmianą polichromatofilii. Ponieważ przyczyną polichromatofilii, czyli zmienionego powinowactwa krwinek czerwonych do barwników, są zmiany, zachodzące w składzie chemicznym krwinek czerwonych (najprawdopodobniej zmniejszenie się ilości hemoglobiny), to i zwyrodnienie ziarenkowe należy również uważać za skutek tychże zmian. Powstawanie jego należy sobie tłómaczyć w ten sposób, że krwinka polichromatofilna, przepojona barwnikiem zasadowym, wskutek dalszych jakichś zmian, zachodzących

w jej składzie chemicznym, zaczyna wydzielać (strącać) ziarenka barwnika. Tem też tłómaczy się fakt, że ziarenka te nie są widoczne nigdy w preparatach świeżych niebarwionych krwi, nie są one bowiem »preparowane« w krążku, lecz są produktem zetknięcia się krwinki czerwonej z barwnikiem. Niedawno ogłosił Askenazy pracę, w której zawarta teorya powstawania zwyrodnienia ziarenkowego krwinek czerwonych przypomina pogląd Landaua. Askenazy również stawia oba zjawiska w związku ze sobą. Powstawanie zwyrodnienia ziarenkowego tłómaczy on w następujący sposób: wskutek zwiększonego zapotrzebowania szpik kostny wysyła do krążenia mnóstwo krążków polichromatycznych, które, zetknąwszy się ze zmienionem pod względem chemicznym osoczem (wodnistość krwi i t. p.), zaczynają wyrabiać w sobie ziarenka. Wychodzi on przytem z założenia, że t. zw. zwyrodnienie ziarenkowe jest zawsze objawem odradzania się (regeneracyi) krwi. Jest on zatem zdania, że ziarenka te są wytworami »protoplasmatycznymi«, gdy według Landaua są to tylko cząsteczki strąconego barwnika. *J. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie pomijania niemieckiego przemysłu lekarskiego.

Nowa fala represyi, przez rząd pruski stosowanych względem Polaków z pod zaboru niemieckiego, uczyniła aktualną sprawę pomijania przemysłu niemieckiego przez cały naród polski.

Nie mam zamiaru, ani nie mogę podawać tutaj sprawozdania z całej podobnej akcyi w latach 1902—1903 i następnych. Przemawiając na łamach pisma lekarskiego, chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę galicyjskich kolegów na wyniki akcyi, przedsięwziętej przez lekarzy w Królestwie Polskiem po sprawie wrzesińskiej.

Z Towarzystw lekarskich w Królestwie pierwsze zajęło się tą sprawą Tow. lek. lubelskie, które na posiedzeniu z d. 18 października 1902 r. wybrało z pośród siebie »Tymczasową komisyę przemysłowo-lekarską« »w celu zebrania danych, dotyczących obecnego stanu krajowego przemysłu i handlu lekarskiego i stosunku tegoż przemysłu do wytwórczości obcokrajowej, głównie niemieckiej«. Weszło do niej 9 lekarzy specyalistów w różnych gałęziach wiedzy lekarskiej (w tej liczbie i podpisany), oraz dwóch farmaceutów. Komisya ta zabrała się gorąco do pracy, wziąwszy sobie za cel »wskazanie lekarzom praktykującym możliwie tanich a dobrych źródeł wszelkich potrzebnych im narzędzi, lekarstw i środków opatrunkowych, z pominięciem całkowitem wyrobów niemieckich, a uwzględnieniem na pierwszym planie wytwórczości polskiej«.

Nie znalazłszy poparcia w galicyjskich Towarzystwach lekarskich, które nie dały odpowiedzi na listowną prośbę o udzielenie szczegółów co do zakresu i rodzaju działalności istniejących przy nich komisyi przemysłowo-lekarskich, zaczęliśmy szukać dróg i zbierać potrzebne dane zupełnie samodzielnie. A więc zwróciliśmy się z prośbą o wskazanie najwybitniejszych firm lekarskich zagranicą, do konsulatów: angielskiego, austro-węgierskiego, belgijskiego, francuskiego, holenderskiego, szwajcarskiego i włoskiego w Warszawie i do »Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris«, oraz Ajencyi francusko-polskiej w Paryżu; w celu zapoznania się z najcelniejszemi źródłami przemysłu lekarskiego rosyjskiego udaliśmy się do prezydyum »Towarzystwa popierania rosyjskiego przemysłu i handlu w Petersburgu« (skąd NB. odpowiedzi nie otrzymaliśmy).

Po zgromadzeniu obfitego materyału w postaci katalogów, cenników, broszur, listów polecających różne firmy i t. d., przystąpiliśmy do układania wykazów porównawczych i po kilkumiesięcznej mozolnej pracy doszliśmy do pewnych ogólnych wniosków, popartych dowodami cyfrowymi.

Wyniki te pozwolę sobie streścić według działów [1]).

Najważniejszym oczywiście był dział środków farmaceutycznych i opatrunkowych, gdyż za te przedmioty najwięcej pieniędzy idzie od nas do Niemiec (z samego Królestwa Polskiego według naszych obliczeń, około m i l i o n a r u b l i c o r o k przechodzi w ręce niemieckie w tym jednym dziale!).

Po zestawieniu porównawczem cen wyrobów niemieckich z cenami fabrykatów najlepszych firm innych krajów (odpowiednia tablica w zbiorowej pracy komisyi zawiera wykaz około 300 najbardziej używanych środków farmaceutycznych) doszliśmy do wniosku: że o g r o m n a w i ę k s z o ś ć c e n p r z e t w o r ó w p o c h o d z e n i a f r a n c u s k i e g o i s z w a j c a r s k i e g o j e s t n i ż s z ą (w Królestwie) o d c e n o d p o w i e d n i c h p r z e t w o r ó w n i e m i e c k i c h, a l b o t e ż j e s t i m r ó w n ą. Co zaś do jakości, nie ustępują one w przeważnej części wyrobom niemieckim, jakeśmy to mogli stwierdzić przez doświadczenia i w praktyce. Dalszy więc wniosek był, że już teraz, nietylko bez żadnych ofiar materyalnych, ale nawet ze znaczną korzyścią dla kieszeni polskiego spożywcy możemy usunąć przeważającą większość (przeszło dziewięć dziesiątych) przetworów farmaceutycznych niemieckich, dotychczas panujących na rynku naszym bez konkurencyi, i zastąpić takowe przetworami szwajcarskimi i francuskimi (tu wskazać możemy z pośród kilkudziesięciu fabryk, których adresy podane są w naszej pracy, najwybitniejsze, jako to: w Paryżu: Buchet, Clin, Robin, Roques, Salle, Poulenc; w innych miejscach Francyi: Société chimique des Usines du Rhône (Lyon); Société parisienne de produits chimiques à Montereau; w Belgii firma Lambiotte (Bruksela); w Szwajcaryi: Hommel Nicolay Co., oraz Schlieren w Zürichu, Hoffman-La Roche i Wolfenberger w Bazylei). W dziale »*cruda*« możemy zupełnie obejść się bez Niemiec, gdyż produkcya chemiczna polska (i rosyjska) usuwa w Królestwie — wobec wysokich ceł ochronnych — wszelką konkurencyę Niemców, a może już dostarczyć prawie wszystkich przetworów z tego działu. W dziale środków do użytku wewnętrznego (*pura*) mieliśmy — w chwili wydania prac komisyi, zaledwo niewielką ilość przetworów, wyrabianych w kraju (w Warszawie »Motor«, Manduk; w Pabianicach fabryka chemiczna i t. d.). W dziale środków opatrunkowych wskazać należy watę hydroskopijną fabryki Dra Bartkiewicza w Zapolu pod Grodziskiem, fabryki »Tlen« we Lwowie i Dobrowolskiego w Krakowie.

Wobec tych wniosków postawiła komisya postulaty: ażeby dla ostatecznego wyparcia produkcyi farmaceutycznej niemieckiej z handlu lekarskiego polskiego poczynić starania, aby wszystkie wymienione firmy chemiczne francuskie i szwajcarskie miały swych przedstawicieli w Warszawie (firmy Lambiotte, Lyon, Roques, Salle, Poulenc, Schlieren już naówczas miały przedstawicieli w Warszawie) i aby idące do nas »transito« przez firmy niemieckie środki surowe (liście, korzenie i t. d.) sprowadzano inną drogą (handlem tranzytowym w tej gałęzi zajmuje się nasza firma Salle w Paryżu, rue Elzévir 4). Jednocześnie wyrażono życzenie, aby producenci krajowi wyrabiali subtelniejsze przetwory farmaceutyczne (do użytku wewnętrznego), a wtedy lekarze polscy poparliby ich solidarnie. Dla osiągnięcia zaś powyższych celów uznano, że wszyscy lekarze polscy powinni bezwarunkowo zobowiązywać się do oznaczania na receptach po nazwie środka — nazwy fabryki, z której dany środek ma pochodzić; ten sposób postępowania musimy stosować dotąd, dopóki z aptek naszych nie usuniemy zupełnie leków niemieckich.

Stosownie do ostatniego postulatu Tow. lek. lubelskie na dorocznem posiedzeniu swojem w dniu 4 lipca 1903 r. uchwaliło: Z o b o w i ą z a ć wszystkich swoich członków do stosowania środków farmaceutycznych i opatrunkowych nieniemieckich za pomocą oznaczania na receptach nazwy fabryki po nazwie środka według podanego spisu, do którego weszło 167 najbardziej rozpowszechnionych środków lekarskich.

Uchwała ta wraz ze spisem została wydrukowana i rozesłana wszystkim lekarzom i aptekom gubernii lubelskiej, Towarzystwom lekarskim i farmaceutycznym, redakcyom czasopism lekarskich w Królestwie i wielu lekarzom wolnopraktykującym, z prośbą o poparcie usiłowań naszego Towarzystwa ku złamaniu niczem nieusprawiedliwionego monopolu niemieckiego w naszym handlu lekarskim.

Przy wprowadzeniu praktycznem w życie tej uchwały nie napotkaliśmy większych trudności: wielu aptekarzy i składników co prawda — wobec ustalonych stosunków z niemieckiemi fabrykami i dogodniejszych warunków kredytowych — niechętnie patrzyło na nasze zamiary wskazania im nowych dróg handlowych, musieli jednak i oni zastosować się do solidarnej akcyi lekarzy i sprowadzili wszystkie żądane środki nie niemieckie. (Dla zużycia poprzednio już zakupionych przetworów niemieckich dano aptekom krótki termin, po którym lekarze kontrolowali, jakiego pochodzenia były wydawane leki).

[1]) Prace lubelskiej komisyi przemysłowo-lekarskiej drukowane były w łódzkiem »Czasopiśmie lekarskiem« z r. 1904 i wyszły później w osobnej odbitce. Z tej to broszury czerpię poniższe szczegóły i nieraz przytaczam całe wyjątki (większość wniosków komisyi podaję in extenso).

Wskutek tego już po kilku miesiącach mieliśmy bardzo dużo leków nie niemieckich, w tej liczbie ogromnie podniosło się zapotrzebowanie przetworów fabryk polskich. Szereg pokazów w Tow. lekarskiem (przez farmaceutów i lekarzy), oraz praktyka codzienna szpitalna i prywatna dały nam niezbite dowody, że większość nowosprowadzonych środków w niczem nie ustępowała tyle reklamowanym przetworom niemieckim, a niektóre, jak n. p. przetwory lyońskie, przetwory kreozotowe Lambiottea i inne wyżej nawet stały od fabrykatów niemieckich.

Po środkach farmaceutycznych zwróciliśmy pilną uwagę na naturalne wody mineralne. Mając powierzony sobie ten dział, zacząłem od zebrania danych, jakie wody mają u nas największy popyt. Na mocy dostarczonych mi wykazów ze wszystkich aptek lubelskich obliczyłem, że w ciągu roku 1902 sprzedano w Lublinie 25·803 butelek naturalnych wód mineralnych, w tej liczbie wód austryackich (czeskich, węgierskich, tyrolskich) 30%, wód niemieckich 28%, francuskich 18%, polskich 15·5% i wreszcie kaukazkich 8·5%, czyli zaledwie szóstą część stanowiły wody polskie, pięć szóstych zaś — obcokrajowe.

Zjawiło się wtedy pytanie, czy takie upośledzone stanowisko polskich wód mineralnych w polskich krajach usprawiedliwia się mniejszą wartością lub drożyzną naszych wód? i czy odwrotnie obce wody popierane są przez polskich lekarzy dla swych większych zalet?

Szczegółowe rozbiory działających składników chemicznych we wszystkich grupach wód mineralnych podano w jednej pracy i uwidoczniono w szeregu tablic porównawczych (w których uwzględniono i cenę wód loco Lublin). W końcu pracy umieszczono dodatek o przetworach zdrojowych polskich, znajdujących się w sprzedaży. Wnioski oparte na bezstronnem wyczerpującem badaniu były następujące:

1. W dziale wód mineralnych naturalnych możemy zupełnie obejść się bez Niemiec. 2. W ogromnej większości przypadków wody mineralne obcokrajowe zastąpić możemy polskiemi. 3. Wody mineralne krajowe przeważnie wyżej stoją od odpowiednich wód obcych pod względem ilości działających składników chemicznych. 4. Wody mineralne polskie są bezwzględnie tańsze od zagranicznych (nawet w Królestwie, a tembardziej w Galicyi, która głównie zawiera te źródła). 5. Byłoby pożądane, żeby wszystkie źródła galicyjskie miały swych przedstawicieli w Warszawie i żeby ceny wód były ujednostajnione. 6. Żałować należy, że niektóre bogate źródła polskie, jak Głębokie, Truskawiec i inne, nie eksploatują dotąd swych wód na wywóz, oraz że większość źródeł nie zorganizowała sprzedaży swych przetworów. 7. Lekarze polscy powinni zobowiązać się do stosowania wód mineralnych polskich, które, będąc tańsze od obcokrajowych, nie są od nich gorsze. 8. Publiczność polska powinna niemniej przyczyniać się do wyparcia wód mineralnych niemieckich i zastąpienia ich swojskiemi.

Odczyt na powyższy temat został wygłoszony w lubelskiem Tow. lekarskiem d. 18 kwietnia 1903 i — po wyczerpującej dyskusyi — zapadła następująca uchwała Towarzystwa w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych: »Wychodząc z zasady, że należy popierać wody mineralne krajowe, które pod względem składu chemicznego nietylko nie ustępują wodom obcym, ale w wielu przypadkach nawet je przewyższają i są przytem tańsze, lubelskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło zobowiązać wszystkich swoich członków do używania w praktyce wód polskich i do stosowania wód obcokrajowych tylko według podanego spisu, z zastrzeżeniem pierwszeństwa dla wód polskich«.

W spisie podano w porządku alfabetycznym wszystkie wody obcokrajowe i tuż obok wody polskie, które odpowiadają im swym składem i powinny je zastąpić w stosowaniu[1]).

Na mocy powyższej uchwały usunęliśmy zupełnie z użycia wszystkie wody obcokrajowe, z wyjątkiem tych, które nie mają równoznaczników w obrębie ziem polskich (wody alkaliczno-solne, wody z ziemiami alkalicznemi, oraz wody żelazisto-arsenowe). I tu jednak obejść się możemy najzupełniej bez Niemiec, stosować zaś będziemy w razie potrzeby odpowiednie wody czeskie, szwajcarskie, francuskie i tyrolskie.

Uchwała o wodach mineralnych wraz ze spisem porównawczym źródeł została również rozesłana wszystkim ciałom lekarskim w Polsce, oraz bardzo wielu lekarzom prywatnym.

Spotkała się ona z uznaniem innych Towarzystw lekarskich w Królestwie, które bądź to przedrukowały ją dla swych członków, bądź zwróciły się z prośbą do lubelskiego Tow. lekarskiego o przysłanie większej ilości egzemplarzy. Zainteresowała ona wielu lekarzy-rodaków w głębszych zakątkach nietylko Królestwa Polskiego i Litwy, lecz też i Rosyi, czego dowodem był szereg listów i próśb o wskazówki dalsze w tej dziedzinie.

Wyniki zbiorowej akcyi lekarzy lubelskich w tym dziale nie dały długo na siebie czekać i na miejscu. Dość powiedzieć, że porównanie ilości wód mineralnych, sprzedanych w Lublinie w latach 1902 (przed uchwałą), 1903 i 1904 (po uchwale) dowiodło, iż niemieckie wody prawie zupełnie znikły z rynku lubelskiego (zajęły one odsetkowo ostatnie miejsce), polskie zaś wysunęły się na pierwsze miejsce. W tej liczbie nietylko znacznie się zwiększył popyt na używaną już dawniej w Lubelskiem wodę szczawnicką, krynicką, iwonicką, rymanowską i inne, lecz weszły nowe, dotąd u nas prawie lub zupełnie nie stosowane, jak: krościeńska (już w 1903 r. sprzedano przeszło 1000 flaszek w samym Lublinie), morszyńska, żegiestowska, wysowska, birsztańska i t. d.

Podnieść tu należy z największem uznaniem energiczną pracę obywatelską Wydziału zdrojowisk warszawskiego Towarzystwa higienicznego z przewodniczącym Dr Dobrzyckim na czele. Zasłużony ten działacz na polu balneologii krajowej pierwszy podniósł konieczność wyrugowania niemieckich wód mineralnych i solidarnego popierania w Królestwie wód polskich. Z późniejszych prac w tej dziedzinie wspomnieć należy o odczycie p. Białobrzeskiego w sekcyi zdrojowisk w Warszawie i o odczycie Dra Majewicza w Radomskiem Towarzystwie lekarskiem.

Inne działy produkcyi lekarskiej zostały w komisyi opracowane przez specyalistów każdej gałęzi z następującymi wynikami:

W dziale narzędzi chirurgicznych wogóle sprawozdawca doszedł do wniosku, że gdzie przy kupnie narzędzi zwrócona jest uwaga przedewszystkiem na ich stronę jakościową, tam dotychczas z narzędziami Collina (Paryż) i stalowemi angielskiemi (Weiss i Krohne, Londyn) nasze firmy konkurować nie mogą; gdzie jednakże kupującemu chodzi o narzędzie dobre, trwałe i niedrogie, a samo wykończenie jest rzeczą mniejszej wagi, tam kupować należy jedynie u naszych fabrykantów (Mann i Jodłowski w Warszawie), gdyż dają oni towar lepszy i tańszy od wyrabiających narzędzia tego gatunku firm obcokrajowych. Niemiecka produkcya cała, wraz z najdroższemi ich fabrykami, zaliczoną być musi, ze względu na jakość wyrobów, do produkcyi drugorzędnej; ich tańsze firmy wyrabiają podrzędną tandetę; narzędzia wybitniejszych firm nie są lepsze od narzędzi warszawskich.

Co do urządzeń i przyborów do sal operacyjnych, sprawozdawca podał, że sala operacyjna aseptyczna, zbudowana w szpitalu św. Wincentego w Lublinie w końcu 1902 roku według wszelkich najnowszych wymagań aseptyki (jest to jedna z najlepszych sal operacyjnych w Królestwie), powstała prawie bez udziału produkcyi niemieckiej. Umywalnie, przybory do płynów, suchy sterylizator do szkła, dostarczyła firma Flicoteaux (Paryż); autoklaw i filtr Chamberlanda — Adnet (Paryż); posadzkę z wyrobionymi narożnikami i zaokrąglonem przejściem na ściany — Flicoteaux; farbę porcelanową (bardzo praktyczną i trwałą) do pokrycia ścian sali operacyjnej — firma »Le Ripolin« (Paryż-Amsterdam) i t. d.; przybory ruchome (stoły, stoliki, szafy i t. d.) miejscowa firma lubelska Kaczkowskiego (są też one w dużym wyborze, niedrogie i dobre u Konrada Jarnuszkiewicza i Sp. w Warszawie).

W dziale narzędzi położniczych doszedł sprawozdawca do wniosku, iż: 1) narzędzia firm polskich (Mann i Jodłowski w Warszawie), jako najtańsze i nie ustępujące w niczem niemieckim, a niekiedy przewyższające je, n. p. trwałością niklowania — powinny w praktyce zwykłej zupełnie zastąpić i wyrugować narzędzia niemieckie. 2) Narzędzia angielskie (Weiss) i francuskie (Collin), chociaż w dwójnasób prawie droższe, muszą być zalecane przed wszystkiemi innemi, nie wyłączając niemieckich, tam, gdzie idzie o nadzwyczajną dokładność i eleganckie wykończenie:

[1]) Ta tablica porównawcza nie mogła być wydrukowana w naszej pracy z powodu przeszkód cenzuralnych: po oddaniu artykułu do druku cenzor rosyjski poprzekreślał wszędzie wyraz »polski« i zastąpił go »krajowym«; ostatnią zaś tablicę (w której, jak zresztą w całej pracy swej, podałem za »krajowe« wszystkie wody polskie, a więc i z Królestwa i z Galicyi i z polskiej części Litwy) — przekreślił, robiąc uwagę w języku »urzędowym«, żeby do wód »krajowych«, zaleconych do użycia, dodać wody mineralne rosyjskie. Redaktor czasopisma przysłał mi ten tak charakterystyczny egzemplarz korekty cenzorskiej z zapytaniem, co zamierzam z tem zrobić. Oczywiście wobec tego wolałem opuścić całkiem ostatnią tablicę, niż spełnić żądanie p. cenzora, paczące ogólną tendencyę całej mojej pracy.

narzędzia niemieckie nie wytrzymują z niemi najmniejszego porównania.

W dziale narzędzi ginekologicznych wykazano również, że jakość większości wyrobów warszawskich (Mann) nie ustępuje zagranicznym (z wyjątkiem takich firm, jak Collin, z którą pod względem dobroci towaru mierzyć się trudno), przewyższa zaś w znacznym stopniu tani towar, sprowadzany z Niemiec.

Co do narzędzi i przyrządów urologicznych, poleca sprawozdawca gorąco cewniki elastyczne i świeczki francuskie (Delamotte, Vergne, Gaillard); narzędzia metalowe niemieckie są tańsze od francuskich, francuskie stoją jednak wyżej pod względem dokładności i staranności wykończenia (Collin, Lüer i inni). Wiedeńskie wyroby (Leiter, Reiner) są dobre, ale też droższe od berlińskich.

Narzędzia i przybory okulistyczne wyrobu francuskiego (Collin, Lüer) są tańsze od niemieckich, a wykończenie i ścisłość narzędzi francuskich przewyższa znacznie wyrób niemiecki, szczególnie w dziale noży. Okulary, binokle, konserwy z fabryk francuskich są droższe od niemieckich, ale też znacznie przewyższają je gatunkiem szkła i oprawy (Société des Lunetiers, Paris).

W dziale narzędzi i potrzeb dentystycznych górują Amerykanie (White), po nich idą wyroby angielskie (Ash); niemieckie są nieco tańsze, lecz znacznie ustępują pod względem dobroci i dokładności wykończenia.

Przyrządy elektrotechniczne wyrabia warszawska firma Machowskiego, która może zaspokoić wielką część naszego zapotrzebowania w tym dziale przemysłu lekarskiego, pozostałą resztę potrzebnych nam narzędzi i maszyn możemy zakupywać w fabrykach francuskich (Chardin, Gaiffe, Chauvin, Bonetti i inni) i po części w fabryce wiedeńskiej Leitera; zupełnie zaś obejść się możemy bez wyrobów z Niemiec sprowadzanych.

Wyroby lekarskie gumowe (worki do lodu, poduszki gumowe, rękawiczki gumowe i t. d.) najtańsze i najlepsze są z manufaktury rosyjsko-amerykańskiej (w Petersburgu). Wyroby francuskie są dobre, lecz nieco droższe; niemieckie zaś fabrykaty najdroższe i ustępują jakością rosyjskim i francuskim.

Z przyrządów lekarskich codziennego użytku zwrócić uwagę należy na taniość i dobroć termometrów francuskich, które mogą skutecznie konkurować z ciepłomierzami niemieckimi, dotąd wyłącznie u nas rozpowszechnionymi przez składników.

Wreszcie w dziale pracownianym przemysł krajowy jest jeszcze zupełnie nierozwinięty, lecz i tu, poza niewielkimi wyjątkami obejść się można bez wyrobów niemieckich, zastępując je przyrządami francuskimi, nie gorszymi co do jakości, a tańszymi. Mikroskopy dobre oraz przyrządy pomocnicze wyrabiają firmy paryskie: Krauss, Nachert, Stiassnie. Te same firmy oraz Cogit (również w Paryżu) wyrabiają też dobre i tanie mikrotomy. Szkło lekarskie możemy dostać w fabrykach francuskich (Chabaud, Adnet, Collot) lub czeskiej — Kavalier (przeważnie szkło chemiczne). Sterylizatory i wszelkie przyrządy bakteryologiczne znajdziemy w najlepszym gatunku u Adneta w Paryżu. Odczynniki i gotowe barwiki posiadają wymienione powyżej firmy francuskie. Suche barwiki wyrabia firma Société chimique des usines du Rhône (Lyon).

Przyrządy wszelkie do badań klinicznych posiadają francuskie firmy Nachet, Stiassnie, Krauss.

Wreszcie przez firmę Cogit w Paryżu dostać można wszystkie przyrządy pracowniane z fabryk francuskich.

Streszczając wnioski powyżej przytoczone, podkreślić musimy złudność pojęć naszych o wyższości produkcyi niemieckiej nad wyrobami innych krajów; przekonujemy się, że głównie dzięki szerokiemu reklamowaniu się niemieckich firm i sprytowi handlowemu ich licznych w Polsce ajentów — przez szereg lat oddawaliśmy miliony największym wrogom naszym. Zapoznawaliśmy — i dotąd, pomimo nauki lat ostatnich — zamało znamy przemysł lekarski krajowy, który wiedzie nędzny żywot wskutek braku poparcia ze strony naszych lekarzy. Zaślepieni wrzekomą przewagą zalewających ziemie nasze wyrobów niemieckich, nie staramy się poznać bliżej produkcyi innych krajów zachodnio-europejskich, bynajmniej nie ustępujących Niemcom.

Prace komisyi lubelskiej naocznie dowodzą, po ścisłem obliczeniu i porównaniu, że już przed kilku laty mogliśmy przynajmniej dziewięć dziesiątych zapotrzebowania naszego w dziale przemysłu lekarskiego zaspokoić poza Niemcami. Wątpić należy, żeby stosunki handlowe w ostatnich paru latach uległy większej zmianie.

W Królestwie inicyatywa lekarzy lubelskich znalazła gorący oddźwięk na prowincyi (Kalisz, Częstochowa, Radom i t. d.), uchwały nasze przedyskutowano w innych Towarzystwach lekarskich i wyrażono, z pewnemi zastrzeżeniami, solidarność z niemi. Warszawa jednak nie podtrzymała tych usiłowań prowincyi i akcya, nie objąwszy całego kraju, prędko osłabła.

Stało się to tem łatwiej, iż wypadki ostatnich lat odwróciły uwagę społeczeństwa polskiego w Królestwie od spraw codziennych. Najenergiczniejsze żywioły rzuciły się w wir walki politycznej. Nowa era życia politycznego pochłonęła siły i bardziej pokojowo usposobionych elementów. Praca nad podniesieniem przemysłu w kraju wydała się drobną w porównaniu z otwierającymi się dalekimi horyzontami i zeszła z porządku dziennego.

Niewątpliwie jednak nowe akty przemocy pruskiej poruszyły i poruszą obecnie szersze warstwy ludności na całym obszarze ziem polskich. Szczególnie w Galicyi ruch zapowiada się poważnie. Lekarze miejscowi również podjęli już prace przygotowawcze.

Zadaniem niniejszego artykułu, przedstawiającego głównie obszerne streszczenie prac Komisyi przemysłowo-lekarskiej w Lublinie, jest zwrócenie uwagi kolegów galicyjskich na to, co już robiono w danej dziedzinie w Królestwie. Pomimo odmiennych poniekąd warunków, materyał zebrany w Kongresówce, przydać się może w Galicyi. Koledzy, którzy pracują obecnie we Lwowie i w Krakowie nad tą sprawą, znajdą może trochę nowych szczegółów w pracach, omówionych powyżej.

Czy uchwały na wzór powziętych przez lubelskie Towarzystwo lekarskie dla swych członków, mogą nastąpić i w Galicyi, nie podejmuję się przesądzać, z całą jednak pewnością twierdzić można, że wysiłki jednostek nie zaważą na szali, jeśli nie poprą ich swą powagą korporacye, jak Wydziały lekarskie na obu wszechnicach polskich, oraz wszystkie Towarzystwa lekarskie. Jedynie solidarna i poważna akcya zbiorowa pozwoli nam skutecznie oprzeć się zalewającej Polskę fali produkcyi niemieckiej.

Zastępując tymczasem wyroby niemieckie francuskimi i szwajcarskimi, odrazu usuniemy w znacznej mierze zależność od Niemiec. Udzielając zaś stałego poparcia przemysłowi polskiemu już istniejącemu, »dopomożemy wytwórcom krajowym do wzniesienia się na wyższe szczeble wytwórczości i całkowitego wyparcia w przyszłości wyrobów cudzoziemskich«.

W tej dziedzinie i my, lekarze polscy, spełnić powinniśmy ciążący na nas obowiązek obywatelski i społeczny.

Dr Stefan Rudzki.

Za nocną ekspedycyę w aptekach wyznacza austryacka taksa aptekarska na r. 1908 osobną opłatę — 50 hal. Od opłaty tej wolne będą tylko recepty, zaopatrzone dopiskiem lekarza: »E. N.« (»*expeditio nocturna*«). *R.*

Urząd zdrowia publicznego w Austryi ma być, według niektórych dzienników, utworzony wkrótce jako osobny wydział przy ministerstwie spraw wewnętrznych, a kierownictwo tego urzędu ma być oddane wybitnemu lekarzowi. *R.*

Lekarką naczelną, pierwszą w Niemczech, została Dr Lina Schiemann w szpitalu miejskim w Pforzheim. *R.*

Sekundaryuszkami szpitali rządowych w Wiedniu, pierwszemi w Austryi, zostały Dr Matylda Lateinerówna (Lwowianka) i Dr Anna Pölzl. *R.*

Ograniczenie płodności wśród robotników omawiał Hamburger w towarzystwie dla medycyny społecznej w Berlinie. Z zapytań, zadanych 1042 żonom robotników, z których każda była zamężną przeszło 10 lat, przekonał się H., że średnio zastępowały po 7 razy. Im jednak częstsze były zastąpienia, tem więcej dzieci umierało przed 16. rokiem życia. Średnio z 7 dzieci (zastąpień) zaledwo połowa pozostawała przy życiu. Stosunek ten jest wprost przeciwny, niż w klasach zamożniejszych, gdzie z ilością zastąpień rośnie i ilość dzieci zdolnych do życia. Zwykle każde następne dziecko robotników jest słabsze i mniej zdolne do życia. W końcu dochodzi H. do wniosku, że w klasie robotniczej wystarczałyby średnio 3 zastąpienia, aby utrzymać obecny stan ludności, a przy 4 już liczba ludności powiększyłaby się o 400,000, co stanowi wprawdzie tylko połowę obecnego przyrostu ludności w Niemczech, ale takie dzieci byłyby za to zdrowe i silne. *K.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26. I. do 1. II. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 7; zmarło osób 55 (w tem obcych 39), z nich z gruźlicy 24 (10), zapalenia płuc 9 (7), błonicy 3 (3), płonicy 2 (2), duru brzusznego 1 (1). — Od 2. do 8.

II. urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 9; zmarło osób 63 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 2, płonicy 3 (2), duru brzusznego 3. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. do 8. II. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), płonicy 7 † 3 (4 † 2), odry 1 (1), duru brzusznego 1 † 3 (1 † —), róży 4 † 1 (3 † —). *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 2. do 8. II. 1908 było przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 1, ospianki 1, płonicy 21 † 2 (1 † 1), odry 6, duru brzusznego 5 (1). *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności w Krakowie uchwalił na posiedzeniach w d. 25. I. i 3. II. 1908, co następuje: I. Tekst pracy, przeznaczony do »Rozpraw« oraz tekst, zredagowany w języku obcym, a przeznaczony do »Biuletynu« Wydziału, nie mogą być jednakowo obszerne. Pozostawia się uznaniu autora wybór wydawnictwa, w którem ma ukazać się tekst główny (dłuższy). Objętość tekstu krótszego, przeznaczonego do drugiego z wymienionych wydawnictw Wydziału, nie może przenosić jednej czwartej części objętości tekstu głównego. II. Postanowienie powyższe wchodzi w życie z dniem 1. marca 1908 r.; od tej daty przepisy zawarte w § 9. »Informacyi dla autorów« (wyd. 1906 r., str. 5—6), a z tem postanowieniem sprzeczne, tracą moc obowiązującą.

— Wydział Izby lekarskiej zach.-galic. odbył w ubiegłym miesiącu 2 posiedzenia. W dniu 9. I. 1908 jako Rada honorowa przeprowadził 2 rozprawy. W pierwszej uznano oskarżonego lekarza winnym przekroczenia etyki lekarskiej przez to, iż narzucał się ze swoją pomocą stronie, przybyłej do innego lekarza i ukarano go ostrzeżeniem. W drugiej (odstąpionej Izbie przez c. k. prokuratoryę państwa) uznano oskarżonego lekarza winnym uchybienia godności stanu lekarskiego przez to, iż lekkomyślnem, przy rozprawie stwierdzonem postępowaniem swojem dał powód do skargi sądowej, a przyjmując jako okoliczność łagodzącą brak zrozumienia doniosłych następstw tegoż postępowania, skazano go na karę upomnienia. — Na posiedzeniu Wydziału w dniu 24. I. 1908 prezydent Izby zdał sprawę z Wiecu lekarzy w sprawie wyborów do Sejmu, następnie załatwiono szereg podań o uwolnienie od wkładek do Izby i udzielono zapomogi 200 koron wdowie po lekarzu R. *A.*

— W poprzednim numerze donieśliśmy za »Tygodnikiem lekarskim«, że sprawa objęcia przez kraj lwowskiego szpitala dla dzieci (im. św. Zofii)bliską jest urzeczywistnienia. Na czasie byłoby, aby kraj objął i krakowski szpital dla dzieci (im. św. Ludwika), który również założyło i utrzymuje prywatne Towarzystwo z pomocą subwencyi krajowej. Od czasu, gdy oba te szpitale dla dzieci zakładano, zmieniły się zasadniczo stosunki w zakresie pomocy szpitalnej dla ubogiej ludności; dostarczenie tej pomocy, pozostawione dawniej filantropii prywatnej, stało się obowiązkiem kraju; stąd też istnienie prywatnych szpitali dla dzieci staje się poniekąd anachronizmem tam, gdzie powinny być na ten cel osobne szpitale krajowe lub osobne oddziały w szpitalach krajowych.

— Zwołany przez Prezydyum miasta w sprawie uczczenia pamięci Henryka J o r d a n a obszerny Komitet obywatelski, do którego zaproszono przedstawicieli władz, najpoważniejszych instytucyi, korporacyi, towarzystw, wreszcie prasy (prócz — lekarskiej) uchwalił: 1) zbierać publiczne składki na pomnik i powierzyć tę sprawę komitetowi ściślejszemu z 9 członków, do którego z lekarzy wybrano Prof. Al. R o s n e r a, 2) odnieść się do Zarządu miasta z prośbą, aby kuratoryę parku Jordana powierzono osobistości, dającej rękojmię należytej pieczy nad tą instytucyą, 3) prosić Zarząd miasta, aby wniósł do Sejmu petycyę o subwencyę na utrzymanie i rozszerzenie parku.

— Na opróżnione stanowisko fizyka m. Krakowa postanowiła Rada miasta rozpisać ogólny konkurs z terminem do 25. lutego b. r. Zastępstwo fizyka objął lekarz miejski, Dr Ignacy S c h a i t t e r, a jego znów zastępstwo Dr G ó l s k i.

— Dzienniki donoszą, że Prof. J a k u b o w s k i powziął myśl przekształcenia kolonii leczniczej dla dzieci w Rabce, działającej dotąd tylko w miesiącach letnich, na stałą, cały rok otwartą lecznicę, jakich znaczniejszą już dziś liczbę posiadają kraje zachodnio-europejskie, a jakiej brak u nas dotąd zupełnie. Pięknej tej myśli życzyć należy jak najrychlejszego urzeczywistnienia.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 8. II. posiedzenie, na którem roztrząsano sprawę reformy nadzoru nad prostytucyą, przyjęto do wiadomości sprawozdanie krajowego Referenta sanitarnego z lustracyi publicznych i prywatnych zakładów dla umysłowo chorych, wreszcie uchwalono zwrócić się do władz centralnych z prośbą, aby projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych przedstawiony został jeszcze przed przedłożeniem parlamentowi krajowym Radom Zdrowia.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska uchwaliła, jak donoszą dzienniki, zwrócić się do Wydziału krajowego z żądaniem, aby zasiłki z uchwalonych przez Sejm (na wniosek posła Prof. M a r s a) na wycieczki naukowe lekarzy szpitalnych 6,000 koron, rozdawano drogą konkursu na podstawie opinii Izby wschodnio-galicyjskiej.

— Docenci prywatni Dr Edmund B i e r n a c k i, Dr Roman R e n c k i i Dr Adam S o ł o w i j otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— Park dla zabaw ruchowych powstanie z wiosną za rogatką stryjską staraniem »Towarzystwa zabaw ruchowych«, które daremnie od paru lat kołacząc do Rady miejskiej o odstąpienie niezbędnych terenów, wydzierżawiło samo na szereg lat 10 morgów gruntu, zupełnie odpowiedniego do celu, od gminy wuleckiej.

Warszawa. W maju 1907 r. dzięki inicyatywie Prof. Baranowskiego zawiązało się Towarzystwo Naukowe Warszawskie; do grona założycieli weszli z lekarzy Drowie: Dmochowski, Janowski, Prof. Kryński, Prof. Kosiński i Prof. Przewoski. Prace przygotowawcze rozpoczęły się w czerwcu, inauguracyjne zaś posiedzenie odbyło się 24. listopada, w rocznicę otwarcia Szkoły Głównej. Od tej chwili rozpoczęły się prace organizacyjne. Pierwszymi członkami rzeczywistymi z pośród lekarzy obrani zostali Drowie: Dunin, Flatau, Goldflam, Jakowski, Kamocki, Mayzel, Pruszyński, Rejchman, Serkowski, Sokołowski. Prezesem Towarzystwa jest p. Aleksander Jabłonowski, wiceprezesem p. Samuel Dikstein, sekretarzem Dr Thugutt; prezesem wydziału mat.-przyr. p. Eismond, sekretarzem p. Tur. Do wydziału tego zgłoszono dotąd podobno 34 prace; pierwsze jego posiedzenie odbędzie się d. 20. II. b. r. Do zarządu oprócz prezydyum Towarzystwa i prezesów trzech wydziałów: 1) językoznawstwa i literatury, 2) nauk antropologicznych, społecznych, historyi i filozofii, 3) nauk matematycznych i przyrodniczych, weszli pp.: Chlebowski, Janowski, Kochanowski, Kucharzewski, Lewiński, Miklaszewski. Do komisyi rewizyjnej wybrani zostali pp.: Prof. Baranowski, Danielewicz, Dydyński, Święcicki i Sokołowski. (Lokal Towarzystwa, ofiarowany na 2 lata przez Prof. Baranowskiego, Krakowskie Przedmieście 7). *L.*

— Prof. Dr M. L. J a k u b o w s k i został na posiedzeniu w d. 21. I. 1908 jednomyślnie obrany członkiem honorowym Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.

— Według sprawozdania sekretarza Dra L a n d s t e i n a, ogłoszonego we właśnie wydanym IV. zeszycie »Pamiętnika Tow.« liczyło Towarzystwo lek. warszawskie na początku r. 1907 (w 90. roku istnienia) członków honorowych 11, czynnych 243, korespondentów 93, przybranych 3. W ciągu roku ubyło członków czynnych 8, a przybyło 9. Posiedzeń klinicznych odbyło się 29; było na nich 36 odczytów i 56 demonstracyi. Średnio bywało na posiedzeniach 44 członków. W porównaniu z r. 1906 liczba odczytów i demonstracyi wzrosła, udział członków na posiedzeniach zmalał. Za ujemne zjawisko uważa sprawozdawca brak odczytów z zakresu dermatologii, ginekologii i neurologii, odbywających się obecnie tylko w specyalnych sekcyach Towarzystwa, przez co »ustała żywa dawniej wymiana myśli i poglądów między przedstawicielami różnych działów medycyny«.

— I w wydanym właśnie IV. zeszycie »Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego« nie znajduje się »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« za rok poprzedni, zazwyczaj wydawany w zeszycie I. lub III., a tym razem spóźniony. Byłoby pożądane wyjaśnienie przez powołanych do tego, czy brak »Przeglądu piśmiennictwa za r. 1906« w zeszłorocznym tomie »Pamiętnika« oznacza tylko odłożenie wydania aż na r. b., czy też zupełne zaniechanie cennego tego wydawnictwa, coby było rzeczywiście bardzo wielką stratą.

— Dom przedpogrzebowy (morga) na Pradze został już ukończony; brak mu tylko urządzenia wewnętrznego. Środek gmachu zajmuje kaplica przedpogrzebowa, jedno skrzydło mieści pracownie i prosektorya sądowolekarskie, drugie — prosektoryum szpitala praskiego wraz z odpowiedniemi pracowniami. Koszt zakładu wynosił 44,832 rb., urządzenie wewnętrzne ma kosztować 40,000 rb. — Opisując zakład, przypomina »Kuryer warsz.« (Nr 37 i 38), że obok zakładu stoi stary barak drewniany, który

już kilka razy groził niebezpieczeństwem zawalenia się i pożaru, a w którym mieści się przeszło stu chorych nieuleczalnych. Wszelkie starania u władz, aby chorych tych przenieść do lepszego i bezpieczniejszego lokalu, nie odniosły dotąd skutku. Również ze wszech miar nieodpowiedni jest barak drewniany, mieszczący ambulatorya szpitala praskiego, a inne jego budynki, prócz oddziału chirurgicznego, pozostawiają wiele do życzenia.

— Magistrat spłacił już przeszło 200,000 rb. z zaległości, które były szpitale warszawskie dłużne rozmaitym dostawcom. Lekarzom-eksternom w szpitalu św. Jana Bożego uchwalił Wydział dobr. magistratu wyznaczyć pensye.

— Generał-gubernator warszawski wydał przepisy o piekarniach, zastosowane do nowoczesnych wymogów higieny.

— Wakują w Warszawie posady: asystenta w oddziale psychiatrycznym szpitala izr. (płaca roczna 669 rb., mieszkanie, światło, opał) i lekarza miejscowego w izr. kolonii dla umysłowo chorych w Otwocku (płaca 750 rb. i całe utrzymanie). Zgłaszać się należy do Dra Wizla, Warszawa, Nowo-Sienna 1 e. (»Med. i Kron. lek. 6.«).

Z różnych stron. Na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa lek. w Kijowie w d. 22. I. b. r. odbyły się wykłady: Dr Hofmana: »Obecny stan nauki o odporności« i Dr Rumszewicza: »Wodoocze (*hydrophthalmus*) jako wada rozwojowa oka«.

— Zjazd lekarzy gubernii mińskiej otwarto 4. II. b. r. przy udziale 150 uczestników. Po wstępnych przemówieniach gubernatora Erdelliego, prezesa ziemstwa p. Rodziewicza i prezydenta miasta p. Stefanowicza wybrano prezesem Zjazdu Dra Ryszarda Janowskiego, a wiceprezesem Dra Borowskiego (z Nieświeża). Pierwszy wykład: »O stanie pomocy lekarskiej w gub. mińskiej« miał inspektor lekarski, Urwancow. Wogóle zgłoszono na zjazd 42 wykładów, z tego 13 naukowych, 6 zawodowych; reszta dotyczy stanu sanitarnego m. Mińska, pomocy lekarskiej w gubernii, statystyki i t. p. Z lekarzy miejskich zgłosili wykłady: Dr Święcicki, Kodis, Makarewicz, Czarnocki, Janowski, Niedźwiedzki, Fiedorowicz i Offenberg.

— Na uniwersytecie berlińskim uzyskała dyplom doktorski p. Hanna Hirschfeldowa rodem z Królestwa polskiego.

— Znamienny jest sposób, w jaki Dr Liebe (Waldhof-Elgershausen) »streszcza« w »Münchener med. Wochenschrift« (Nr 5, str 244) rozprawę Dra Alfreda Sokołowskiego: »O rozprzestrzenianiu się i zwalczaniu gruźlicy w Polsce«, ogłoszoną w »Zeitschrift f. Tuberculose«. »Streszczenie« to stanowi zdanie następujące: »Ein Vortrag in der deutschen Zeitschrift, in dem vom Grossherzogtum bezw. Herzogtum Polen die Rede ist«.

Mianowani: asystentami uniwersytetu lwowskiego Dr J. Hückel (fizyologia), Dr B. Paklikowski i R. Zadębowski (położnictwo); bezpłatnymi asystentami szpitala izrael. w Warszawie M. Cyterman i A. Sołonowiczówna; bezpłatnym lekarzem ambulatoryum szpitala św. Ducha w Warszawie W. Rudziński: internem szpitala izr. w Warszawie B. Mintz; miejscowym lekarzem szpitala ewang. w Warszawie W. Filipowicz.

Zmarli: Dr Kazimierz Orłowski w Wołontirowie w 36 r. ż., Dr Artur Munkiewicz w Kutnie w 47 r. ż.;
fizyolog Prof. Voit w Monachium.

Redakcya otrzymała: Jan Papee: Die Syphilis unter den Prostituierten in Lemberg. Arch. f. Derm. u. Syph. 1908. — Sędziak: 1) Obustronne porażenie rozwieraczy głośni. Gaz. lek. 1907. 2) Rozpoznawanie oraz leczenie raka krtani. Tyg. lek. 1907. 3) Aetiologie der Rekurrenslähmungen. Monats. f. Ohr. 1907. — Jaworski J.. O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Gaz. lek. 1907. — Orzechowski: Zur Frage der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Chorea minor. (Festschr. f. Prof. Obersteiner).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 19. lutego o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wykład Prof. Marchlewskiego: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska**, na którą należy zgłaszać się wcześnie.

Posiedzenie Jarosławskiej sekcyi Tow. lekarzy galic. odbędzie się **d. 21. lutego 1908 w piątek o godz. 6 wieczorem** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. — Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O prostytucyi, część II szczegółowa, kol. Dr Turzański. 3) Sprawozdanie roczne, wybór Wydziału i delegatów na Walne Zgromadzenie.

O liczne przybycie upraszamy.

Biuro sekcyi Jarosławskiej Tow. lek. gal.
Sekretarz: *Dr Feldmann.* Przewodniczący: *Dr Wł. Czyżewicz.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit. (Dr O. Wilke, Die Heilkunde, Lipiec, 1907) Z pośród wielu przetworów odżywczych wyróżnia się visvit, posiadający smak przyjemny, i wzbudzający apetyt. Ma on wyższość nad wielu przetworami białkowymi, gdyż zawiera 80 prc. roślinnego i zwierzęcego białka. Przy niedokrwistości, ozdrowieniu, po grypie, przy ostrej niedokrwistości wskutek krwotoków okazał się w przeciągu 4 tygodni przybytek wagi od 4—5 funt. Przy opadnięciu trzew i niedowładzie żołądka, który silnie upośledza jego czynności, stosuje się visvit 3 razy dziennie po 2 łyżeczki w mleku i bywa doskonale znoszony. Pomimo wyłącznie płynnych pokarmów zdołał W. z 52 klgr. doprowadzić w przeciągu 6 tygodni do 60. Przy wrzodzie żołądka, gdzie wolno podawać tylko płynne pokarmy w małych ilościach, można z pomocą visvitu dostarczyć ustrojowi niezbędną ilość białka w mleku, podając na 1/4 łyżki mleka 3 łyżeczki kawowe visvitu. Takie odżywianie stosować można do dni 10. Przy durze brzusznym przyjmowano visvit przez 3 tygodnie zupełnie pomyślnie. Chory pomimo wysokiej i długiej gorączki nie wychudł widocznie, a używając visvitu, tak się doń przyzwyczaił, że nie zaprzestał go przyjmować i w czasie powrotu do zdrowia. *Hr.*

Arhovin. (Dr Bodenstein, Deutsche Medizinische Presse Nr 24, 1907). Przy ostrym i przewlekłym nieżycie pęcherza zaleca B. stosować środki wewnętrzne, unikając leczenia miejscowego. Ze znanych środków kwas salicylowy, salol, środki balsamiczne i urotropina, jako poniekąd szkodliwe, nie zawsze chętnie się stosuje. Na uwagę zasługuje arhovina, nie wywołująca żadnych ubocznych działań. Arhovina, jak podają badacze, podnosi kwaśność moczu, powstrzymuje rozwój drobnoustrojów, w szczególności dwoinek wiewiórowych, oraz wywołuje znieczulenie całego narządu moczowo-płciowego. Wyraźne skutki są bardzo prędko widoczne. Ból ustępuje już po 1—2 dni. Mocz, pierwotnie z gęstym osadem śluzu i ropy, w przeciągu 8—14 dni staje się jasnym; gorączka ustępuje już na trzeci dzień. Zwykła dawka wynosi 3 razy dziennie 1—2—3 kapsułek. *Hr.*

Collargol

Znakomity lek w sprawach septycznych, procesach połogowych i t. d. Do śródżylnego (bez szkodliwości), przez odbytnicę i wewnętrznego użycia; jako „Ungentum Credé" do wcierań. Także do leczenia ran i zakaźnych chorób ocznych, jakoteż do przepłukiwań pęcherza.

Creosotal

Creosotal „Heyden" jest najlepszym środkiem przeciwgruźliczym, doskonałym wewnętrznym lekiem przeciwzołzowym, a w dużych dawkach jest pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.).

Xeroform

Zupełnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran.

Injectio Dr. Hirsch do leczenia kiły, jedyny zupełnie niebolesny przetwór Hg, do podskórnych i śródmięśn. wstrzykiwań.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 b

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Opuściła prasę książka Prof. Dr **P. F. RICHTER**

PRZEMIANA MATERYI I JEJ CHOROBY (str. 423)

Zbiorowe tłómaczenie z niemieckiego pod Redakcyą Dr K. Rzętkowskiego

Cena 2 rb.

SKŁAD GŁÓWNY: 282

E. WENDE i SP. (T. HIŻ i A. TURKUŁ) w WARSZAWIE

Nazwa zastrzeżona. **Extractum** Nazwa zastrzeżona.

Chinae „Nanning"

(Najlepsze współczesne Stomachicum).

Przepisywane w Kasach chorych w Berlinie.

Wskazane w:

1) braku apet. u bledn. (Dysmen. znikła po dłuższem używaniu tego środka).
2) braku apetytu u zołzowatych i gruźliczych.
3) ostrym i przewlekłym nieżycie żołądka.
4) u gorączkujących i w gorączce przyrannej.
5) u ozdrowieńców.
6) w wymiotach ciężarnych.
7) w przew. nież. żołądka wskutek nadużywania wyskoku.
8) w niestrawności pod wpływem Hg. i jodku potasu.

Oryginalne **flakony** po Kor. tylko w aptekach.

Wyrabia jedynie **Dr H. NANNING, aptekarz, Den Haag s. (Holandya).**

Zastępca generalny na Austro-Węgry:

LUDWIK FUCHS, Wien I. Annagasse 3.

Odsprzedaje się tylko aptekarzom. 207

Próbki i literatura bezpłatnie.

SANATOGEN

sprawia

gromadzenie się białka i fosforu, wzmożenie się energii utlenienia, pobudzenie przemiany materyi

i jest dlatego najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Panom lekarzom służy się na życzenie próbkami i piśmiennictwem.

BAUER & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin, SW. 48.

= Zastępstwo generalne: C. BRADY, Wien I. =

283

Fersan

(Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie zwiększa znacznie ilość **hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.**

Proszek fersanowy.

Rp.
Pulv. fersani
25·0.

Kołaczyki czekoladowe **jodowo**-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).

D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.

Kołaczyki fersanowe.

Rp.
Pastill. fersani
(à 0,5 lub à 0,25 scat. origin.)
Nr 50.

Kołaczyki **jodowo**-fersanowe dla dorosłych (w kartonach orygin. po 50 i 100 sztuk).

Kal. jod. 0,05, fersan 0,2.

D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach. 41

Fersan-Werk, Wien IX.

Rossel, Schwarz & Co. Wiesbaden 25.

Fabryka lecznicza-gimnastycznych i ortopedycznych przyrządów.



Wyłączny wyrób przyrządów systemu Dra Herza, Wiedeń. 135

Wyłączny wyrób przyrządów, systemu Dra G. Zandera, Stockholm.

Przyrządy pendułowe używane równocześnie jako przyrządy z oporem.

Wyłączny wyrób elektrycznych przyrządów do grzania gorącem powietrzem, systemu Dra Tyrnauera w Karlsbadzie.

Pierwszorzędny wyrób z daleko idącą gwarancyą. || Piśmiennictwo i oferty bezpłatnie i opłatnie.

Najlepsze kraj. i obcokraj. polecenia. Patenty we wszystkich państw. kultur.

KĄPIEL MORSKA GRADO.

PENSYONAT I ZAKŁAD LECZNICZY „Alla Salute".

Zakład I-rzędny. 40 wykwitnie urządzonych pokoi z balkonami, wszystkie z widokiem na morze. Elektryczne oświetlenie. Lokale towarzyskie, loggie, piękny ogród. Pokoje tygodniowo i miesięcznie.

Przytem połączenie z postępowo urządzonym zakładem dla chirurgii, ortopedyi i całkowite leczenie fizykalne. Kursa gimnastyczne dla dorosłych i dzieci. Otwarty przez cały rok, także dla leczenia zimowego.

Prospekty przez zarząd bezpłatnie. 231 Lekarz kierujący i właściciel **Dr M. Oransz.**

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

203 Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

!! Polecony przez Krakowską Komisyę przemysłowo-lekarską. Odznaczony najwyższemi odznaczeniami na wystawach hygienicznych we Wiedniu i Paryżu 1906 i we Lwowie 1907. !!

Najprzyjemniejszym zarówno w smaku jak zapachu, Tranem rybim, jest specyalną metodą przyrządzony

Tran jodowo-żelazisty-aromatyczny

z prawnie zarejestrowaną marką ochronną

JECOFERROL 127

wyrobu chemika Dra JULIUSZA FRANZOSA
aptekarza w Tarnopolu.

Tran ten sprowadzony wprost z Bergen w Norwegii, zawiera 0·25% jodku żelazowego, podczas gdy tran Lahusena ma tylko 0·20% Fe J_2. Nadto jest „JECOFERROL" o całą koronę tańszy od tranu Lahusena, który kosztuje Kor. 3·50. Do każdej flaszki oryginalnej, pojemności ½ litra, dołączony jest pakiet nader przyjemnej pasty miętowej.

Cena 2 Kor. 50 hal.

ordynuje się: „JECOFERROL" Dr FRANZOS.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach.

We Lwowie w aptekach Mikolascha, Haya, Dra Piepes-Poratyńskiego, Dra Wiewiórkowskiego, Łazarskiego.
W KRAKOWIE W APTECE WIŚNIEWSKIEGO.

„HYGEA" CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA"

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden"), duotalem („Heyden"), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: **„fabr. ZAHRADNIK in scat. orig".**

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK".

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej".

202

Proszę przepisywać i żądać tylko:

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK".

Piśmiennictwo i probki na żądanie.

Rok XLVII. Kraków, dnia 22. lutego 1908. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie tamowania krwotoków podczas hebosteotomii.

Podał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

»Należy zwracać baczną uwagę na niebezpieczeństwo krwawienia i skrwawienia się; ono to nadaje hebosteotomii cechę operacyi, przy której należy być uzbrojonym we wszystkie środki przeciw krwawieniu«. Zdanie to wypowiada Döderlein, jeden z najzasłużeńszych i najdoświadczeńszych znawców hebosteotomii. W znakomitym referacie o technice, wynikach i wskazaniach do operacyi rozszerzających miednicę, wypowiedzianym na zeszłorocznym zjeździe drezdeńskim, podnosi on, że kilka powikłań hebosteotomii może wywołać pośrednio lub bezpośrednio śmierć. Są niemi: zakażenie, wielkie, z raną kostną komunikujące, przerwanie pochwy, rany i pęknięcie pęcherza moczowego, zaczopowanie większych żył z ewentualnym zatorem, wreszcie krwotok wśród operacyi, który w jednym ze znanych przypadków rzeczywiście śmierć sprowadził.

Choćby jednak krwotok nie stał się bezpośrednią przyczyną śmierci, może jednak pośrednio do niej się przyczynić i to albo w ten sposób, że wytwarza krwiak *(haematoma)* w miejscu operowanem, który stać się może punktem wyjścia śmiertelnego zakażenia, albo wreszcie w sposób jeszcze więcej pośredni przez osłabienie odporności ustroju, jakie każda ostra niedokrwistość za sobą pociąga.

Groźne krwotoki wśród hebosteotomii należą na szczęście do niezbyt częstych powikłań tego zabiegu. O ile wiem, tylko w przypadku Rosthorna nastąpiła śmierć z krwotoku, w innych przypadkach*), zatrzymano bardzo silny krwotok przez ucisk, okłucie, lub podwiązanie krwawiącego naczynia po przecięciu skóry i szerokiem rozwarciu rany.

W jednym z moich przypadków wystąpił podczas piłowania kości bardzo silny krwotok żylny, który mimo natychmiastowego rozwiązania nie ustał i był tak uporczywy, że trzeba było stosować ucisk od zewnątrz i od pochwy przez kilka godzin, ażeby go zatrzymać.

Doskonałe prace anatomiczne (Tandler, Sellheim), mające na celu wykrycie źródła tych krwawień pouczyły nas ponad wszelką wątpliwość, które naczynia narażone są przy hebosteotomii na przerwanie, czyli inaczej, z których to naczyń obawiać się należy krwotoku.

Ale nie o to tylko tu chodzi. Zdaniem mojem po zadowalniającem rozwiązaniu pytania, »z których naczyń krwawi?« należy zadać sobie drugie pytanie: czy naczynia te są istotnie tak duże, że ten ich kaliber tłomaczy dostatecznie obfitość i gwałtowność krwotoku, czy też może w czasie operacyi są takie szczególne warunki, które ułatwiają powstanie gwałtownego krwotoku z naczyń, z których w innych warunkach płynęłoby mniej krwi?

O ile mi się zdaje, odgrywa tu wybitną rolę ucisk poprzedzającej części płodu na odpływowe pnie żylne i ten właśnie ucisk, utrudniający odpływ krwi, przyczynia się do powiększenia krwotoku. Ucisk części poprzedzającej działa podobnie, jak założona na kończynę opaska uciskowa, która nie zaciska naczyń tętniczych, tylko żylne. Powstające w tych warunkach krwawienie żylne, t. zw. krwawienie zastoinowe, może być bardzo silne.

Przy zwykłych, prawidłowych porodach u pierwiastek widzimy niejednokrotnie takie zastoinowe krwawienia. Zdarza się bowiem czasem, że zanim główka przejdzie przez szparę sromową, pęka gdzieś przy wejściu do pochwy błona śluzowa. Ranka jest malutka, krwawienie jednak dość silne. Pokazująca się w szparze sromowej główka pokrywa się skrzepami krwi i z niepokojem myślimy, co będzie po porodzie. Tymczasem z chwilą urodzenia się dziecka ustaje wszelkie krwawienie i z trudem znajdujemy szczelinkę, z której tak obficie krwawiło. Krwawienie ustało dlatego, że było zastoinowem, że stało w związku z uciskiem główki dziecka na odpływowe pnie żylne; ustało ono w tej chwili, kiedy skończył się ucisk, a z nim i zastoina żylna.

Zresztą opisano przypadki (Pfaunenstiel), w których przebieg dowodzi, że gwałtowny krwotok przy hebosteotomii jest również zastoinowym. Mam tu na myśli te przypadki, w których krwotok ustał lub znacznie się zmniejszył z chwilą rozwiązania rodzącej. W moim przypadku poród wpłynął korzystnie na gwałtowność krwotoku, który niemniej jednak trwał jeszcze i po porodzie, acz był już słabszy.

Aczkolwiek nie twierdzę bynajmniej, żeby każdy wielki krwotok przy hebosteotomii stał w związku z uciskiem części poprzedzającej płodu na żyły odpływowe, niemniej jednak sądzę, że, ilekroć wśród przepiłowania miednicy wystąpi bardzo silne krwawienie, należy rodzącą natychmiast

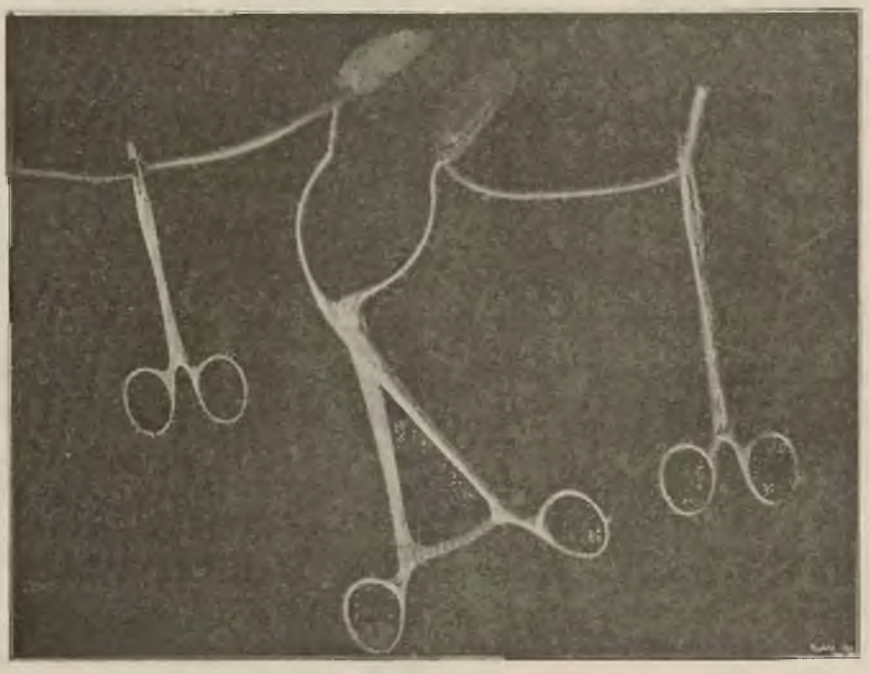
*) Po dwa Zweifla i Döderleina, po jednym Pfannenstiela, Hofmeiera, Olshausena, Puppela, Riecka, Fehlinga, Markwitza, Hammerschlaga, Tweedyego.

rozwiązać. Że nie zawsze krwotok ustanie po rozwiązaniu, poucza mój przypadek.

Sposób ten ma jednak swoje ujemne strony. Szybkie rozwiązanie jest wogóle mało pożądanem po hebosteotomii; ono to wywołuje niekiedy przerwanie pochwy, lub inne okaleczenia, które ze swojej strony przyczyniają się do krwawienia.

Odnosi się to szczególnie do pierwiastek i do tych rodzących, u których wzięto się do zabiegu wcześnie, zanim główka przystosowała się i zmieniła kształt, zanim ujście się rozwarło i zanim długotrwałe bole uczyniły drogi porodowe należycie podatnemi. Zupełnie zgadzam się z Hocheisenem i Henklem, że zanim weźmie się igłę Bumma lub Döderleina w rękę, należy długo czekać. Wykonanie tego zabiegu zbyt wczesne jest błędem. Zdaniem mojem należy odwlekać operacyę ile możności długo, już choćby dlatego, żeby w razie gwałtownego krwotoku módz rozwiązać rodzącą szybko i bez okaleczeń szyi i pochwy.

Przeważna ilość krwotoków, wśród hebosteotomii powstałych, daje się zatrzymać przez ucisk. Musi on jednak działać z dwóch stron, t. j. od pochwy i od zewnątrz, można więc zatamponować silnie pochwę, a od zewnątrz wywrzeć ucisk ręką, lub też zacisnąć palcami jednej lub dwóch rąk, działającymi na okaleczoną i krwawiącą tkankę, jak uciskadło. Najwygodniej byłoby zastosować narzędzia, zbudowane podobnie, jak uciskadło Mikulicza; należałoby wówczas wprowadzić jedno ramię do pochwy, drugie położyć na skórze ponad przepiłowanemi kośćmi. Całą między ramionami narzędzia zawartą tkankę należałoby poddać uciskowi.



Poleciłem wykonać takie narzędzie. Szczególne warunki rany, którą narzędzie miało uciskać, wymagały uwzględnienia.

1) W ranie między pochwą i skórą leży przepiłowana kość o ostrych brzegach, które przy nieco dłużej trwającym ucisku wywołałyby z pewnością odleżynę. Narzędzie musiało więc być tak zbudowane, żeby do tej odleżyny nie doszło.

2) Naczynia głównie i najsilniej krwawiące, należące do ciała jamistego łechtaczki *(corp. cavern. clitoridis)* leżą na dolnym brzegu kości i ściśle do niego przylegają. Kość łonowa ma w tem miejscu dolny brzeg nieco odgięty i łatwo zdarzyćby się mogło, że mimo silnego zamknięcia narzędzia, właśnie te krwawiące naczynia, ochronione położeniem na dolnym brzegu kości mogłyby nie doznać ucisku. W budowie narzędzia musiało i to być uwzględnione. Uciskające poduszki należało tak zbudować, żeby przystosowywały się do nierówności kostnych i żeby jednostajnie uciskały wszystko, nawet te miejsca, które zwykłe, n. p. Mikuliczowskie uciskadło, pozostawiłoby wolnemi.

Narzędzie, którego ryciny tu podaję, odpowiada tym wymogom. Są to kleszcze o odgiętych pod kątem ramionach. Dłuższe ramię (29 ctm.) wchodzi do pochwy, krótsze (26 ctm.) działa od powłok skórnych. Niedaleko zamku wygięte są oba ramiona na zewnątrz półkolisto; kiedy narzędzie jest założone, przypada w to miejsce warga większa.

Na wolne końce ramion zakłada się płytki metalowe, które w razie potrzeby obracają się nieco dokoła długiej osi ramion. Umożliwia im ten ruch sprężyna, umieszczona na tylnej ścianie płytki metalowej. Koniec tej sprężynki jest nieco odgięty i wpada w płytki worek poprzeczny na ramieniu kleszczyków. Dzięki temu, płytka nie może spaść. Płytka, która ma leżeć w pochwie, jest znacznie więcej wklęsła od drugiej, która ma uciskać od powłok skórnych. Odpowiada to większej wypukłości kości łonowej od tyłu. Na te płytki metalowe wsuwa się osłonki gumowe, mające postać poduszeczek i dające się zapomocą rurki gumowej nadąć. Tak napięte poduszeczki gumowe wywierają dopiero przy zamknięciu narzędzia odpowiedni ucisk na tkanki. Ucisk ten jest elastyczny. Poduszeczki napełniam powietrzem zapomocą zwykłej strzykawki, a rurki zamykam kleszczykami, jak to uwidocznia rycina.

Płytki metalowe i odpowiadające im wielkością poduszeczki gumowe mogą mieć naturalnie rozmaitą szerokość. Do własnego użytku kazałem wykonać dwie pary płytek szerokości 3·5 ctm. i 2·2 i zdaje mi się, że to wystarcza. Wysokość ich wynosi około 4 ctm.

Narzędziem tem wywrzeć można ucisk elastyczny, co, jak sądzę, zapobiegnie odleżynie, choćby nawet ucisk ten trwał kilka godzin Poduszeczki wypełnione powietrzem przystosowują się dokładnie do nierówności kostnych brzegów, do czego w wysokim stopniu przyczynia się i to, że płytki metalowe obracają się nieco na ramionach, jak to wyżej wspomniałem.

Nie potrzebuję dodawać, że w chwili przechodzenia dziecka przez pochwę, narzędzie musi być usunięte.

Budowa narzędzia jest prosta i łatwo je oczyścić i wyjałowić. Osłonki gumowe znoszą doskonale gotowanie przez 10 minut.

W dwóch przypadkach hebosteotomii użyłem tego narzędzia. Ani w jednym, ani w drugim nie było zastraszającego krwotoku. W obu przypadkach krwawienie natychmiast ustało i to tak, że ani z ran nie sączyła się krew na zewnątrz, ani nie gromadziła się w tkankach w postaci

krwiaka. W drugim przypadku poduszki gumowe wygniotły podczas zamykania narzędzia krew, nagromadzoną już w tkance. Krew ta wytrysnęła przez obie rany. Operowałem oba razy sposobem Doederleina.

Zgadzam się zupełnie z Siegwartem, że należy zapobiedz powstaniu krwiaka i sądzę, że narzędzie moje spełni należycie to zadanie.

Hebosteotomia jest niewątpliwie wielkim w operacyjnem położnictwie postępem. Znaczna większość operatorów zgodnie przyznaje, że wyniki tego zabiegu są doskonałe, równocześnie podnosi jednak wątpliwości, czy należy zabieg ten wykonywać w domu, czyli poza kliniką i szpitalem. Przekonany jestem, że jest błędem przedstawiać hebosteotomię jako zabieg lekki i niewinny. Jest on co najwyżej krótki i efektowny.

Ale mimo wielkiej popularności, jaką zabieg ten się cieszy, nie można przewidzieć, jakie będą dalsze jego losy. Jeśli w tej lub innej klinice równie biegły, jak Rosthorn operator straci rodzącą z powodu nie dającego się zatamować krwotoku, to zdarzenie takie, zwłaszcza gdyby było nie odosobnione, mogłoby zupełnie hebosteotomię zdyskredytować.

Leży więc w interesie samejże operacyi, (która mimo całej popularności, walczy dopiero o uznanie i jest w okresie próbnym), ażeby operator myślał, przystępując do hebosteotomii, o możności skrwawienia się chorej i ażeby przeciw tej ewentualności był uzbrojony.

Zupełną słuszność ma Bumm, mówiąc: »Nie wiem, cobym wolał, czy małe skaleczenie pęcherza przez ukłucie, które, po założeniu cewnika na stałe, gładko się zgoi, czy wielki krwotok, z którym w praktyce rady sobie dać nie można« (mit der ich in der Praxis nichts anfangen kann).

Mam nadzieję, że opisane tu uciskadło, (jeśli odpowie moim oczekiwaniom), wpłynie na to, że świadomy niebezpieczeństw operator z mniejszym niepokojem brać się będzie do hebosteotomii i że znakomita ta operacya przejdzie szczęśliwie okres prób, w których się do dziś dnia znajduje.

Narzędzie wykonał i niektóre części jego opatentował Jerzy Haertel, (Wrocław, Albrechtsstrasse, 42). Wykonanie przypadło na miesiąc Czerwiec i Lipiec zeszłego roku.

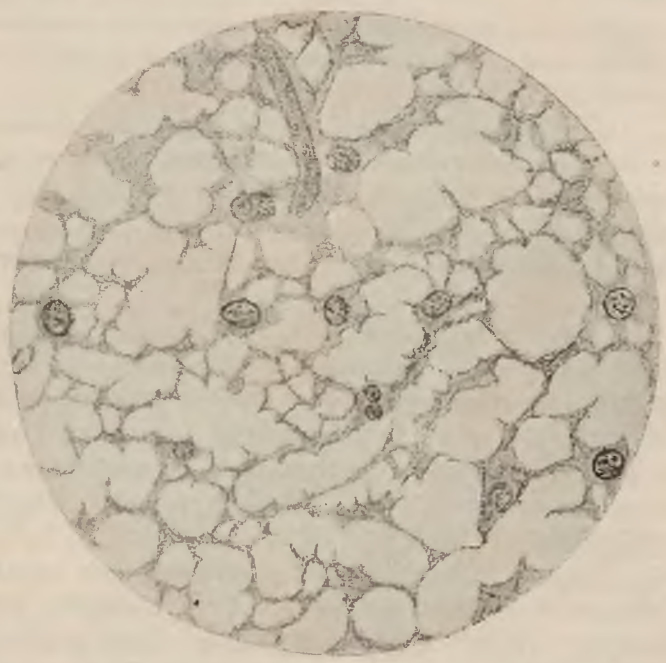
Czy należy przerwy ścian pęcherzyków płucnych, znajdowane w płucach osób utopionych, uważać za zmianę, cechującą śmierć z utonięcia?

Podał

Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz

asystent zakładu med. sąd. U. J.

Badając mikroskopowo płuca, w których widać gołem okiem charakterystyczne zmiany t. z. rozedmy wodnej, stwierdza się, że w płucach tych w jednych miejscach są pęcherzyki niezmienione, w innych zaś miejscach, od poprzednich dość ostro odgraniczonych, są bardzo znacznie rozszerzone. W tych to częściach płuc spotyka się bardzo często liczne i rozległe przerwy w ścianach pęcherzyków, albo też zmiany, które musiałyby się w dalszym ciągu przerwaniem ściany zakończyć. Włókna sprężyste przegród, opierające się najdłużej wywartemu na nie ciśnieniu, są w wielu miejscach jedyną pozostałością przegrody, a i tu są silnie rozciągnięte, ścieńczałe, nierzadko przerwane tak, że końce tych przerwanych włókien zwisają wolno do światła pęcherzyka. Najrozleglejsze takie zmiany spotyka się w płatach górnych i w przybrzeżnych częściach płatów. Te właśnie części płuc, z przyczyny znanych stosunków anatomiczno-fizyologicznych mogą się przy kurczowo pogłębionych wdechach rozszerzać dokładniej, niż inne. Z tych samych powodów w tych to okolicach największe zmiany zwykłej rozedmy spotykać się zwykło. Przerwy te w ścianach pęcherzyków płucnych powstają niewątpliwie w okresie duszności i to wdechowej. W okresie tym zwiększa się bardzo znacznie ciśnienie ujemne w jamach opłucnych, skutkiem czego zwłaszcza w powyżej wymienionych częściach płuc, muszą pęcherzyki płucne rozszerzyć się do ostatecznych granic i pod wpływem ciśnienia zawartego w nich powietrza,



Rysunek I.

pękać. Rysunek pierwszy przedstawia część górnego płatu płuca królika utopionego. Na rysunku tym opisane zmiany dokładnie są widoczne.

H. K. W. Schmidt[1]) nazwał zmiany te charakterystycznym, stałym i łatwo stwierdzić się dającym objawem w przypadkach śmierci z utonięcia.

Wśród badań nad śmiercią z utonięcia, jakie już w czasie pojawienia się pracy Schmidta Wachholz ze mną[2]) przedsięwziął, mieliśmy sposobność wskazać na to, że ten obraz mikroskopowy w żadnym razie nie przemawia za śmiercią z utonięcia, mogliśmy go bowiem stwierdzić w płucach zwłok, które po śmierci do płynu włożone zostały. Powstawanie tych pośmiertnych przerw ścian pęcherzyków płucnych zauważyliśmy zwłaszcza w tych przypadkach, w których zwłoki leżały głęboko pod powierzchnią wody, lub też w tych, w których płyn do dróg oddechowych zwłok wprowadzony został z pewną siłą. Obecność przerw w obu tych przypadkach łatwo wytłómaczyć, gdy

[1]) Aerztl. Sachverst. Ztg. Nr 1, 1904.

[2]) Vjschr. f. ger. Med. 3 Folge, T. XXVIII. Z. 2.

się uwzględni znaczne ciśnienie, pod jakiem płyn do dróg oddechowych wnikał. Badanie płuc takich stwierdzało, że i tu największe zmiany znajdowały się w częściach przybrzeżnych, dowód, że pękanie ścian należało przedewszystkiem kłaść na karb działania zawartego w pęcherzykach, a przez płyn wciśniętego powietrza. Obrazy takie uzyskiwaliśmy nie we wszystkich doświadczeniach, ale jedynie w tych, w których drożność dróg oddechowych była zupełna, wnikanie płynu ułatwione przez szerokie rozwarcie jamy ustnej (zapomocą włożonego między zęby korka i ustalenie języka), zaś slup płynu, ponad zwłokami się znajdujący, był odpowiednio wysoki.

Zwróciliśmy równocześnie wówczas uwagę i na to, że zwiotczenie miąższu płucnego skutkiem rozpoczynającego się gnicia musi być uważane za czynnik usposabiający do powstania takich zmian, że w końcu pośmiertne, w czasie spoczywania zwłok we wodzie, zmienianie pojemności klatki piersiowej czy to przez jej ugniatanie, czy przez wypływanie zwłok na powierzchnię wody i ponowne ich zanurzanie się działać może jak ruchy oddechowe, ułatwiając pośmiertne wnikanie płynu.

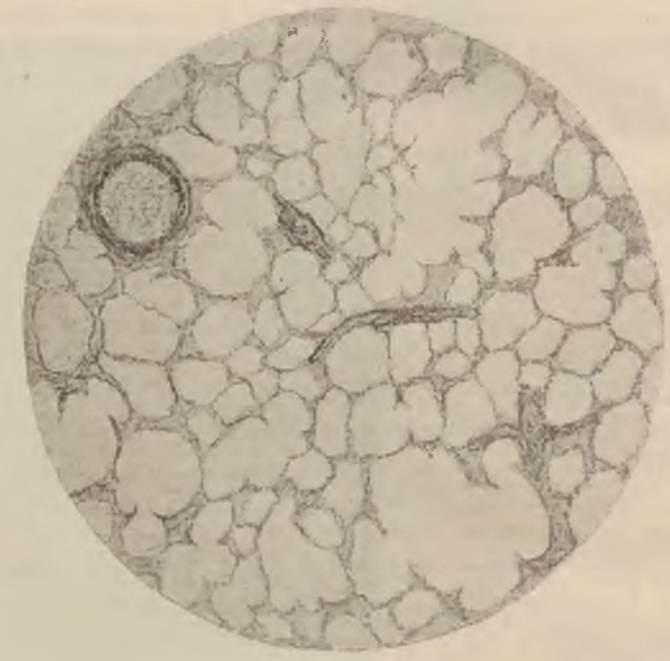
Już na mocy tych naszych wyników badań, nie można przerw ścian pęcherzyków płucnych uważać za zmianę charakterystyczną w przypadkach śmierci z utonięcia, ale jedynie tylko na mocy ówczesnego naszego doświadczenia, można je było uważać za zmianę dowodzącą, iż dane zwłoki w wodzie spoczywały.

Wkrótce jednak potem, badając płuca zwierzęcia, które zginęło w następstwie uduszenia przez zadzierżgnięcie, zauważyłem w ścianach pęcherzyków podobne zupełnie zmiany, jakie spotykaliśmy w płucach zwierząt utopionych i zwierząt po śmierci w wodzie zanurzonych. Przypadek ten uzasadniał przypuszczenie, iż obraz mikroskopowy płuc i w innych rodzajach śmierci może być takim, jaki opisał Schmidt. Dalsze badania w tym kierunku przeprowadziłem wspólnie z asystentem zakładu berlińskiego Dr Leersem, który niezależnie odemnie spostrzegał podobny obraz w płucach morskiej świnki, otrutej gazem świetlnym. Obok miejscowego bardzo silnego przekrwienia i obok wybroczyn w świetle samych pęcherzyków płucnych, znajdował Leers nadmiernie porozszerzane pęcherzyki obok miejscowych przerw w ich ścianach.

Te dwa spostrzeżenia, przy uwzględnieniu okoliczności iż objawy śmierci z utonięcia, ogólnie biorąc, są takie same, jakie zauważamy i przy innych rodzajach śmierci z uduszenia, pozwalały przypuścić, że zmiany takie uda się stwierdzić przedewszystkiem w płucach osób, u których przyczyną śmierci było uduszenie w ścisłem sądowolekarskiem znaczeniu lub też, których śmierć poprzedziła znacznego stopnia duszność.

Wspólne badania płuc zwierząt uduszonych przez zadzierżgnięcie przekonały nas o słuszności naszych przypuszczeń. Aby uniknąć wszelkich przypadkowych obrażeń miąższu zatapialiśmy po ustaleniu płuca tych zwierząt w parafinie, skrawki nalepialiśmy metodą japońską i barwiliśmy je elastyną Weigerta. Uzyskany obraz mikroskopowy nie różnił się zupełnie od obrazu płuc zwierząt utopionych. Rysunek II. przedstawia jasno, iż zmiany te tak jakościowo, jak i ilościowo odpowiadają takimże zmianom w rysunku I. Zmiany te spotykaliśmy w licznych naszych doświadczeniach, a nadto stwierdzić było można tak, jak w płucach osobników utopionych, wybroczyny w świetle pęcherzyków płucnych i w tkance międzypęcherzykowej.

Wynik tych doświadczeń uprawnia do wniosku, że rozedmę pęcherzykową i przerwy w ścianach pęcherzyków płucnych spotyka się we wszystkich innych przypadkach gwałtownego uduszenia, a więc przy powieszeniu, zadzierżgnięciu, zasypaniu, uduszeniu przez aspiracyę ciał obcych i t. d. Badania mikroskopowe płuc ludzi zmarłych skutkiem gwałtownego uduszenia stwierdziły te same zmiany, jakie zauważono w płucach zwierząt użytych do doświadczeń. Zmiany te tworzą się w tych przypadkach podobnie jak przy śmierci z utonięcia. Przyczyną ich jest różnica w ciśnieniu, jaka istnieje między jamą opłucną, w której skutkiem kurczowych wdechów niezwykle zwiększa się ciśnienie ujemne, a podwyższonem ciśnieniem dodatniem w wypełnionych powietrzem pęcherzykach płucnych.



Rysunek II.

Do rozszerzenia pęcherzyków płucnych wystarcza ciśnienie 6 mm. słupa rtęci (Donders), natomiast przy uduszeniu wznosi się ciśnienie do 20 mm. i powyżej, nawet wówczas, gdy w płucach znajduje się jedynie powietrze zapasowe i zalegające. Dalszym czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu tych zmian, jest okoliczność, na którą zwrócił w ostatnich czasach uwagę Lochte[3]). Jeśli mianowicie dostęp powietrza do płuc nie jest całkowicie odcięty, w takim razie w czasie długich kurczowych wdechów jeszcze przez pewien okres zostaje powietrze do płuc wprowadzane, rozszerzając coraz bardziej pęcherzyki i zwiększając w nich dalej ciśnienie; przy usiłowanych zaś wydechach zostaje powietrze niedostatecznie prędko lub niezupełnie z płuc wydalone, (a to zależnie od stopnia zamknięcia dróg oddechowych), a raczej zostaje przez tłocznię brzuszną i czynnie obniżoną klatkę piersiową wparte do najłatwiej rozdąć się dających części, mianowicie do płatów górnych i części przybrzeżnych płuc.

Najkorzystniejsze warunki do powstawania przerw

[3]) Vjschr. f. ger. Med. 3 Folge, T. XXIX.

w pęcherzykach płucnych istnieją naturalnie wówczas, gdy dostęp powietrza jest zupełnie odcięty i gdy nastąpiło to po głębokim wdechu tak, iż płuca zawierają nadmierną ilość powietrza. Nawet jednak i w tych przypadkach, w których zupełne zamknięcie dróg oddechowych nastąpi po wydechu, może zawarte w płucach powietrze zapasowe i zalegające (prawie $^2/_3$ całej pojemności życiowej), wpędzone przez natężone czynne wydechy w jedno miejsce, przy następującym wdechu wywołać pęknięcie ścian pęcherzyków płucnych.

Przy otruciu gazem świetlnym i przy otruciu tlenkiem węgla należy szukać przyczyny tych zmian również w różnicach ciśnienia w klatce piersiowej, które zwiększa się jeszcze może skutkiem skurczu krtani.

Te same objawy, które przy uduszeniu przebiegają gwałtownie i szybko, przebiegają coprawda wolniej i nie z takiem natężeniem we wszystkich tych chorobach, w których drożność dróg oddechowych jest upośledzona czy to przez wydzielinę nieżytową, złogi włóknikowe, nowotwory i t. d. Zejście takich przypadków jest w końcu to samo, jak i przy gwałtownem uduszeniu: rozdęcie pęcherzyków płucnych, przerwanie lub też zanik ich ścian, a to zależnie od tego, czy sprawa przebiega bardziej ostro czy przewlekle. W przypadkach ostro przebiegającego nieżytu oskrzeli u dzieci zdołał Leers w istocie zmiany takie stwierdzić.

Tak więc w zmianach miąższu płucnego, powyżej opisanych, nie można się dopatrywać znamiennych cech dla śmierci z utonięcia. Zmiany te wytwarzają się we wszystkich stanach, połączonych ze znaczniejszą dusznością, przedewszystkiem zaś w tych przypadkach, w których przyczyną śmierci jest gwałtowne uduszenie.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych w sekcyach X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, wydane właśnie z druku, jest pokaźnym tomem »in quarto«, obejmującym 35 arkuszy druku. Tak, jak liczbą uczestników i wykładów, tak też i objętością tego wydawnictwa prześcignął Zjazd lwowski wszystkie poprzednie, bo nawet ani wydany w formie książkowej »Pamiętnik V. Zjazdu«, ani podobnež wydawnictwo niedoszłego VIII Zjazdu w Poznaniu, ani wydawnictwo IX. Zjazdu krakowskiego z r. 1900 (»Dziennik«) nie doszły tych rozmiarów. Dodać należy, że już i tak musiała Redakcya »Sprawozdania« poczynić wiele skróceń w materyale rękopiśmiennym, jakim rozporządzała, aby ile możności ujednostajnić całe wydawnictwo i nie skrzywdzić jednych, treściwie opracowanych działów, na rzecz innych, w których dostarczano nieraz kilkunastoarkuszowych artykułów. Ta niemała praca uporządkowania i wielkie trudności techniczne tłómaczą dostatecznie pewne opóźnienie wydawnictwa. Staranność, z jaką opracowali poszczególne działy »Sprawozdania« sekretarze i poczęści gospodarze sekcyi i z jaką wypełnił trudne swe zadanie Redaktor główny, Prof. Dr Sieradzki, sprawiają, że »Sprawozdanie« daje wierny i dokładny obraz całego dorobku naukowego X. Zjazdu. Toteż niewątpliwie spełni się nadzieja, wyrażona w przedmowie »Sprawozdania«, że stanowić ono będzie »dzieło naukowe poważniejszego znaczenia, gdyż w zwięzłej formie porusza ono ogromny szereg najważniejszych i najświeższych zagadnień wiedzy przyrodniczolekarskiej« — a ogół lekarzy i przyrodników polskich zachowa we wdzięcznej pamięci wszystkich tych, którzy przez opracowanie »Sprawozdania« pozostawiają po największym z dotychczasowych Zjazdów trwałą pamiątkę.

Strona typograficzna »Sprawozdania«, które można w handlu księgarskim nabywać po cenie 10 K, nie pozostawia nic do życzenia. »Sprawozdanie« zaopatrzone jest w dokładny spis treści i nazwisk. *Ciechanowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Bickel i prof. Grünmach. **Rzadki przypadek wykrztuszania kamieni.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 1). Autorowie opisują rzadki klinicznie przypadek u pewnej chorej, zgłaszającej się z trzema tuzinami drobnych nierównych kamyków wielkości główki od szpilki do wielkości grochu, które chora podczas kaszlu odpluwała. Badanie chemiczne kamyków stwierdziło obecność w nich soli wapniowych a mikroskopowo wykryło w środku kamyków ciałka białe, a na brzegu obwódkę z nabłonków oskrzelowych. Badanie stwierdziło u tej chorej sprawę gruźliczą przewlekłą płuc ze wszystkimi jej objawami, o tyle korzystnie przebiegającą dla chorej, iż odznacza się skłonnością do zwapnienia ognisk gruźliczych. Chorą prześwietlono promieniami Röntgena, przyczem dostrzeżono w środkowym płacie prawym i górnym lewym kilka ograniczonych cieniów wielkości wiśni, pochodzących jakby od kawałków metali. Cienie te poruszały się podczas oddechów. *Nowaczyński.*

Hofbauer. **W sprawie patologii i leczenia rozedmy płuc.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 46). Freund twierdzi, że przyczyną rozedmy płuc jest zesztywnienie chrząstek żebrowych, a przez to unieruchomienie klatki piersiowej i radzi w takich przypadkach wycinać chrząstki częściowo celem uruchomienia klatki piersiowej. H. odpiera twierdzenie Freunda, gdyż według niego pogłębienie wydechu zależy nietyle od klatki piersiowej, ile od przepony. Z tego też powodu przy leczeniu rozedmy dążyć powinniśmy do wzmacniania wydechu przeponowego, co osiągnąć możemy czynnie, przez odpowiednie ćwiczenie chorego, lub biernie zapomocą opaski, podanej przez autora. Opaska ta, leżąca na brzuchu, opatrzona jest poduszeczką gumową, która przy wydechu napełnia się powietrzem i wywołuje przez to podniesienie przepony i przedłużenie wydechu. Potem powietrze mechanicznie uchodzi i wdech odbywa się swobodnie. *Klęsk.*

Prof. Koch. **Końcowe doniesienie o wynikach niemieckiej wyprawy dla zbadania śpiączki afrykańskiej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 46). Tuż po wstrzykiwaniach atoksylu u chorych stwierdzał K. stale brak świdrowców w gruczołach chłonnych, powiększonych chorobowo. Przy tem leczeniu stan chorych znacznie się poprawiał. Po odstawieniu atoksylu polepszenie postępowało jeszcze naprzód, po jakimś czasie jednak ustawało, a u niektórych chorych występowało pogorszenie. Gruczoły chłonne stale natomiast się zmniejszały. Badanie krwi już w 5 dni po jednorazowem wstrzyknięciu dawki półgramowej atoksylu wykrywało w niej pasorzyty. Natomiast regularne wstrzykiwania usuwały je i z obiegu krwi na czas dłuższy, nawet do 3—4 miesięcy. Gramowe dawki atoksylu, stosowane co 7—10 dni, wywoływały objawy zatrucia, nudności, bole kłujące, a nawet nieustępujące z czasem oślepnięcia (22 przypadki). Wobec tego musiał K. wrócić do dawek półgramowych w 10-dniowych odstępach. Stosowano również arszenik podskórnie i wewnętrznie, działanie jego jednak, zdaniem Kocha, nie dorównywa działaniu atoksylu. Nukleogen, arsenferratyna, trypanrot, afridoblau, pararosalina, parafuchsyna nie wywierały żadnego skutku. Prócz świdrowców znajdował K. w licznych swych badaniach krwi i liczne pasorzyty krwi i to prawie stale nitkowca (*filaria perstans*). Pasorzyty zimnicze znalazł K. u 20 do 50 prc. chorych, najczęściej postać podzwrotnikową, rzadziej czwartaczki. Rzadziej spostrzegał K. krętki duru powrotnego. Co do środków zwalczenia choroby, to prócz stosowania atoksylu przez 4 do 6 miesięcy, przykłada K. wielką wagę do środków zaradczych. Ponieważ doświadczenie uczy, że *glossina palpalis* żyje tylko na ssawcach, najczęściej krokodylach, poleca K. tępienie tych zwierząt, dalej usuwanie nadbrzeżnych drzew i krzewów, wśród których *glossina* przebywa, wreszcie odpowiednie przepisy (zakaz przebywania w okolicach, gdzie zakażenie jest prawdopodobne, przesiedlanie krajowców w okolicach słabo zamieszkałych, stworzenie baraków leczniczych w okolicach zakażonych). Wśród 1633 chorych, leczonych przez K., śmiertelność wynosiła 8 prc., a więc znacznie mniej, niż w innych wyprawach. W cięższych przypadkach można przyjąć śmiertelność 22·9 prc. Liczbę tę trzebaby jednak przepołowić i odrzucić przypadki, w których leczenie atoksylowe z powodu różnych przyczyn było niedostateczne. — Wreszcie na podstawie spostrzeżeń swych przyjmuje K. możność zakażenia się świdrowcami u kobiet przy spółkowaniu. Za tem przemawiały przypadki zakażenia się kobiet w okolicach wolnych od muchy *glossina*, których mężowie podczas podróży zakazili się pasorzytami śpiączki. *Dr Skórczewski.*

W sprawie leczenia choroby Basedowa. (*Med. Klinik* 1908, Nr 1—2). Na kwestyonaryusz w sprawie leczenia choroby Basedowa, rozesłany przez redakcyę, nadesłało odpowiedź kilku najwybitniejszych znawców na tem polu. Prof. Erb z Heidelbergu uważa chorobę Basedowa za nerwicę, leczy ją głównie klimatycznie, dalej stosuje arsen, żelazo, brom i t. p. Jod działa niekorzystnie, podobnie tyreoidyna. Zapomocą antityreoidyny otrzymać można czasem dobre wyniki. Operacyjnie leczyć należy przypadki ciężkie, opierające się leczeniu wewnętrznemu, z wybitnymi objawami wola. W wielu przypadkach uzyskuje się wtedy wcale dobre wyniki. Prof. Bier z Berlina operuje każdego chorego. Wyniki ma dobre. Objawy chorobowe ustępują już w czasie gojenia się rany z wyjątkiem drżenia, wysadzenia gałek ocznych, potów i przyśpieszonego tętna, które utrzymują się dłużej. Prof. Kocher z Berna twierdzi, że leczenie operacyjne w początkach choroby daje zawsze dobre wyniki. Leczenie wewnętrzne powinno być po operacyi dalej stosowane. Przy opanowaniu techniki operacyi i zachowaniu pewnych ostrożności operacya nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Prof. Strümpell z Wrocławia stosuje głównie leczenie dyetetyczno-klimatyczne. Leczenie surowicami, rodagenem i operacyą uważa za niepewne. Prof. Eulenburg z Berlina jest tego samego zdania. W wyleczenie zupełne nie wierzy. Czasem przy podawaniu sperminy uzyskuje się stosunkowo dobre wyniki. Prof. Eichhorst z Zurychu nakłania chorych do operacyi, jeśli leczenie wewnętrzne pozostaje czas dłuższy bez skutku; spostrzegał wyleczenia po operacyi. *K.*

Zawisza. **Leukocyty w moczu chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowo-płciowych.** (*Gazeta lek.* 1907, Nr 50). Przy badaniu leukocytów w moczu zwracał Z. uwagę na zmiany w protoplazmie i w jądrze. Zasadowość moczu wpływa na zmianę kształtu leukocytów, dlatego ważnem jest stwierdzenie, jak mocz oddziaływa, kwaśno, czy zasadowo. W przypadkach gruźlicy, spostrzeganych przez Z., mocz był zawsze kwaśny. Leukocyty tracą postać pierwotną, z okrągłych stają się nieregularne, jakby poszarpane. Brzeżek jest zębaty lub naddarty, wytwarzają się wypustki protoplazmatyczne. Są one bardzo przeźroczyste w przeciwieństwie do ciemniejszego jądra. Jądro w stanie chorobowym bywa wybitnie ziarniste, nawet składa się niekiedy z oddzielnych bryłek. Gdy zmiany są daleko posunięte, niepodobna już jądra odróżnić od protoplazmy. Z badań Z. okazuje się, że leukocyty, dotknięte tylko zmianą kształtu, odzyskują swą pierwotną postać pod wpływem fizyologicznego roztworu NaCl, lub pikrokarminu Ranviera. Jeżeli natomiast różnica między jądrem, a protoplazmą jest zatarta, to leukocyty są już zwyrodniałe. W 32 przypadkach gruźlicy dróg moczowo-płciowych znalazł Z. leukocyty chorobowo zmienione, w 5 przypadkach wynik badania był ujemny. Natomiast widział Z. zmienione leukocyty w 3 przypadkach niegruźliczych (kamica, wodonercze, ropne zapalenie sterczu). W razie rozpoznania gruźlicy, obecność zmienionych leukocytów potwierdza niejako rozpoznanie, w przypadkach wątpliwych nasuwa przypuszczenie gruźlicy i zachęca do szukania prątków Kocha. *Dr Wł. Kluger.*

Cohn. **Teforyna.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 35). Teforyna (*thephorinum*) jest solą podwójną teobrominy sodu z mrówczanem sodu; zawiera 62·5 prc. teobrominy. Wyrabia ją fabryka Hoffmann & La Roche w proszku i kołaczykach po 0·5 gr. Autor stosował teforynę 2 razy dnia w dawkach po 0·5 (większych dawek nie poleca) i doszedł do przekonania, że teforyna jest dobrym środkiem moczopędnym w niewyrównanych wadach zastawkowych. Tutaj poleca C. szczególnie kombinacyę tego leku z naparstnicą, po czem spostrzegał większe wydzielanie moczu, niż po naparstnicy z teocyną. Natomiast przy przewlekłych zapaleniach nerek C. teforyny nie poleca, opierając się na podleczonym przypadku zapalenia nerek bez białka w moczu, w którym białko (do 3³/₄‰) tuż po podaniu teforyny wystąpiło, i dopiero po jej usunięciu powoli znikło. *Dr Skórczewski.*

Schlager. **W sprawie ciał podnoszących ciśnienie krwi w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 46). Ostatnimi czasy tłómaczą Wiesel i Schur podniesienie się ciśnienia krwi u chorych na przewlekłe zapalenie nerek wzmożoną czynnością nadnerczy, przez co ma adrenalina nagromadzać się we krwi, wywoływać zwężenie naczyń i wzrost parcia. Na poparcie tego tłómaczenia przytaczają rozszerzające działanie surowicy krwi takich chorych na źrenicę żaby. Oprócz tego stwierdzili ci autorowie w surowicy krwi takich chorych adrenalinę zapomocą odczynu z chlorkiem żelaza. Do stwierdzenia adrenaliny, czy też ciała do niej podobnego we krwi chorych na zapalenie nerek, obrał Sch. inną drogę. Oparł się na spostrzeżeniu, że adrenalina działa na mięśnie naczyń i zakończenia nerwowe w ścianie naczyń, a doświadczenia wykonał na wyciętych tętnicach wołu; tętnice ludzkie, wyjęte natychmiast po śmierci, nie nadawały się do tych doświadczeń. Mięśnie zaś tętnic wołowych, odpowiednio przechowywanych, zachowują długi czas zdolność oddziaływania na różne ciała chemiczne. Tętnice wołowe są czułe nietylko na adrenalinę, lecz i na inne ciała, jak n. p. chlorek baru, co ważnem jest dlatego, że ciało, zawarte we krwi chorych na zapalenie nerek, a o którego wykrycie w tym przypadku chodzi, może nie być adrenaliną. Otóż już Mayer dowiódł, że podobne działanie, jak adrenalina, wywiera na podobnie przechowywane tętnice i surowica prawidłowa, nawet pozbawiona ciał białkowych. Sch. próbował na takich tętnicach naprzód działania prawidłowej surowicy ludzkiej i wołowej, przyczem się przekonał, że surowica ludzka wywołuje słabszy skurcz, aniżeli wołowa. Surowice różnych ludzi wywoływały prawie jednakowe skurcze tętnic; przez rozcieńczenie surowic skurcz tętnic się zmniejszał, podobnie jak się to dzieje i po rozcieńczeniu adrenaliny. Surowice, zagęszczane w próżni przy 25—30° C., wywoływały słabsze skurcze, a ciekawe to zjawisko odnosi się także do rozczynów adrenaliny, w taki sam sposób zagęszczonych. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek dłuższego zetknięcia się adrenaliny z powietrzem, a uderzającem jest, że i owo ciało, zawarte w surowicy krwi, ulega w tych warunkach tym samym zmianom; istnieje więc wielkie pokrewieństwo pomiędzy owem ciałem, a adrenaliną. Ciało to, tak jak i adrenalina, trudno ulega dyalizie. W prawidłowej zatem surowicy krwi znajduje się ciało, które nietylko w działaniu na tętnice, ale i pod względem swoich fizyczno-chemicznych właściwości, zupełnie jest podobne do adrenaliny. Ciało to, wydzielając się ciągle do krwi, utrzymuje tętnice w ciągłem napięciu. W surowicy chorych na zapalenie nerek chodziłoby więc chyba o zwiększenie się ilości tego ciała, które już i w prawidłowych warunkach w surowicy się znajduje. Przeczy temu jednak doświadczenie, wykonane na wyciętych tętnicach wołowych z surowicami chorych na zapalenie nerek; surowice tych chorych rzadko tylko wywoływały silniejszy skurcz tętnic, aniżeli surowica prawidłowa, po największej części skurcz był taki sam, jak wskutek działania surowicy prawidłowej, lub nawet mniejszy. Możnaby więc przypuszczać, że ciało to ulega w surowicy chorych na zapalenie nerek rozcieńczeniu, albo, że jest to wogóle inne ciało; doświadczenia jednak znowu dowiodły, że ciało to zachowuje się podobnie do adrenaliny. Sch. dochodzi wreszcie do wniosku, że w surowicy chorych na zapalenie nerek może się wytworzyć ciało, niweczące działanie ciała, podobnego do adrenaliny. O ciele tem tyle można powiedzieć, że nie jest ono ciałem białkowem. *Pisarski.*

Chirurgia.

Ewald. **Stopa płaska i gruźlica kości stopy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 47). W miarę postępu wiedzy lekarskiej uczymy się w cierpieniach, dających podobne objawy, rozróżniać już poszczególne odmiany, nieraz wymagające odmiennego leczenia. Nie rozpoznajemy już n. p. wogóle choroby Brighta, lecz cały szereg różnych postaci zapalenia nerek. Ta precyzya w rozpoznaniu nie objęła jednak jeszcze wielu cierpień, a dotyczy to zwłaszcza stopy płaskiej. Ponieważ cierpienie to jest bardzo częste i daje dość typowe objawy, przeto lekarze w każdym przypadku zmniejszenia się wypukłości stopy, przy bolach po wewnętrznej stronie, rozpoznają stopę płaską i stosują odpowiednie do tego leczenie. Stopa płaska może czasem dawać objawy zapalne, co bywa przyczyną zupełnie już szablonowego rozpoznania i leczenia. A jednak zapominać nie należy, że zupełnie podobne objawy chorobowe w początkach dawać mogą i inne cierpienia, a zwłaszcza gruźlica drobnych kości stopy, a wtedy leczenie nasze, n. p. wkładkami lub miesieniem, poprostu bardzo szkodzi. Z tego też powodu należy przy badaniu stopy płaskiej, bolesnej, a zwłaszcza zapalnej, zawsze robić zdjęcie rentgenowskie, by się upewnić, czy ta płaskość nie jest przypadkiem następstwem innych chorób kości, zwłaszcza gruźlicy. Na 3 przypadkach objaśnia E. właśnie wadliwe leczenie gruźlicy kości, rozpoznawane jako zwykła stopa płaska. We wszystkich 3 dopiero rentgenoskopia wyjaśniła sprawę, poczem zastosowano właściwe energiczne leczenie, na szczęście nie zapóźno. *Klęsk.*

Kraemer. **W sprawie następowego leczenia tuberkuliną gruźlicy chirurgicznej.** (*Med. Klinik* 1907, Nr 41). K. w przeciągu kilku lat ostatnich spostrzegał 40 chorych, którzy cierpieli dawniej na gruźlicę chirurgiczną, a potem zapadli ciężko na płuca. Skłoniło to K. do skrupulatnego badania dalej tej

sprawy, a to głównie z tego powodu, że zwykle chory po uleczeniu z gruźlicy chirurgicznej uważa się za zdrowego, nie leczy się dalej, ani nie szanuje, chociaż gruźlica chirurgiczna rzadko jest jedynem ogniskiem w ustroju. Ponieważ tuberkulina uznaną jest obecnie przez wielu autorów za pewny środek rozpoznawczy, a nawet i leczniczy w gruźlicy utajonej, przeto K. sądzi, że chorych po uleczeniu z gruźlicy chirurgicznej powinno się z zasady poddawać leczeniu tuberkuliną. Dotychczasowe próby K. przekonały go, że gruźlica utajona po wyleczeniu gruźlicy chirurgicznej jest bardzo częsta i że w przypadkach tych zapomocą tuberkuliny osiągnąć można wcale dobre wyniki lecznicze. *Klęsk.*

Bum. **Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami okołonerwowemi.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 46). Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami w nerw i jego okolicę przekonało, że wynik leczniczy zależy tu nie tyle od środka wstrzykiwanego, ile raczej od sposobu wstrzykiwania. Z tego też powodu leczy obecnie B. rwę kulszową w ten sposób, że wstrzykuje w otoczkę nerwową poprostu fizyologiczny rozczyn soli kuchennej w ilości około 100 ctm. Najlepiej trafia się do nerwu w miejscu skrzyżowania się mięśnia dwugłowego z mięśniem pośladkowym wielkim. B. leczył w ten sposób 73 chorych i uzyskał 62·6 prc. wyleczeń. Działanie lecznicze tłómaczy sobie B. rozciąganiem pochewki nerwowej przez wstrzykiwany płyn. *Klęsk.*

Loewenthal. **O wstrzykiwaniach powietrza.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 4). We Francyi polecono przed kilku laty wstrzykiwania podskórne powietrza przy nerwobolach. Od 2 lat stosuje L. ten sposób leczenia, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych zmian nerwów, mięśni i więzadeł, a dalej w nerwobolach bez tła anatomicznego. Powietrze działa tu zdaje się głównie mechanicznie. W przypadkach rwy kulszowej i bolu ogonowego wyniki są bardzo dobre. Zamiast powietrza (naturalnie jałowego) używać można, lecz bez wybitniejszego wpływu, tlenu i bezwodnika kwasu węglowego. Wstrzykuje się powietrze w ten sposób, że igłę łączy się z balonikiem wpędzającym powietrze; w środku umieszczona wata służy za sączek. Powietrze ulega wessaniu w 3—8 dni i w miarę tego powtarza się 1—2 razy na tydzień wstrzyknięcia. *Klęsk.*

Gaudier. Kirmisson. **Przeszczepianie mięśni, ścięgien i nerwów.** (*II. główny temat Zjazdu francuskich chirurgów.* Paryż. Październik, 1907). Przeszczepianie mięśni, ścięgien i nerwów znajduje główne zastosowanie na kończynach dolnych. Przed zamierzoną operacyą należy dokładnie zbadać mięśnie, zwłaszcza elektrycznie, na co niemieccy operatorowie nie zwracają wielkiej uwagi. Przyszywa się zwykle ścięgno do ścięgna, lub ścięgno do okostnej. Szyje się jedwabiem. Bardzo ważne jest leczenie następowe. Wyniki zależą w znacznej mierze od techniki i doświadczenia operatora. Przeszczepianie nerwów odbywa się zwykle w ten sposób, że do obwodowego końca porażonego nerwu przyszywa się dośrodkowy zdrowego sąsiedniego. Końce nerwów powinny stykać się bez zbytniego napięcia, szew powinien obejmować ile możności tylko pochewki, i powinien być ochraniany od utworzenia się zrostów z sąsiednimi narządami lub skórą. Nerwy powinno się ujmować delikatnemi narzędziami. Gojenie się musi następować doraźnie. — Wogóle przeszczepianie nerwów, jak dotąd, pewnych wyników jeszcze nie daje.

Drugi sprawozdawca, Kirmisson, zapatruje się na przeszczepianie ścięgien i mięśni wogóle bardzo sceptycznie; nie widział tych świetnych wyników, o jakich wspominają niemieccy operatorowie. Przez zbicie stawu otrzymuje się nierównie lepsze wyniki, nie należy jednak operować przed 10. rokiem życia. Bardzo możebną jest rzeczą, że przeszczepienia nerwów zastąpią niepewne zawsze w wynikach przeszczepianie ścięgien i mięśni.

W dyskusyi w przeciwieństwie do francuzkich operatorów bronili niemieccy przeszczepiania. Hoffa twierdzi, że dobre wyniki operacyi zależą od odpowiedniego przygotowania przed operacyą, dokładnego i racyonalnego planu operacyi, od leczenia następowego, czystości i techniki operacyjnej. Po operacyi należy 6—8 tygodni pozostawić kończynę w położeniu poprawionem, a potem przez 6 miesięcy w przyrządzie do zdejmowania, stosując miesienie i elektryzowanie. Lange zwraca uwagę, by przeszczepiać ścięgno wspólnie z tkanką otaczającą dla uniknięcia następowych zrostów. Vulpius przestrzega, by nie operować wcześniej, jak dopiero w rok po wystąpieniu porażeń. *Klęsk.*

Prof. Tillmanns. **Ogólne leczenie zwichnięć.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). W leczeniu zwichnięć postępować trzeba różnie, a zależnie od tego, czy zwichnięcie jest wrodzonem, nabytem chorobowem, lub urazowem. Zwichnięcia wrodzone zdarzają się głównie w stawie biodrowym, rzadziej już w innych stawach, jak w barkowym, łokciowym i t. d. Zwichnięcie wrodzone biodra występuje zwykle po jednej stronie, rzadziej po obu. Odprowadzamy je sposobem Lorenza na jednem posiedzeniu bezkrwawo, poczem ustalamy kończynę zgiętą, odwiedzioną i skręconą na zewnątrz na 4—5 tygodni w gipsie. Opatrunki zmieniać należy co 4—5 tygodni. Leczenie trwa zwykle do roku. Najlepsze wyniki daje odprowadzenie do 6-go roku życia, czasem udaje się ono i u starszych. Zwichnięcie wrodzone biodra odprowadzać czasem trzeba krwawo, a u starszych dzieci zmuszeni nawet czasem jesteśmy odpiłować główkę przy linii krętarzowej, odświeżyć kość biodrową i dążyć do utworzenia się tam stawu wrzekomego. Zwichnięcie wrodzone w innych stawach leczy się podobnie, a więc bezkrwawo lub krwawo; w przypadkach stawu cepowatego zbijamy go, fałdujemy i zmniejszamy torebkę, lub nawet staw wycinamy. Podobnie postępować należy przy zwichnięciach nawykowych. Zwichnięcie urazowe odprowadzamy znanymi sposobami. Nawet w razie dłuższego trwania zwichnięcia próbować należy zawsze odprowadzenia bezkrwawego, a dopiero gdy się to nie uda, odprowadzić krwawo. Przy zwichnięciach połączonych ze złamaniem należy również próbować odprowadzenia, ale to zwykle się nie udaje i trzeba kość zespoić, lub usunąć odłamek. Nawykowe zwichnięcia czasem wyleczyć się dają zapomocą wstrzykiwań nalewki jodowej, lub wyskoku. Zwichnięcia chorobowe leczymy wspólnie ze sprawą, która je wywołuje. Występują one głównie po durze, płonicy, gośćcu i t. p., i to głównie w stawie biodrowym lub barkowym. Przy zwichnięciach poraźnych stosujemy odpowiednie przyrządy lub zbijamy staw, przy zniszczeniu powierzchni stawowych wycinamy je w częściach zdrowych. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Kehrer. **Fizyologiczne i farmakologiczne badania na żywo utrzymanych i żyjących wewnętrznych narządach rodnych.** (*Archiv f. Gynaek.* t. 81, z. 1). Wyniki tych badań są następujące: 1) Przy bezpośredniem spostrzeganiu gołem okiem można na wyjętym i żywo utrzymanym narządzie maciczno-pochwowym psa, królika, morskiej świnki, a najlepiej kota zauważyć skurcze o charakterze robaczkowym, przebiegające od rogów macicy ku dołowi, rzadko odwrotnie, nadto ruchy śrubowate, rozpoczynające się w miejscu odejścia więzadeł okrągłych i przebiegające ku szyjce, a w końcu ruchy wijące się i obrotowe samych rogów macicznych i powierzchni przecięcia pochwy. 2) Skurcze obu rogów macicznych występują równocześnie lub niezależnie od siebie; można je spostrzegać już u noworodków, choć najwybitniej z początkiem ciąży i w okresie wylęgania. 3) Macica ludzka (przynajmniej mięśniakowa i stwardniała) okazuje skurcze dosyć silne, choć leniwe, przerywane dłuższymi przestankami. 4) Macica ciężarna kota, królika i świnki wykonuje silne skurcze przerywane; podobne, ale nagle występujące i tylko zwolna ustępujące skurcze, przerywane długimi przestankami, mają być znamienne także dla macicy ciężarnej ludzkiej. 5) Ośrodków nerwowych ruchowych i tamujących nie można znaleść w więzadłach szerokich. 6) Macica i pochwa, wyjęte i utrzymane przy życiu, jeszcze przez godzinę wykonują znamienne wybitne ruchy. 7) Już słabe podniety mechaniczne wywołują na takiej macicy wybitne skurcze, szczególnie w przebiegu ciąży. 8) Dłuższa przerwa w dowozie tlenu do takiej macicy wiedzie do stopniowego ustania ruchów; ponowny dowóz tlenu jest słabą podnietą. 9) Zmiany ciepłoty wpływają wyraźnie na szybkość, regularność i siłę skurczów samorodnych; obniżenie ciepłoty poniżej 38^0 zwalnia i osłabia ruchy, które przy 25^0 ustają przy średniem napięciu mięśniowem; jeszcze przy 17^0 macica żyje. Stopniowe podwyższenie ciepłoty powyżej 38^0 do 45^0 przyspiesza ruchy, które od 46^0 do 60^0 znowu się zwalniają, a przy 66^0 następuje śmierć w stanie skurczu mięśniowego. 10) Atropina w małych i średnich dawkach pobudza ruchy macicy; przy dużych dawkach ruchy stopniowo ustają. 11) Pilokarpina i fizostygmina wywołują bardzo silne skurcze, potęgujące się aż do tężca. 12) Strofantyna w małych dawkach pobudza, w dużych poraża macicę. 13) Eter i chlorek barowy są silnymi, strychnina miernym środkiem pobudzającym, a mocznik pozostaje bez wpływu. 14) Pierwsza dawka morfiny zawsze wzmacnia napięcie, druga przejściowo je zwalnia; te zmiany napięcia można śledzić godzinami. 15) Chinina już w małych dawkach wywołuje silne skurcze; przy dawkach dużych narząd obumiera. 16) Nadnerczyna jest dla macicy ludzkiej, a także króliczej i świnki, najsilniejszym środkiem pobudzającym; przy rozcień-

czeniu 1: 250 milionów wywołuje już silne ruchy. Silnymi środkami pobudzającymi są również przetwory sporyszu, choć działają słabiej od nadnercza. 17) Narządy ruchowe narządu rodnego leżą w nim samym. 18) Wyniki tych doświadczeń zgadzają się zupełnie z badaniami na zwierzętach żywych.

Dr E. Ehrenpreis.

Kurdinowsky. **Dowody doświadczalne, że środki znieczulające nie wywierają żadnego wpływu porażnego na skurcz macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 80, zeszyt 2). Autor badał wpływ ogólnie dzisiaj używanych środków znieczulających na skurcze macicy i przekonał się, że wyniki tych badań nie zgadzają się z zapatrywaniami ogólnie panującemi. I tak przekonał się, że chloroform zupełnie nie wpływa na skurcze macicy, ani też ich nie poraża. W jednym przypadku w przebiegu głębokiego uśpienia chloroformowego zauważono nawet wzmaganie się skurczów macicy. Wodnik chloralu wywierał tylko w niektórych przypadkach wpływ porażny i to zastosowany śródżylnie i w bardzo dużej ilości (do 0·4!) u królików z wagą około 2000 gr., nigdy jednak nie miał żadnego wpływu ani na ilość, ani na siłę skurczów macicy, zastosowany w postaci lewatyw. Dawki wstrzyknięta do żyły, które wywoływały porażenie, były tak duże, że obliczone na przeciętną wagę człowieka, nie dałyby się, — jako trujące, — w praktyce zastosować. Morfina, wstrzyknięta do żyły, i to również w bardzo dużej ilości (do 0·1!), miała tylko w jednym przypadku wyraźny wpływ ujemny, a zresztą w żadnym przypadku ani charakter, ani ilość skurczów nie uległy zmianie; nadto przekonano się, że bardzo często zaraz po wstrzyknięciu skurcze się nawet wzmagały. — Żadnego wpływu ujemnego nie zauważono w końcu przy zastosowaniu skopolaminy, atropiny i wyciągu kaliny (*extr. viburni prun. fluid.*). *Dr E. Ehrenpreis.*

Frank. **Rozwiązanie nadłonowe (suprasymphysäre Entbindung) i jego stosunek do innych zabiegów przy miednicach ścieśnionych.** (*Arch. f. Gynaek.*, t. 81, z. 1). Dotychczasowe zabiegi, używane przy miednicach ścieśnionych celem ukończenia porodu: cięcie cesarskie, łonowe i przyłonowe — nie dają się bezwzględnie zastosować w odpowiednich przypadkach, albo też wykonuje się je często z konieczności, choć bardzo niechętnie, n. p. przy bezwzględnem wskazaniu do cięcia cesarskiego u rodzących gorączkujących, albo, aby uniknąć wymóżdżenia na płodzie żywym, albo w końcu tam, gdzie wolelibyśmy macicę otworzyć pozaotrzewnie ze względu na przypuszczenie zakażenia wód płodowych i t. p. Autor poleca nowy zabieg, który nie ma usunąć klasycznego cięcia cesarskiego, ale ma je zastąpić tam, gdzie wykonanie cięcia cesarskiego staje się niemożliwe, a który ma tę zaletę, że pozwala operować zawsze pozaotrzewnie, że ubytek krwi przy jego wykonaniu jest niewielki i że wskazanie ze względu na czas zabiegu nie jest tak ograniczone, jak przy cięciu cesarskiem. Przebieg operacyi jest następujący: 2 palce nad spojeniem łonowem przecina się powłoki brzuszne i otrzewnę ścienną poprzecznie na długości 12 ctm.; następnie przecina się fałd otrzewny maciczno-pęcherzowy w miejscu stałego jego przyczepienia do pęcherza moczowego i oddziela się fałd ten od podstawy ze wszystkich stron i to na pewnej przestrzeni; w ten sposób nietylko uwalnia się znaczną część dolnego odcinka macicy od pokrywającej go otrzewnej, ale nadto zyskuje się płat otrzewnej, który zeszyty z otrzewną ścienną górnego brzegu rany zamyka znowu zupełnie jamę otrzewną. Teraz dopiero, a więc już pozaotrzewnie, przecina się dolny, zwykle ścieńczały odcinek macicy, na przestrzeni 8 ctm., i stara się przez ucisk z zewnątrz wstawić główkę płodu w uzyskany otwór w macicy. Po samorodnem najczęściej urodzeniu się płodu, usuwa się natychmiast łożysko i zaszywa cięcia albo zupełnie, albo zostawia się sączek. Na 13 w ten sposób operowanych rodzących otrzymano 11 dużych, żywo urodzonych płodów; matki wyzdrowiały wszystkie. Zważywszy, że były to same przypadki zakażone, a więc nie nadające się do zwykłego cięcia cesarskiego, a przy innych zabiegach poświęciłby się musiało życie płodów, że operacyę powyższą wykonywano nie zawsze w idealnych warunkach, bo raz tylko przy pomocy położnych, a raz nawet w brudnej kuchni obok stajni, należy osiągnięte wyniki nazwać świetnymi i sam zabieg uznać za godny ze wszech miar polecenia. Zaletą tego zabiegu jest nadto ta okoliczność, że stopień ścieśnienia miednicy nie odgrywa przy niej żadnej roli w przeciwieństwie do cięcia łonowego i przyłonowego, które dają dobre wyniki tylko przy pewnych ścieśnieniach miednicy. Autor sądzi, że przy pewnej wprawie każdy lekarz praktyczny będzie mógł wykonać cięcie nadłonowe, a wówczas zniknie może zastosowanie wymóżdżenia na płodzie żywym, a także i sztuczne poronienia i porody przedwczesne z powodu ciasnej miednicy dadzą się znacznie ograniczyć. *Dr E. Ehrenpreis.*

Birnbaum. **O wydzielaniu się chlorków w ciąży przy obrzękach w ciąży i białkomoczu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 83 z. 3). Pobudką do badań była tu publikacya Cramera o pięciu przypadkach obrzęków bez białkomoczu, w których powiodło się Cramerowi przez wyłączenie z pożywienia chorych Na Cl cierpienie to usunąć lub co najmniej stan chorych znacznie polepszyć. Na tej zasadzie twierdzi Cramer, że obrzęki w ciąży są chorobą przemiany materyi, właściwą ciąży, a polegającą na zatrzymaniu Na Cl w ustroju, nie uznaje on zaś zmian miejscowych pod postacią zaburzeń w krążeniu, któreby były powodem obrzęków. B. poddaje te twierdzenia teoretyczne krytyce doświadczenia i bada wydzielanie się Na Cl 1) w przebiegu ciąży prawidłowej, 2) przy obrzękach bez białkomoczu, 3) przy nerce ciężarnych. Na zasadzie badania moczu i macicy u ciężarnych zdrowych stwierdza B., że zatrzymania Na Cl tu niema, co więcej, B. nie widział obrzęków nawet i wtedy, kiedy wstrzykiwał ciężarnym zdrowym 500 cm³. Na Cl. Co do obrzęków bez białkomoczu, dla którego wytłómaczenia po myśli Cramera należało przypuścić zapalenie kłębkowe nerek, to badanie moczu stwierdza również, że o zatrzymaniu Na Cl niema tu mowy, a tem samem niema mowy o zaburzeniach w czynności nerek. Wreszcie przy nerce ciężarnych stwierdza B. zatrzymanie Na Cl w ustroju, jak przy każdem innem zapaleniu nerek. B. zgadza się więc w wywodach ostatecznych, że obrzęki bez białkomoczu nie są zmianą miejscową, ale ogólną, za powód jednak uważa nie zatrzymanie Na Cl i nie wodnistość krwi, jak twierdzą inni, ale jakiś bliżej mu nieznany czynnik szkodliwy, który krążąc we krwi ciężarnych i uszkodziwszy śródbłonki, wywołuje większą przepuszczalność naczyń i co za tem idzie obrzęk. Wzmożone ciśnienie krwi przyczynia się do tego. Dalszy stopień działania tego jadu daje już białkomocz, który różni się więc od obrzęków bez białkomoczu tylko stopniem. *A. Markowa.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe d. 7. lutego 1908.

1. Prof. Mars przedstawia chorą po operacyi **słoniowaciny sromu,** którą przedstawiał przed operacyą na jednem z poprzednich posiedzeń.

II. Dr Hornowski wygłasza: **Przyczynek do rozpoznawania za życia istniejącego otworu owalnego serca** (z przedstawieniem przypadków sekcyjnych). Wada ta klinicznie może być rozpoznana tylko w pewnych szczególnych warunkach, jak przy stwierdzeniu dodatniego tętna żylnego i zatoru Zahna (*embolia paradoxa*). H. zwraca dalej uwagę na następujące punkty: 1) Przedziurawienie pierwotnej przegrody (*septum primum*) u ludzi jest zwykle pojedyncze. 2) Według powszechnego mniemania przy niezamkniętym otworze owalnym krążenie krwi odbywa się z żyły dolnej do przedsionka lewego. 3) Nie ma charakterystycznych cech dla wspomnianej wady. Następnie opisuje H. dwa przypadki tej wady: *a*) u kobiety l. 18, gdzie były trzy otwory, *b*) u mężczyzny l. 49, gdzie otwór był tak znaczny, że można już mówić *o cor triloculare biventriculare*. Oba przypadki mają pewne wspólne cechy: 1) Zwężenie ujścia żylnego lewego, 2) przerost i rozszerzenie przedsionka prawego, 3) zgrubienie nasierdzia na przedsionku prawym, 4) rozszerzenie tętnicy płucnej, 5) stosunek obwodu tejże tętnicy do obwodu tętnicy głównej, jak 2: 1. Zwężenie ujścia żylnego lewego spotykano przy tej wadzie prawie stale; jaki zachodzi tu związek między otworem owalnym, a tem zwężeniem, powiedzieć trudno. Na zasadzie wypowiedzianych uwag uważa H. następujący zbiór objawów za znamienny przy otwartym otworze owalnym serca: 1) Przerost i rozszerzenie przedsionka prawego. 2) Zgrubienie osierdzia na przedsionku prawym. 3) Znaczne rozszerzenie tętnicy płucnej. Jeżeli dodać do tego stale występującą wypukłość po stronie prawej mostka, jako wyraz tego, że wada trwa od urodzenia, to otrzymamy szereg objawów, które mogą ułatwić rozpoznanie.

Prof. Dr Wiczkowski podaje szczegóły kliniczne o pierwszym z przedstawionych przez kol. Hornowskiego przypadków. Chora miała być cierpiąca dopiero od lat dwóch. Nigdy przedtem nie cierpiała ani na duszność, ani na bicie serca, i nie

zauważała sinienia. Z powodu typowych objawów rozpoznawano zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Prócz tego przypuszczał W. jeszcze jakąś inną wadę, może wrodzoną, a to na tej podstawie, że w drugiem międzyżebrzu było wybitne wzniesienie i tętnienie, a stłumienie serca zaczynało się już od 2. żebra i to na większej przestrzeni; szmer skurczowy nad tętnicą płucną był bardzo wybitny, podobnie drugi ton nad tętnicą płucną głośny i muzykalny. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnił W. postać zwężenia ujścia i niedomykalności zastawki dwudzielnej, opisaną przez Naunyna, gdzie objawy osłuchowe są wybitniejsze w II. międzyżebrzu, niż nad końcem serca, uwzględnił także wszelkie objawy, możliwe przy wadach serca wrodzonych, żaden jednak nie dał się dostosować w omawianym przypadku. Nie było tu także tętnienia dodatniego.

W dyskusyi zaznacza Dr Franke, że, jego zdaniem, zachodzi związek między zwężeniem ujścia żylnego lewego, a omawianą wadą; zwiększone ciśnienie w przedsionku lewym, jako następstwo zwężenia, mogło wywołać zanik uciskowy. Co do owych kilku otworów w przegrodzie, to uwzględniając obecność pasmowatych zgrubień wsierdzia, trzeba myśleć o przebytem zapaleniu. Prof. Wiczkowski nie uważa objawów, podanych przez kol. Hornowskiego, za typowe z wyjątkiem dwóch, t. j. do pewnego stopnia tętnienia żył szyjnych, a dalej zatorów Zahnowskich (*embolia paradoxa*).

III. Dr Czyżewicz przedstawia: 1) Preparat **włókniaka** wydobyty przez laparotomię u kobiety 50-letniej; włókniak ten, wielkości mężkiej pięści, wychodził z tylnej ściany szyjki macicy i wywołał znaczne jej wydłużenie. 2) Preparat **skórzaka jajnika, przechodzącego w raka.** Chora l. 38, wieloródka, odczuwała od kilku miesięcy bole dołem brzucha i trudności przy oddawaniu moczu. Przy badaniu stwierdzono guz chełboczący, wychodzący z lewych przydatków. Przy operacyi okazało się, że guz, ściśle zrośnięty z otoczeniem, dawał wypustki nowotworowe ku krezce i gruczołom zaotrzewnym. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że jest to skórzak już z rakowymi naciekami. Przypadek jest jednym z dowodów, jak nie należy zwlekać z operacyą torbieli jajnika, choćby nawet małych.

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 28. stycznia 1908 r.

Gryglewicz wypowiedział rzecz p. t. **Przyczyny dyzenteryi i surowica przeciwdyzenteryczna.** Pracę doświadczalną przeprowadził G. ze szczepami prątka dyzenteryi typu Shiga-Kruse, oraz ze szczepami prątków zwanych para- lub pseudodyzenterycznemi. Szczepy, pochodzące od Krala, a także z Krakowa, z Moskwy, z Kijowa i szczep wyhodowany w Warszawie, posiadały wszystkie cechy szczepu pierwotnego, wyhodowanego przez Shigę w Japonii. Szczepy pseudodyzenteryczne, pochodzące z Krakowa, z Kijowa, z Saarbrücken i wyhodowane w Warszawie, nie różniły się od szczepu wyhodowanego przez Flexnera w Manilii, na wyspach Filipińskich. Na zasadzie prób aglutynacyjnych i prób wydalania aglutynin, G. musiałby zaliczyć każdy ze swoich szczepów pseudodyzenterycznych, z osobna wzięty, do innej odmiany w zrozumieniu Krusego. Szczepy dyzenteryczne w tych próbach nie wykazywały takich odmian. Aglutynina boczna dla szczepów pseudodyzenterycznych znajdowała się tylko w surowicy konia, uodpornionego szczepami dyzenterycznemi, a nie było jej w surowicy uodpornianych królików.

G. nie może potwierdzić zdania Doptera, że dla szczepów dyzenterycznych i pseudodyzenterycznych istnieje jedno wspólne ciało uczulające. Z doświadczeń, wprawdzie dopiero rozpoczętych, możnaby wyprowadzić wręcz przeciwny wniosek.

Dyzenterya nie jest pojęciem przyczynowem, lecz klinicznem. W przypadkach dyzenteryi w Warszawie w ciągu ostatnich dwóch lat spotykał G. najczęściej prątki pseudodyzenteryczne; prątek dyzenteryczny był tylko w jednym przypadku. W wypróżnieniach dyzenterycznych często spotykano obficie prątki »paracoli«. Prątki te, jak również typowe prątki okrężnicy, wyhodowane ze stolców dyzenterycznych, odznaczały się znaczną jadowitością dla morskich świnek. Związek przyczynowy dyzenteryi z zakażeniem prątkiem dyzenterycznym typu Shiga-Kruse trzeba uznać za niewątpliwie stwierdzony. Podskórnemi, jak również i wewnątrzżylnemi wstrzykiwaniami hodowli prątka dyzenterycznego, a także jego jadu, wywoływał G. wybitne zmiany dyzenteryczne w ślepej kiszce u królików.

Dyzenterya ludzka, wywołana przez prątki typu Shiga-Kruse, jest chorobą toksyczną. Jad prątka dyzenterycznego ma wszystkie cechy prawdziwego jadu rozpuszczalnego i znajduje się zarówno wewnątrz ciał bakteryjnych, jak i zewnątrz nich — w podłożach płynnych. Surowica przeciwdyzenteryczna, przygotowana przez uodpornianie zwierząt prątkiem dyzenterycznym, ma własności lecznicze i ochronne przy zakażeniu tylko tym prątkiem i zachowuje się obojętnie względem prątków pseudodyzenterycznych.

J. L.

Ze Zjazdu lekarzy gubernii mińskiej

4—8. II. 1908.

Na prezesa Zjazdu lekarzy gub. mińskiej powołany został Dr Ryszard Janowski, wieloletni prezes Tow. Lekarskiego. Przy udziale 150 lekarzy, zgromadzonych z różnych części gubernii, odbył Zjazd 8 posiedzeń w przeciągu 4 dni, wykazując liczne braki w istniejących urządzeniach sanitarnych miast i gubernii.

Pomiędzy lekarzami prowincyonalnymi okazało się dużo sił bardzo wybitnych. Jednogłośnie wyróżniono odczyt Dra Napoleona Czarnockiego, zatytułowany skromnie »Medycyna wiejska«. W pracy tej, odznaczającej się bystrą obserwacyą i głębszą myślą, udowodnił autor zależność wad w stanie pomocy lekarskiej na wsi od ustroju społeczno-politycznego tego kraju i naszkicował program pożądanego ustroju. Odczyt to napisany z wielkim talentem literackim z domieszką nielitościwej satyry, smagającej biurokratyczną rutynę.

O stanie pomocy lekarskiej w gubernii i pożądanych reformach przemawiali oprócz tego lekarze: Urwancow, Troickij, Rozenberg, Zawadzki, Bałkowiec, Berman, Sielicki, Nikolski, Petrasewicz, Kamiński i felczer Smiriagin.

O stanie sanitarnym miasta Mińska, oraz o stanie pomocy lekarskiej w tem mieście wygłosili wykłady lekarze: Niedźwiedzki, Sołomonoff, Aleksandroff, Kodis, Janowski, Mikulina, Fiedorowicz, Berland. Naukowe odczyty, oraz spostrzeżenia z zakresu kazuistyki przedstawili: Borowski (»Herniotomie«), Agapow (»W sprawie etyologii duru brzusznego« i »Najprostszy skuteczny sposób odprowadzania przepuklin«), Rosenberg (»Odczyn oczny Calmettea«), Fejertag (»Przerzutowe zapalenie oka w okresie poporodowym«), Lunz (»Działanie fibrolizyny«), Ofenberg (»Nerwica urazowa«), Zdanowicz (»Gips w leczeniu ospy«), Sack (»Poronne leczenie kiły«), Kowarski (»Sposoby odkażania) i in. Postulaty, uchwalone przez Zjazd, dotyczą potrzeby szerokiej reformy medycyny wiejskiej (ziemskiej) w związku z wprowadzeniem miejscowego samorządu w najszerszem tego słowa znaczeniu. Oprócz tego Zjazd domaga się stworzenia rad sanitarnych powiatowych, powiększenia ilości posterunków lekarskich i szpitali ziemskich, udoskonalenia szpitala ziemskiego gubernialnego, podniesienia stopnia wykształcenia felczerów, zapewnienia ludności pomocy położniczej, popularyzowania wśród ludu wiadomości z zakresu higieny. Wreszcie Zjazd, wskazując na zbliżającą się grozę wybuchu na wiosnę dwóch klęsk: cholery i głodu, wzywa instytucye samorządne miejskie i wiejskie, oraz całe społeczeństwo do podjęcia energicznej walki z temi klęskami.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. posiedzenie dnia 5. lipca 1907.

1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Profesorowi Drowi Henrykowi Jordanowi i wzywa obecnych do uczczenia pamięci wielkiego filantropa przez powstanie, oraz oznajmia, iż w imieniu sekcyi wysłał telegram kondolencyjny do wdowy.

3) Dr Müller przedstawia chorych operowanych w szpitalu; *a)* trzy przypadki powikłanych **złamań czaszki;** wyleczenie; *b)* chorą, u której z powodu znacznego stopnia **zwężenia miednicy** (zmięknienie kości), drożnej zaledwie dla dwóch palców, wykonano **cięcie cesarskie** z następową **amputacyą** nadpochwową **macicy** wraz z przydatkami (operacya Porro); jamę brzuszną setonowano przez pochwę — wyleczenie.

4) Dr Geisler: O jaglicy.

IV. posiedzenie dnia 24. października 1907.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Dr Turzański opisuje przypadek **migreny ocznej,** wyleczony sposobem Charcota.

3) Dr Rossberger przedstawia chorego, któremu z powodu martwiczego **próchnienia szczęki** górnej prawej, powstałego po wyrwaniu drugiego zęba trzonowego, a operowanego w szpitalu powszechnym w Jarosławiu, sporządził **zatykadło** (obturator), usuwające tak w kierunku praktycznym, jak i estetycznym wszelkie niedomagania wskutek braku szczęki.

4) Dr Zawadzki przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chłopaka, u którego w okresie zdrowienia **po durze brzusznym** wystąpiło na obu ramionach **przerostowe zapalenie okostnej;** *b*) chorego **ze złamaniem powikłanem i zdruzgotaniem kości czołowej,** zadanem tasakiem wojskowym; wyleczenie; *c*) chorego z przypuszczalnem rozpoznaniem: **choroby Addisona.**

5) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Drowi Józefowi Różańskiemu, wielce zasłużonemu około rozwoju Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. posiedzenie dnia 10. stycznia 1908.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Dr Turzański: O prostytucyi.

3) Dr Puzon przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chorego ze zmianami **kiły trzeciorzędnej układu nerwowego,** które ustępują przy zastosowaniu leczenia swoistego (wcieranie szaruchy, jodek potasu; chory przedtem nie był nigdy leczony); *b*) chorą z **krwiakiem zamacicznym** wielkich rozmiarów, powstałym najprawdopodobniej wskutek pęknięcia ciąży zewnątrzmacicznej w pierwszych miesiącach. Cała jama Douglasa wypełniona guzem chełbocącym, dającym się wymacać przez powłoki brzuszne; guz ten sięga do pępka; macica przyparta do spojenia łonowego, wyczuwa się tylko część pochwową. Zatrzymanie mechaniczne moczu i kału. Ciepłota 39° C., dreszcze. Leczenie chirurgiczne przez pochwę; wyleczenie.

4) Dr Fechter przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chorego z **ropniakiem opłucnej lewej i ogniskami** ropnemi **przerzutowemi** w stawie mostkowo-obojczykowym lewym i śródpiersiu przedniem; wyleczenie; *b*) chorego z **ropnicą po durze brzusznym;** ropnie w mięśniach prostych i pośladkowych; *c*) chorego z **włókniakomięsakiem** polipowatym uszypułowanym **u podstawy czaszki;** zabieg chirurgiczny: wyłuszczenie polipa drogą nosową sposobem Chassaignac-Brunsa; *d*) chorego, u którego z powodu uwięźnięcia **przepukliny pachwinowej prawej** wrodzonej wykonano herniotomię ze **zabiegiem** doszczętnym **Bassiniego;** z lewej strony **wodniak powrózka nasiennego** (usunięcie sposobem Bergmana); chory od 20 lat nosił pasek przepuklinowy obustronny; *e*) chorą **z wrodzonym naczyniakiem jamistym** podskórnym na stopie; *f*) chorą z **mnogimi brodawczakami** na zewnętrznym brzegu stopy; *g*) chorego ze **zmiażdżeniem ręki prawej** (palec, nadgarstek częściowo, palec wielki w ciągłości z nadgarstkiem, w trzech miejscach złamanie powikłane; nietypowe wyłuszczenie ręki w nadgarstku z utrzymaniem palca wielkiego; kikut w ten sposób utrzymany kosmetycznie nie razi, praktycznie zaś ma dla chorego znakomitą doniosłość); *h*) preparaty anatomiczno-patologiczne; 1) **nadnercze z ogniskami serowatemi** z osobnika, u którego Dr Zawadzki za życia rozpoznawał przypuszczalnie **cisawicę** (*morbus Addisoni*), 2) **martwaki,** uzyskane przy zabiegach chirurgicznych z powodu próchnienia kości, zapalenia szpiku kostnego i obumarcia kości; przyczem donosi mowca tymczasowo, że rozpoczął stosować plombowanie kości Mosetiga z modyfikacyą Eiselsberga i Mayrhofera, a o wynikach zda w swoim czasie sprawę.

Dr Roman Puzon, sekretarz naukowy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Urząd Zdrowia w Austryi, który ma powstać przy ministerstwie spraw wewnętrznych, rozwiewa na szereg lat nadzieję, by w Austryi utworzono żądane przez lekarzy osobne ministerstwo zdrowia. Zresztą i losy tego nawet urzędu są jeszcze bardzo niepewne; ostatnie wiadomości dziennikarskie brzmią, że o jego utworzeniu będzie mowa dopiero po uchwaleniu przez parlament ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych.... Sprawa tego urzędu wyłoniła się, jak donoszą dzienniki wiedeńskie, przy obradach nad projektem owej ustawy, toczących się w ministerstwie spraw wewnętrznych przy udziale prof. Weichselbauma z Wiednia, prof. Jakscha i Hueppego z Pragi. Otóż prof. Jaksch podniósł, że Najwyższa Rada Zdrowia spełnia dotąd czynności Państwowego Urzędu Zdrowia bez odpowiedniego wyposażenia w pracownie i t. p. Należałoby więc utworzyć na wzór niemieckiego »Kaiserl. Reichsgesundheitsamt« urząd, któryby rozporządzał odpowiedniemi pracowniami z osobnymi kierownikami (dotąd badania wykonywano w wiedeńskich pracowniach uniwersyteckich), prowadził statystykę sanitarną (dotąd prowadzoną przez centralną komisyę statystyczną) i czuwał nad wykonaniem przyszłej ustawy o chorobach zakaźnych. — Do narad ministeryalnych nie powołano, jak się zdaje, nikogo z Galicyi w tym charakterze, jak wymienionych 3 członków Najw. Rady Zdrowia. Wobec tego, że wynikiem tych narad ma być wniesienie projektu ustawy o chorobach zakaźnych zaraz po zebraniu się parlamentu, obawiać się można, czy odrębne interesa Galicyi, o których niedawno obszerniej pisaliśmy, zostaną w ustawie należycie uwzględnione i czy ten sam los nie czeka Galicyi przy *organizacyi Państwowego Urzędu Zdrowia. *C.*

Budżet sanitarny austryacki na r. 1908 (w budżecie ministerstwa spraw wewnętrznych) wyznacza 1,871.016 koron (o 209.545 K. więcej, niż w r. 1907) na płace lekarzy urzędowych w służbie państwowej. Jest ich w Austryi wogóle 464, z czego na Galicyę przypada tylko 94 ($^1/_5$), z płacą tylko 387.338 K. ($^1/_6$), gdy n. p. na Czechy 118 z płacą 430.609 K., a osobno na Morawy 41 z płacą 165.793 K.! Lekarzy policyjnych jest w Wiedniu 49. — w Pradze 16, — w Krakowie — jeden! Na 2 państwowe zakłady krowiankowe (w Wiedniu i — oczywiście — w Czechach) wyznaczono 61.733 K. (dochody 48.142 K.), na zakład surowic w Wiedniu 144.429 (dochody 110.000 K.), na zakłady badania środków spożywczych 293.988 K. (dochody 50.088 K.), na zwalczanie epidemii 1,000.000 K. (tylko o 20.000 więcej, niż w r. 1907). *R.*

Położenie lekarzy rządowych w Galicyi maluje dokładnie memoryał, wniesiony świeżo do władz wiedeńskich przez »Związek lekarzy rządowych galic.« Po studyach, dłuższych, trudniejszych i kosztowniejszych, niż na jakimkolwiem innym Wydziale uniwersyteckim, dostaje się lekarz, chcący wstąpić do służby rządowej, nie bez trudu i po dłuższem czekaniu w 32 do 35 r. ż. na posadę bezpłatną, albo co najwyżej za adjutum 1000 K. rocznie, a w stan spoczynku przejść może dopiero po 35 latach, t. j. w 67—70 r. ż.! Jednakże większość, sterawszy zdrowie w ciężkiej służbie, ledwo 30 lat wysłużyć może, a wielu umiera młodo, jako ofiary zawodu. W ostatnich 16 latach zmarło z rządowego personalu lekarskiego, liczącego 74—99 osób, przeważnie przed 50 r. ż. trzydziestu trzech lekarzy powiatowych, z nich czternastu z duru osutkowego! Prócz tego przebyło szczęśliwie dur plamisty szesnastu, kilku dur brzuszny i t. d. Narażając zdrowie i życie, nie mogą lekarze rządowi dojść nawet do tych rang, co zwykli urzędnicy rachunkowi bez wykształcenia uniwersyteckiego, a gdy wśród sędziów przypada wyższych rang 52·4 prc., wśród urzędników skarbowych 37·6 prc., to lekarze znajdują się pod tym względem na szarym końcu (22·2 prc.) razem z geometrami i urzędnikami pocztowymi, kończącymi tylko co najwyżej gimnazya. Przy tem wszystkiem stanowisko lekarzy w hierarchii rządowej zupełnie nie odpowiada ich zadaniom i pracy. — Żądania, wyrażone w memoryale, są bardzo skromne; zasadzają się one na tem, by lekarzy rządowych zrównano co do rang, płacy i lat służby z nauczycielami szkół średnich, by oddano jednemu lekarzowi w kraju rangę V., a kilku VI. (zamiast jak dotąd VI. i VII.) i wprowadzono odpowiednią zmianę w rangach dalszych, (coby zrównało personal lekarski dopiero z urzędnikami skarbowymi), oraz by przyznano lekarzom powiatowym większą samodzielność, na razie przynajmniej taką, jaką mają oddziały podatkowe starostw. *R.*

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbył w d. 6. II. posiedzenie, na którem roztrząsano sprawę bojkotu przetworów leczniczych i narzędzi lekarskich niemieckich. Uchwalono zwrócić się do Prezydyum Wiecu z d. 14. I. 1908 z prośbą, aby zwołało ankietę, zapraszając do niej dyrektorów klinik, prymaryuszy szpitalnych, aptekarzy i t. d. celem dokładnego rozpatrzenia sprawy i wprowadzenia jej w życie; zarazem postanowiono porozumieć się z kol. W. Ziembickim we Lwowie. — Nadto załatwiono szereg drobnych spraw bieżących. *R.*

*) „Časopis lek. českých« (Nr 7) podaje, że według krążących wieści kierownikiem Państwowego Urzędu Zdrowia ma być hr. Vetter, b. prezydent parlamentu, i zauważa, że zamiast obiecanego „wybitnego i doświadczonego zawodowca“, (n. p. krajowego referenta sanitarnego Czech lub Galicyi), stanałby wtedy na czele tak ważnego urzedu... prawie dyletant, który co dopiero uzyskał dyplom doktor ki.

Państwowy Związek organizacyi lek. austryackich ogłasza, co następuje: 1) III. Wiec Związku odbędzie się 29. i 30. Marca 1908; szczegóły ogłoszone zostaną później. 2) Organizacya lekarzy Dalmacyi zgłosiła swe przystąpienie do Związku. 3) Nowa organizacya zawiązuje się w Slawonii. 4) Krajowy Związek lekarzy niemieckich na Morawach przystąpił do Związku. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Ograniczenie partactwa lekarskiego w Niemczech. Partactwo lekarskie w Niemczech przybrało w ostatnich czasach niebywałe rozmiary. Dość powiedzieć, że gdy n. p. w r. 1879 było w Berlinie partaczy 28, to już w roku 1897 liczono ich 476, a w r. 1903—1013. Przyczyny szukać należy w tem, że w Niemczech nie było dotąd ustawy, wzbraniającej leczenia nieuprawnionym. Średnio licząc, praktykuje obecnie w Niemczech 10.000 partaczy. Niektórzy z nich cieszą się znacznem powodzeniem; i tak w Berlinie są partacze, zarabiający rocznie przeszło 100.000 marek i przyjmujący dziennie nieraz po kilkuset chorych. Partacze ci swobodnie ogłaszają się w dziennikach; jak stwierdzono w jednym procesie, na same reklamy wydawał pewien partacz 5000 marek miesięcznie. Ludzie ci zwykle nie mają żadnego wykształcenia, często ukończyli zaledwo szkoły ludowe. Springfeld obliczył, że z partaczy 36 prc. należy do sfery robotniczej, 40 prc. do rzemieślniczej, a zaledwo 24 prc. ma jakieś większe wykształcenie. W Niemczech kwitnie też leczenie cudownymi środkami tajemnymi, leczenie listowne i t. p. Przeciwko partactwu wydana ma być obecnie wreszcie ustawa, której projekt jest już opracowany. Ustawa ta nakazuje, by osoby, które bez odpowiednich warunków trudnią się zawodowo leczeniem, donosiły o tem władzy policyjnej. Każdy nie-lekarz, trudniący się leczeniem, obowiązany jest prowadzić książkę zawodową, która na żądanie musi być władzy przedstawiona. Nie wolno leczyć osobom niefachowym bez zbadania chorych (a więc n. p. listownie), dalej nie wolno leczyć im chorób wenerycznych, nie wolno używać do leczenia środków odurzających, hipnozy i środków mistycznych. Przekroczenia tej ustawy mają być surowo karane, podobnie jak i zachwalanie środków, podnoszących czynność płciową, uniemożebniających zapłodnienie, rzekomo zapobiegających zakażeniu wenerycznemu i t. d., jakoteż »leczenie«, połączone ze szkodą zdrowia leczonego. Gdzie pomoc lekarska nie może być zaraz udzielona, wolno osobie nieuprawnionej udzielić pomocy do chwili przybycia lekarza, którego należy wzywać bezzwłocznie. Ustawa ta, jakkolwiek ma pewne braki i właściwie nie zwraca się wprost przeciw partactwu, ma jednak już tę dobrą stronę, że oddaje partaczy pod nadzór władzy i działalność ich znacznie ogranicza. Ograniczenia te przyczynią się zapewne do znacznego zmniejszenia się liczby partaczy w Niemczech. *K.*

Statystyka miasta Krakowa. Pod tym tytułem wyszła właśnie część II. zeszytu IX. cennego wydawnictwa Biura statystycznego miejskiego, opracowana przez Dra R. Sikorskiego, Dra Kumanieckiego i Dra Windakiewicza, a zawierająca szczegółowe wyniki spisu ludności, spisu domów i t. d. w r. 1900, spis przedsiębiorstw przemysłowych w roku 1902 i statystykę opieki gminnej nad ubogimi w roku 1901/2. Wśród obfitych danych znajdują się tu i szczegóły, zajmujące ze stanowiska sanitarnego. I tak n. p. okazuje się, że już w r. 1900 wskutek ciasnoty Krakowa przeważał w nim typ domów koszarowych (2 i 3-piętrowych) więcej, niż w którémkolwiek innem większem mieście w Austryi (Kraków 91·28 prc., Wiedeń tylko 65·06 prc.). Mieszkań suterenowych było w Krakowie stosunkowo niezbyt wiele (2·27 prc., gdy n. p. w Gracu 6·13 prc., ale znów w Wiedniu tylko 1·43 prc.). Kanały, połączone z kanałem miejskim, miało tylko 49·02 prc. domów, z reszty domów odpływem były zwyczajne ścieki. Tylko przy 29 prc. domów w Krakowie i Podgórzu były ogrody lub ogródki (od r. 1900 stosunki te jeszcze znacznie się pogorszyły). Liczba wychodków była w Krakowie dostateczna (1: 1·5 partyi, w Wiedniu 1: 1·4); jakości ich w spisie r. 1900 nie uwzględniono. Przepełnienie mieszkań mieszkańcami jest w Krakowie łącznie z Podgórzem największe z całej Austryi. *R.*

Zmniejszanie się śmiertelności w Londynie wskazuje, co można osiągnąć przez ulepszenia sanitarne nawet w tak olbrzymich miastach (London liczy niemal 5 milionów mieszkańców). Od r. 1861 do 1900 obniżyła się tam śmiertelność z 24·4 na 19·6‰, w następnem siedmioleciu na 16·2‰, a w r. 1907 wynosiła już tylko 14·7‰ ludności. Śmiertelność osesków spadła ze 160 na 116‰ porodów; z niežytu jelit zmierało przed 47 laty 4507 dzieci, obecnie umiera 1523, z duru 200 osób, obecnie 75, z płonicy ongi 3439, obecnie 513. *R.*

Towarzystwo zwalczania chorób płciowych w Wiedniu urządza w ciągu Marca wielką ankietę, do której zaproszono przeszło 2000 osób ze świata lekarskiego, prawniczego i t. d. Obrady odbywać się będą na 8 posiedzeniach (co 3—4 dni) w sali Izby handlowej. Ankieta dotyczy wpływu chorób płciowych na zdrowie ludności, ich rozkrzewienia się, przyczyn szerzenia się, prostytucyi, uświadamiania młodzieży i t. d. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. do 15. II. 1908 doniesiono o 60 nowych przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 2, Sołotwina 2), Brzeżany (Chorościec 1), Dobromil (Jamna dolna 2), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 13), Jarosław (Tuchia 5, Miękisz nowy 1), Kamionka (Witków nowy 2, Witków stary 4), Lisko (Łuh 10, Jaworzec 2), Przemyślany (Gliniany 4), Przeworsk (Przeworsk 1), Skałat (Połupanówka 2, Krasne 1), Śniatyn (Dżurów 2), Stryj (Pohar 2), Tłumacz (Jezierzany 4) i o 2 przypadkach ospy w Czernej pow. Chrzanów. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. II. 1908 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 6; zmarło osób 64 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 18 (4), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 2 (2), płonicy 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. II. 1908 doniesiono o przypadkach: błonicy 2 † 2 (w tem obcych 2 † —), płonicy 1 † 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. do 15. II. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2, krztuśca 2 † 3, płonicy 17 † 4, odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (— † 1). *Dr Leg.*

Stan chorób zakaźnych w pow. przemyskim: w d. 15. II. 1008: błonica 1 przyp., krztusiec 37, odra 37, płonica 36, dur brzuszny 7. *Dr K.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 19. II. 1908 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawiał operowane przypadki gruźlicy nerki, śluzakomięśniaka ściany brzusznej i skręcenia pętli esowatej, a Prof. Marchlewski wyłożył rzecz p. t.: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.

— Młodzież akademicka postanowiła wraz z uczniami Prof. Jakubowskiego, zajmującymi dziś stanowiska w różnych częściach ziem naszych, złożyć Mu przy ukończeniu Jego działalności dydaktycznej hołd czci i wdzięczności. Obchód ten odbędzie się 25. II. o godzinie 1 przedpoł. w sali wykładowej szpitala św. Ludwika.

— »Nadzieja, towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej gal. szkół średnich i wyższych« ogłosiło sprawozdanie z drugiego roku swej działalności. W wynajętym domu w Szczawnicy, odpowiednio urządzonym na sanatoryum przeciwgruźlicze, leczono w tym roku 18 chorych (16 przypadków wczesnych, 2 posunięte), uzyskując bezwzględną poprawę u 9, względną u 6; u 3 stan się nie zmienił, u żadnego nie pogorszył. Fundusz obrotowy doskonale zorganizowanego, podzielonego na kilkanaście grup prowincyonalnych Towarzystwa zamyka się w dochodach i wydatkach kwotą 6,631 K, fundusz żelazny wynosi 482 K. Towarzystwo zmierza do budowy własnego domu, na co zebrano dotąd 1,461 K. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau, sekretarzem Dr A. Schudmak, lekarzem zakładu, którego wielkie zasługi sprawozdanie gorąco podnosi, Dr R. Hammerschlag. Towarzystwo »Nadzieja« ma zadania zupełnie podobne do zadań Tow. »Bratniej Pomocy« w Zakopanem; toteż równie, jak tamto, zasługuje na poparcie.

— Docenci Dr Aleksander Baurowicz i Kazimierz W. Majewski otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— W roku przyszłym otwarta zostanie w Krakowie prywatna lecznica udziałowa na 40 łóżek. Budowa zakładu, którego koszt dobiegnie podobno 500,000 K, rozpocznie się wkrótce na gruntach przy ul. Garncarskiej, nabytych na ten cel przez grono założycieli, złożone z 16 lekarzy.

— *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie.*

Na posadę lekarza okręgowego w Slemieniu mimo ogłoszenia konkursu żaden z PP. lekarzy nie wniósł podania, czego przyczyną może być chyba tylko nieznajomość tutejszych stosunków. Warunki bytu lekarza mogą tu być wcale korzystne: stosunkowo do ogólnej w kraju naszym drożyzny utrzymanie jest tu znacznie tańsze, niż gdzieindziej. Ludność tutejsza umie uznać potrzebę lekarza i ocenić jego pracę; toteż pragnie bardzo

mieć lekarza na miejscu. Sama miejscowość Slemień nadaje się na urządzenie małej stacyi klimatycznej, gdyż okolica jest piękna, a naokoło lasu szpilkowego obfitość. Przyjeżdża tu po kilka osób na lato, a gdyby był lekarz, przyjeżdżałoby więcej. Odległość od »świata« nie jest zbyt wielka. Wprawdzie Żywiec oddalony jest o 15 klm., z przeciwnej strony Sucha o 19 klm., ale do najbliższej stacyi kolejowej (Lachowice) jest tylko 9 klm. W samym Slemieniu jest od września z. r. wychowawczy zakład księży Pijarów, mieszczący na razie 100 wychowanków, ale mający być już w najbliższej przyszłości znacznie rozszerzony. Na posadę okręgową w Slemieniu rozpisano ponownie konkurs. Bliższych i szczegółowych wiadomości udzieli chętnie Zwierzchność gminna w Slemieniu, albo ks. Fr. Kacz, wikaryusz tamże.

Lwów. Druk »Sprawozdania z posiedzeń naukowych w sekcyach« X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich został ukończony, a rozsyłanie jego rozpoczęte.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w d. 3. II. uchwalono przedstawić pełnej Izbie do ratyfikacyi wszystkie uchwały wiecu Izb w Opawie, wydano opinię w sprawie otwarcia kilku nowych aptek i w sprawie podania jednego z lekarzy o zamianowanie go znawcą sądowym, oraz przyjęto do wiadomości oświadczenie Towarzystwa wzaj. ubezp. w Krakowie, że za badanie ubezpieczających się osób płacić będzie po 10 K. — Na dorocznem zaś zebraniu pełnej Izby w d. 5. II. przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej, ratyfikowano uchwały opawskiego wiecu Izb i przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1907, oraz preliminarz budżetu Izby na r. 1908. (Dochody w r. 1907 — 16,201 K., rozchody bieżące 8,004 K, a 6,384 K przelano do majątku Izby, wynoszącego obecnie 49,152 K). Omawiano dalej sprawę zapomóg krajowych dla wdów po lekarzach okręgowych i sprawę statutu emerytalnego dla tych lekarzy, a w końcu uchwalono zwrócić się do Wydziału krajowego, by zasiłki na dalsze kształcenie się lekarzy szpitalnych przyznawano drogą konkursu na podstawie opinii Izby.

— Walne Zgromadzenie Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego odbyło się 29. stycznia 1908. Po udzieleniu absolutoryum ustępującemu Zarządowi wybrano nowy, w skład którego weszli: Dr Wład. Hojnacki, prezes, Dr Józef Starzewski, wice-prezes, Dr Marya Kalmus-Schneidrowa, sekretarka, Dr Maryan Rappaport, skarbnik.

— Dyplom doktorski nostryfikował we Lwowie Dr Józef Hornowski z Warszawy, asystent lwowskiega zakładu anatomii patologicznej.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk odbył w r. 1907 posiedzeń 19, na których wygłoszono 9 wykładów; nadto było 30 demonstracyi. Nowych członków przyjęto 16; ubyło przez śmierć 4; cały Wydział liczy 120 członków. — Na Zjazd przyrodniczo-lekarski we Lwowie wyjechało 32 członków Wydziału; na obchód 30-lecia Towarzystwa lek. lwowskiego wysłał Wydział swego delegata.

— »Nowiny lekarskie« (Nr 2) zdając sprawę z pożegnania Prof. Jakubowskiego przez Wydział lekarski krakowski, podają udatną podobiznę ofiarowanego Jubilatowi medalu.

Warszawa. Zawiązało się w Warszawie Towarzystwo zwalczania chorób płciowych, mające prawo zakładania oddziałów prowincyonalnych. Towarzystwo dzieli się na sekcyę społeczno-prawną i lekarską.

Z różnych stron. Czeskie archiwum lekarskie »Sborník lékařský« wychodzić będzie jako dodatek do »Časopisu českych lékařů«, stanowiąc niejako ciąg dalszy »Sbornika lékařského«, wydawanego przez 4 lata przez Prof. Hlavę i Thomayera, oraz wydawanego potem przez lat 8 pod redakcyą Prof. Maixnera i Thomayera »Sbornika klinického«. Zarazem wydawany będzie przy »Časopisie česk. lek.« dodatek w językach obcych, »Revue«, zawierający streszczenia prac czeskich.

— Prof. Dr W. Orłowski wybrany został wiceprezesem Towarzystwa lekarskiego w Kazaniu.

— Rząd krajowy Bośni i Hercegowiny rozpisał konkurs na stanowisko prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu krajowym w Serajewie. Pierwszeństwo mają kandydaci, władający jednym z języków słowiańskich.

— Dr T. Heryng z Warszawy praktykuje w tym sezonie w Mentonie.

— 37. Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 21—24. kwietnia r. b.

— Składki na fundacyę im. Roberta Kocha dobiegły sumy 300,000 Mk.

— Słuchaczek medycyny na wszystkich uniwersytetach w Niemczech jest w r. b. 151.

— Słynny zbiór odlewów (moulage) dermatologicznych Prof. Lassara, złożony z przeszło 2,000 okazów, ofiarowała wdowa m. Hamburgowi, gdzie zbiór ten pomieszczony zostanie w szpitalu św. Jerzego.

Zmarli: Dr Józef Szulc w 66 r. ż. w Poznaniu; Dr Władysław Dumaire w 62 r. ż. w Rozwadowie;
pedyatra Prof. Frühwald w Wiedniu.

Mianowani: Dr Ernest Walker lektorem anatomii patol. w Oxfordzie, Dr E. Barclay-Smith lektorem anatomii w Cambridge; fizyolog Doc. Müller w Rostocku profesorem nadzwyczajnym.

Redakcya otrzymała: Statystyka m. Krakowa, opracowana przez Biuro statystyczne miejskie. Zeszyt IX. Część II. Kraków 1907. — Eisenberg: 1) Próba mianownictwa polskiego w nauce o odporności i w układzie bakteryi. Kryt. lek. 2) Sur les leucocidines des anaérobies. C. R. Soc. de biol. 3) O wczesnem rozpoznawaniu duru brzusznego. Tyg. lek. 4) Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. Now. lek. i po niemiecku Ctrbl. f. Bakt. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Lecithin-Perdynamin

Smaczny i łatwo znoszony środek.

Przez swą zawartość **hemoglobiny i lecytyny działa pewnie**
przy **neurastenii, histeryi i chorobach nerwowych,** dalej przy **podupadłem odżywieniu i krzywicy.**

Dawka: dla dorosłych trzy razy dziennie 1 łyżka stołowa,
dla dzieci trzy razy dziennie 1 łyżeczka kawowa.

Jako napój śniadaniowy
dla nerwowo cierpiących
poleca się 270 a
LECITOGEN
(Kakao lecytynowe).

1 pudełko oryginalne zawiera obok czystego kakao 3,0 g. lecytyny.

Wyrabia w Austro-Węgrzech:
Mr. Camillo Raupenstrauch, emer. aptekarz
Wiedeń II/1. Castellezgasse 25.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)
w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

L. 14.467.
I. D/a

KONKURS.

W bośniacko-hercegowińskim szpitalu krajowym w Sarajewie jest wkrótce do obsadzenia posada **prymaryusza i kierownika oddziału dermatologicznego.**

Z posadą tą związana jest ranga VIII. klasy urzędników krajowych bośniacko-hercegowińskich i odpowiednie pobory: 3.600 Kor. pensyi i 1.200 Kor., dodatku, jakoteż 400 Kor. kwaterowego.

Wydział krajowy zastrzega sobie ewentualnie także udzielenie dodatku osobistego aż do wysokości poborów VII. klasy. Ten dodatek osobisty będzie atoli przy ewentualnych posunięciach ściągany i udzielenie takowego popostawia się osobnemu porozumieniu się.

Ubiegający się o tą posadę powinni wnieść podanie z dowodami wieku, stanu, osiągniętego stopnia doktora, odbytych studyów fachowych, w szczególności odnoszących się do odnośnej specyalności, do bośniacko-hercegowińskiego Wydziału krajowego w Sarajewie do dnia 20 marca 1908 r.

Oprócz dowodu dłuższej praktyki w klinice dermatologicznej lub w oddziale szpitalnym, pożądane są świadectwa o wyszkoleniu w innych działach medycyny.

Ubiegający się o tą posadę powinni o ile możności posiadać język słowiański, muszą się zaś w każdym razie zobowiązać do przyswojenia sobie w ciągu roku języka serbsko-kroackiego.

Obsadzenie następuje na razie prowizorycznie i może po upływie roku nastąpić definitywnie, z czem połączone potem używanie wszelkich praw urzędników krajowych.

Podania osób pozostających już w służbie publicznej przedłożyć należy w drodze przełożonej władzy, podania kompetentów zaopatrzyć należy w stempel bośniacki na 1 Kor., a każdy załącznik w stempel bośniacki na 20 halerzy, lub też wpłacić odpowiednią kwotę gotówką.

Sarajewo, dnia 29 stycznia 1908. 366

Z Wydziału krajowego Bośni i Hercegowiny.

Rok XLVII. Kraków, dnia 29. lutego 1908. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

CZCIGODNEMU PROFESOROWI JAKUBOWSKIEMU

W HOŁDZIE WDZIĘCZNOŚCI

UCZNIOWIE.

Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (Dyrektor: Prof. Jakubowski).

Postępowanie przy badaniu skuteczności surowic leczniczych w płonicy. Wartość lecznicza surowicy przeciwpaciorkowcowej Palmirskiego.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

Właściciel warszawskiego zakładu dla wyrobu surowic Dr Wł. Palmirski ofiarował się dostarczać szpitalowi św. Ludwika surowicę przeciwpłoniczą, a właściwiej przeciwpaciorkowcową, celem zbadania jej skuteczności w przypadkach płonicy. Surowicę tę otrzymuje Palmirski przez wstrzykiwanie koniom hodowli paciorkowca: *streptococcus conglomeratus*, którego Palmirski i Żebrowski — zresztą niesłusznie — uważają za swoisty zarazek płoniczy. Zachęcony przez Prof. Jakubowskiego, podjąłem się chętnie odpowiednich doświadczeń, a to tem więcej, że spostrzeżenia innych autorów, do owego czasu o surowicy Palmirskiego ogłoszone, nie wydały mi się dostatecznie krytycznie przeprowadzone. To samo zresztą tyczyłoby się przeważnej liczby doświadczeń z innemi surowicami, mianowicie także z surowicą Moserowską i Bujwidowską.

Toteż przystępując do doświadczeń, należało się przedewszystkiem oglądnąć za postępowaniem, któreby badającego o ile możności zupełnie zabezpieczało przeciwko wszelkiego rodzaju złudzeniem.

Samo śledzenie poszczególnych przypadków po zastosowaniu surowicy grozi tem niebezpieczeństwem, że samoistne, nagłe polepszenia w przebiegu choroby, tak częste w płonicy, odnosić będziemy do działania surowicy, stosując zasadę, tak łatwo prowadzącą do błędnych wniosków: *post hoc ergo propter hoc.*

Dla uniknięcia tego błędu niezbędnym jest materyał, służący do porównania. Działanie surowicy ocenić wtedy będzie można ze statystycznego zestawienia obu szeregów: leczonego surowicą i nie leczonego. Trudność polega jednak na tem, że materyał użyty do porównania powinien być zupełnie równorzędny.

Warunkowi temu nie może odpowiadać materyał innych szpitali danego miasta, lub materyał tego samego szpitala z innych lat. Mimoto w dotychczasowych doświadczeniach posługiwano się często takimi materyałami. Wnioski, na takich porównaniach oparte, nie mogą sobie rościć pretensyi do ścisłości. Pozostaje zatem jedno jedyne wyjście: oddzielenie z własnego materyału części przypadków jako materyału porównawczego.

Gdyby chodziło o porównanie całego materyału leczonego surowicą z nieleczonym bez uwzględnienia różnic w ciężkości przypadków, wystarczałoby przeznaczać przypadki w miarę zgłaszania się do przyjęcia naprzemian do stosowania surowicy i jako przypadki kontrolne. Pożądanym jest jednak podział przypadków według ciężkości. Otóż, mojem zdaniem, jeżeli wpływ samopoddawania ma być zupełnie wyłączony, wcale nie jest obojętnem, kiedy ten podział nastąpi. Nie jest mianowicie wskazanem, żeby ocenianie ciężkości przypadków i określanie rokowania odbywało się po rozstrzygnięciu, czy chory ma dostać surowicę, czy nie. Lekarz bowiem oceniający, jeżeli jest zwolennikiem surowicy, będzie mimowolnie, aby działanie surowicy uwydatnić, oceniać przypadki jako cięższe, aniželiby to odpowiadało rzeczywistości, jeżeli mają być leczone surowicą, jako lżejsze, jeżeli mają służyć za przypadki kontrolne. Przeciwnie będzie postępować lekarz, nie wierzący w skuteczność surowicy.

Nie chcę przez to wcale przypuszczać złej woli badającego, lecz nieświadomy wpływ optymizmu naukowego, lub rzadziej pessymizmu, nieuświadomioną, a bardzo rozpowszechnioną skłonność do łudzenia się i do łudzenia innych. Oczywiście wpływ ten u jednego badającego będzie bardzo znaczny, u innego może być znikomo mały. Każdy jednak, kto przy podobnych badaniach umie siebie samego

i drugich obserwować, przyzna, że wpływ tego czynnika istnieje i że byłoby bardzo pożądanem działanie jego wyłączyć.

W spostrzeżeniach moich osiągnąłem to w ten sposób, że przypadki, o ile nadawały się do doświadczenia — (dobierane były wyłącznie przypadki w pierwszych 4 dniach choroby) — naprzód oceniano, rokowanie zapisywano do historyi choroby, a następnie dopiero rozstrzygano losem, czy ma być stosowaną surowica, czy nie. Oznaczonego w ten sposób rokowania później pod żadnym pozorem zmieniać już nie wolno.

Według ciężkości dzielono przypadki za przykładem Mosera na 4 grupy:

I. przypadki najlżejsze,
II. » lekkie z rokowaniem korzystnem,
III. » ciężkie z rokowaniem wątpliwem,
IV. » najcięższe z rokowaniem niekorzystnem.

Można także tworzyć grupy pośrednie: I/II, II/III i III/IV. Przypadki w ten sposób ocenione należy przy zestawieniu statystycznem, by uniknąć uwzględnienia aż siedmiu grup, zaliczać po połowie do obu grup sąsiednich.

Rokowanie na dalszą metę jest, jak wiadomo, w płonicy bardzo trudne i niepewne. Z tej względnej tylko wartości pierwszego rokowania powinniśmy sobie dobrze zdawać sprawę i być przygotowani na to, że nawet najlżejsze początkowo przypadki, oznaczone I., będą przy większym materyale miały pewną, choćby znikomo małą śmiertelność, a przypadki, oznaczone IV jako śmiertelne, pewien odsetek wyleczeń. Z tego także względu postanowiono nie wyłączać przypadków lekkich od doświadczeń.

Oczywiście wnioski mogą uzyskać niejaką pewność tylko wtedy, jeżeli będą oparte na znacznych liczbach. Na podstawie nielicznego materyału, zestawionego poniżej, nie można też wypowiadać ostatecznego zdania o wartości stosowanej surowicy. Ogłoszenie jego ma też głównie inny cel na względzie, mianowicie przedstawienie na danym materyale opisanego, zupełnie przedmiotowego postępowania w przeprowadzeniu spostrzeżeń. Mam nadzieję, że sposób ten rozpowszechni się przedewszystkiem przy próbach swoistego leczenia płonicy, a może i innych chorób, któreby się ze względu na swój przebieg do tego nadawały. Materyał, zebrany przez rozmaitych autorów, możnaby następnie, jeżeli tylko będą się ściśle stosować do podanych reguł, zestawiać razem we wspólnej statystyce.

Sądzę, że nie zależy wiele na tem, jeżeli będą pomiędzy sposobem i trafnością rokowania poszczególnych autorów pewne różnice, jeżeli nawet jeden i ten sam autor będzie w różnych czasach przy rokowaniu raz bardziej pesymistycznie, to znów optymistycznie usposobionym, gdyż u każdego będziemy mieli zawsze dwa zupełnie równorzędne szeregi przypadków, z jednej strony leczonych, z drugiej nie leczonych. Połączenie poszczególnych statystyk we wspólną miałoby na celu wyrównanie przypadkowych wychyleń, zależnych od szczupłości materyału i od mniejszej wprawy w ocenianiu przypadków.

Przypadki.

Przy każdym przypadku przytaczam numer dziennika szpitalnego z rokiem przyjęcia, w nawiasie datę przyjęcia i wyjścia. Dni przytaczane w historyi choroby są dniami porządkowymi choroby. Dzień choroby z dodatkiem (wyw.) oznacza szczegóły znane z wywiadów, dzień i dodatek (st. ob.) stan w chwili oceniania przypadku. Na krzywych gorączkowych chwila ta oznaczona jest strzałką, jeżeli wstrzykiwano surowicę, kropką w przypadkach kontrolnych. Gorączkę zależną od płonicy i jej powikłań oznaczono polem zacieniowanem skośnie nieprzerywanemi kreskami, gorączkę posurowiczą polem z pionowemi, przerywanemi kreskami, gorączkę skutkiem chorób przypadkowych polem z kropkami.

A) Przypadki leczone surowicą.

1. Nr dz. 490/07 (21. VI—28. VII) Z. Ch., dziewczyna lat 8.

Dnia 1 (wyw.): wymioty, gorączka, ból gardła, wysypka. Dnia 3. (st. ob.): budowa i odżywienie dobre; chora zupełnie przytomna i swobodna. Wysypka typowa, dość obfita, na wargach opryszczki, gruczoły nieco przewlekle obrzękłe, niebolesne. Język: początek złuszczania się; gardło: słabo zaczerwienione. Śledziona macalna tuż pod łukiem, zresztą narządy wewnętrzne bez zmian. Ciepłota 38·5, tętno 104. — Rokowanie I. Surowicy 50 cm.³

Dn. 4. wysypka przybladła, język złuszczony. Dzień 6—8 gruczoł podszczękowy prawy tkliwy, dzień 13—16. gruczoł zażuchwowy lewy nieco tkliwy, nad płucami skąpe furczenia i świsty.

2. Nr. dz. 395/07. (12. V.—13. VI.) S. M. chłopiec lat 8.

Dnia 1 (wyw.): bez wymiotów. Dn. 2 (st. ob.): Stan ogólny dobry, chory swobodny, zaledwie wygląda na chorego, wysypka mierna, gardło lekko zaczerwienione, ciepłota 39·4, tętno 120. Rokowanie I. Surowicy 50 cm³.

Dnia 3 i następnych: wysypka wybitniejsza, na migdałkach wystąpiły punkciki żółtawe, które jednak szybko ustąpiły. Gruczoły zażuchwowe nieco obrzękły i były bolesne. Dnia 11 obrzęk gruczołów podszczękowych z lekką gorączką.

3. Nr. dz. 336/07 (22. IV—17. V) M. J. dziewczyna lat 3.

Dnia 3 (st. ob.): Nieznaczne ślady krzywicy, odżywienie dobre, nieznaczne obrzmienie przewlekłe gruczołów chłonnych. Wysypka dość skąpa, język zaczyna się oczyszczać, podniebienie i gardło silnie czerwone, na migdałkach parę drobnych smużek, nos wolny, gruczoły podszczękowe i zażuchwowe wielkości grochu, tkliwe. Wątroba macalna na $1^1/_2$ palca niżej łuku, zresztą w narządach wewnętrznych zmian niema. Stan ogólny dobry, przytomność zupełnie nieprzyćmiona. Ciepłota 39·5, tętno 160. Rokowanie I. Surowicy 50 cm³.

Dnia 6 i 7. Wysypka przybladła, gardło silnie czerwone, na lewym migdałku powierzchowna martwina, gruczoły zażuchwowe większe i tkliwsze. Dnia 8 pojawia się także na prawym migdałku martwina, a gruczoły zażuchwowe obrzmiewają do wielkości małej wiśni; w kątach ust zajady. Dn. 14 pojawia się wypływ z ucha prawego, który utrzymuje się aż do chwili wyjścia chorej. W czasie między 16—20. dniem gorączka i wysypka odrowata posurowicza.

4. Nr. dz. 537/06 (7. VI.—17. VII.) A. M. chłopiec lat 11.

Dnia 2 (st. ob.). Budowa dobra, wysypka mierna, gardło bez nalotów, gruczoły niebolesne. Chory swobodny, ciepłota 38·5, tętno 120. Rokowanie I. Surowicy 50 cm³.

Przebieg: Gorączka w następnych dniach wyższa, wysypka wybitniejsza, obfita. Dnia 6: obfita bardzo prosówka, szczególniej na przedramionach i rękach: pęcherzyki o treści ropnej, mające $1—1^1/_2$ mm średnicy, gęsto rozsiane, gdzieniegdzie zlewające się. Gardło: powierzchowny nalot na tylnej ścianie. Dnia 7: prosówka przyschła: plamki brunatne. Dnia 10—17. gruczoły zażuchwowe tkliwe.

5. Nr. dz. 218/06. (27. II—25. III.) C. H. dziewczyna lat 8.

Dnia 1 (wyw.) wymioty. Dnia 3 (st. ob.): Wysypka mierna, nieco guzkowata. Gardło: zapalenie zatułkowe (*angina lacunaris*) na prawym migdałku powierzchowne owrzodzenie. Ciepłota 38·5, tętno 120, stan ogólny dobry. Rokowanie ze względu na gardło: II. Surowicy 50 cm³.

Przebieg: bez powikłań płoniczych, gardło oczyściło się powoli. Między 14 a 20 dniem rumień odrowaty posurowiczy.

6. Nr. dz. 806/05. (21. XI—6. I. 06). A. T. chłopiec lat 2.

Dnia 4 (st. ob.). Wysypka mierna, migdałki pokryte częściowo wypociną ropiastą, mierny obrzęk gruczołów. Stan ogólny dobry, ciepłota 38·3, tętno 104. Rokowanie II. Surowicy 50 cm³.

Przebieg: na migdałkach rozwinęły się powierzchowne owrzodzenia, w następstwie czego gruczoły zażuchwowe i podszczękowe miernie obrzękły. Od 14 dnia przypadłości posurowicze z wysypką odrowatą.

7. Nr. dz. 588/06. (25. VI—26. VII.) A. C. dziewczyna lat 5.

Dnia 1 (wyw.): wymioty. Dnia 2 (st. ob.): Budowa i odżywienie dobre, wysypka obfita, kończyny dolne mniej zajęte, tu i ówdzie,

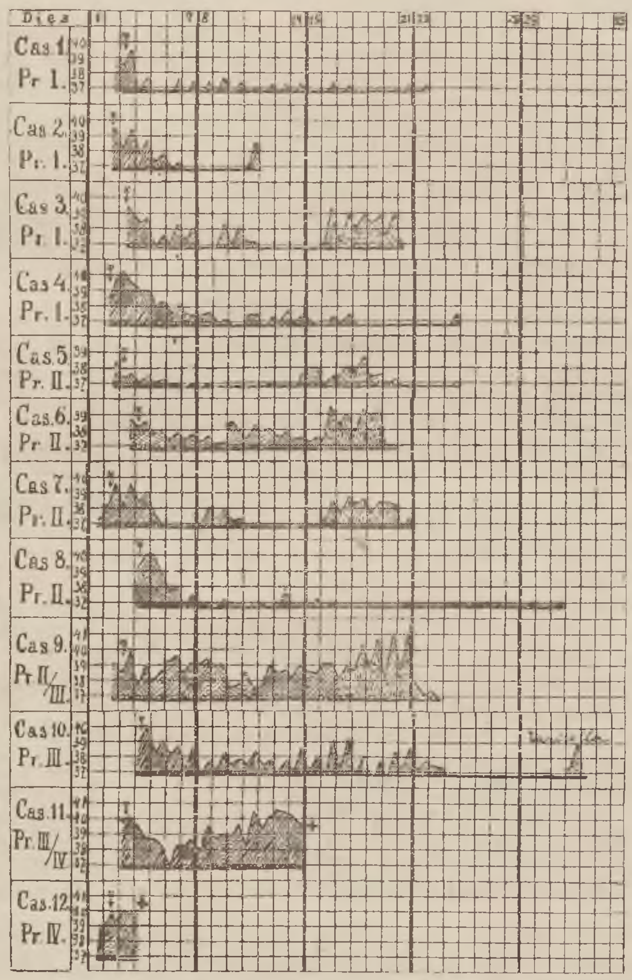
głównie na pośladkach, wybroczyny miernie obfite; gardło: skąpe naloty na obu migdałkach. Gruczoły zażuchwowe tkliwe. Chora przytomna, ale nieco niespokojna i płaczliwa. Ciepłota 38·5, tętno 140. Rokowanie II. Surowicy 50 cm³.

Dnia 3: kończyny dolne silniej wysypką zajęte. Dnia 8 obrzmienie gruczołów zażuchwowych. Między dniem 16—21. wysypka posurowicza odrowata.

8. Nr. dz. 528/07. (8. VII—6. VIII.) K. T: dziewczyna lat 5. Dnia 1 (wyw.) nie było wymiotów. Dnia 4 (st. ob.): Budowa i odżywienie średnie, wysypka obfita, ciemno czerwona, plamista, gardło: wysięk ropny, rozlany na migdałkach, gruczoły tkliwe, mało powiększone. Stan ogólny dobry. Ciepłota 39·2, tętno 148. Rokowanie II. Surowicy 75 cm³.

Przebieg dalszy korzystny: gorączka podniosła się początkowo, ale później szybko spadła, gardło oczyściło się, żadnych wybitniejszych powikłań nie zauważono oprócz miernej tkliwości i obrzmienia gruczołów.

A) Przypadki leczone surowicą.



9. Nr. dz. 189/06. (14. II.—21. III.) S. S. chłopczyk lat 5. Dnia 3 (st. ob.): Mierne zmiany krzywicze i przewlekły obrzęk gruczołów, odżywienie liche. Wysypka drobno plamista. Gardło silnie zajęte, obrzękłe i oddech lekko charczący. Gruczoły zażuchwowe wielkości małej fasoli, tkliwe. Ciepłota 38·7, tętno 128, oddech 44. Rokowanie II/III. Surowicy 50 cm³.

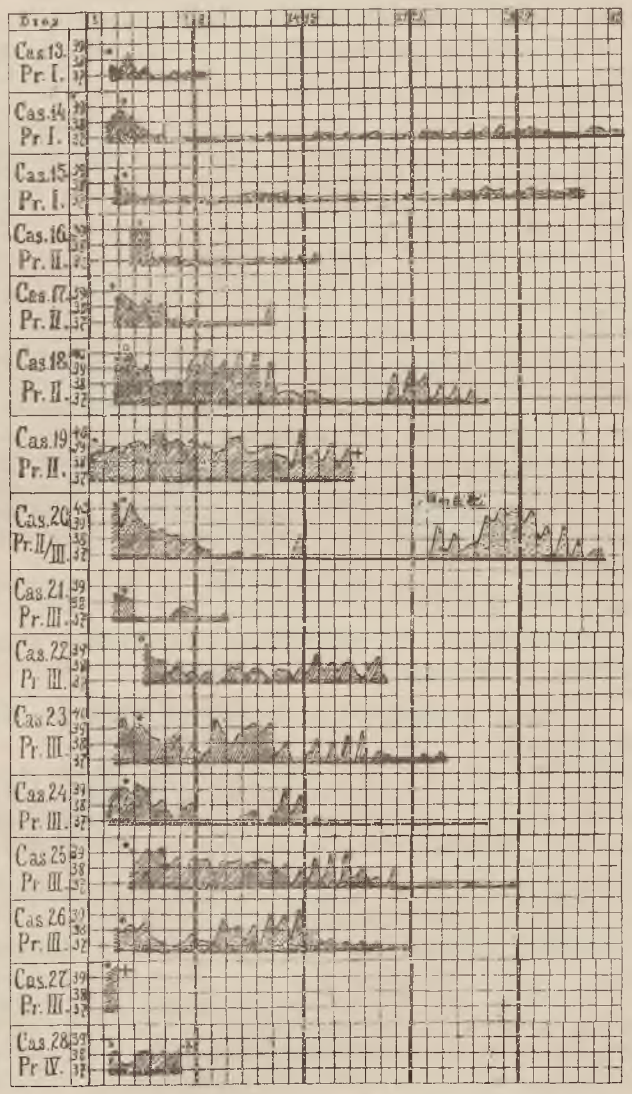
Przebieg: gardło oczyszczało się powoli, obrzęk gruczołów utrzymywał się długo. Wypływ śluzowo-ropny z nosa, wypływ z ucha lewego od 16-go dnia. Od dnia 17—23. przypadłości posurowicze z wędrującą wysypką odrowatą.

10. Nr. dz. 423/07. (26. V.—5. VII.) T. K. chłopak lat 4. Dnia 4 (st. ob.): Budowa i odżywienie dobre. Wysypka lekko-guzkowata, na podbrzuszu, pod kolanami i w przegubach łokciowych wybroczyny. Gardło silnie zaczerwienione i obrzękłe, na obu migdałkach grube ropne naloty. Gruczoły podszczękowe i zażuchwowe po obu stronach lekko obrzękłe i bolesne. Przytomność nieco przymglona, ciepłota 39·1, tętno 144. Rokowanie III. Surowicy 50 cm³.

Dnia 6: gruczoły zażuchwowe po obu stronach obrzmiewają znaczniej, w gardle: powierzchowna martwina. W następnych dniach gardło powoli się oczyszcza, gruczoły jednak coraz więcej obrzmiewają i dochodzą w końcu do wielkości małego jabłka. Obrzmienie jest początkowo twarde, później zjawia się chełbotanie. Dnia 21. wykonano nacięcie po obu stronach, poczem gorączka szybko ustąpiła. Między 29—32. dniem ospa wietrzna.

11. Nr. dz. 468/07 (13. VI.—25. VI.) M. H. chłopak lat 5. Dnia 3 (st. ob.): Miernie zbudowany i odżywiony. Wysypka plamisto-guzkowa, tylko na bokach twarzy i szyi zlana w jednostajne zaczerwienienie. Gardło: silne zaczerwienienie i obrzęk, język prawie zupełnie złuszczony, suchawy, wargi spieczone. Gruczoły zażuchwowe wielkości fasoli, tkliwe. Chory mało jest przytomny, muchy go obsiadują, oddziaływa jednak na ból. Oczy, mianowicie lewe, niedomknięte, spojówki nastrzykane. Kurczowe ruchy wargami, zgrzytanie zębami, chory nie może sobie znaleść miejsca, przewraca się, stęka, to znów zapada w senność. Płuca: nieco furczeń, trochę kaszlu wilgotnego. Wątroba 2 palce niżej łuku, dość miękka, śledziona tuż pod łukiem, twardsza. Ciepłota 39·8, tętno 160, oddech 36. Rokowanie III/IV, surowicy 75 cm³.

B) Przypadki kontrolne.



Dnia 4: wysypka obfitsza, objawy nerwowe utrzymują się, tętno 176.

Dnia 5 i 6: wyraźna poprawa.

Następnie gorączka i tętno znowu idą w górę, w moczu zjawia się ślad białka, a stan ogólny staje się coraz gorszy. Dnia 10-go rozwijają się dwa ropnie nad prawą łopatką, dnia 12-go ropień nad łokciem lewym, dnia 13. obrzmiewa staw nadgarstkowy lewy. W treści ropni stwierdzono paciorkowca. Dnia 14 tętno 192, popołudniu 196. Wargi i język sadzowato obłożone, następnego dnia rano zejście śmiertelne. Badania pośmiertnego nie wykonano.

12. Nr. dz. 814/05. (25. XI—30. XI.). M. K. dziewczynka lat 2. Chora leżała w szpitalu z powodu zapalenia gruźliczego otrzewnej z dość obfitym wysiękiem płynnym.

Dnia 1. wieczorem wymioty, gorączka, raz drgawki. Dnia 2. (st. ob.): Odżywienie dość dobre. Wysypka drobniutka zaledwie widoczna, najlepiej jeszcze na brzuchu w okolicy pępka. Gardło zaczerwienione. Dziecko senne, sprawia wrażenie ciężko chorego, niespokojne, rzuca się. Oddech charczący, nierówny 65. Ciepłota 40·0, tętno 212. Rokowanie IV. Surowicy 50 cm³.

Dnia 3-go: Stan ciężki, policzki pałają, wysypka obecnie zupełnie wybitna, noc była niespokojna, drgawki powtórzyły się. Tętno 184, oddech 56.

Dnia 4-go: Tętno 204, oddech 58, popołudniu †.

Sekcya stwierdziła obok płonicy i zapalenia gruźliczego otrzewnej: gruźlicę prosówkową ogólną (płuca, nerki, wątroba), zwyrodnienie serowate gruczołów chłonnych śródpiersia i oskrzelowych.

B) Przypadki nie leczone surowicą.

13. Nr. dz. 385/07 (9. V—7. VI). Z. K. dziewczynka lat 6.

Dnia 1-go (wyw.) wymioty. Dnia 2. (st. ob.): wysypka skąpa, ciepłota 37·7, tętno 136, niema żadnych cięższych objawów. Rokowanie I. Przebieg bez powikłań.

14. Nr. dz. 438/07. (3. VI—10. VII.). M. P. chłopiec lat 8.

Dnia 3. (st. ob.): Odżywienie średnie, wysypka mierna, gardło miernie zaczerwienione, gruczoły zażuchwowe mało tkliwe, pachwinowe nieco bolesne. Chory swobodny. Ciepłota 38·8, tętno 124. Rokowanie I.

Przebieg bez wybitniejszych powikłań, w 2 i 3. tygodniu były gruczoły podszczękowe nieco tkliwe. Przyczyna stanu podgorączkowego ciągnącego się aż do 5-go tygodnia niewyjaśniona. Mocz bez zmian.

15. Nr. dz. 450/07. (7. VI—9. VII.). K. S. chłopiec lat 8.

Dnia 3-go (st. ob.): Budowa wątła, odżywienie liche, wysypka mierna, gardło bez nalotów, gruczoły zażuchwowe tkliwe. Ciepłota 37·8, tętno 104. Rokowanie I.

Przebieg bez wybitniejszych powikłań, mocz bez białka, mimoto stan podgorączkowy utrzymujący się do chwili opuszczenia szpitala. I tutaj gruczoły podszczękowe były w drugim tygodniu tkliwe, co jednak stanu podgorączkowego dostatecznie nie tłómaczy.

16. Nr. dz. 196/06. (17. II—23. III). A. K. dziewczynka lat 12½.

Dnia 4. (st. ob.): Wysypka skąpa, stan ogólny dobry, gardło: zapalenie zaułkowe dość silne. Ciepłota 38·7, tętno 104. Rokowanie II.

W dalszym przebiegu tylko nieznaczne zajęcie gruczołów podszczękowych.

17. Nr. dz. 119/06 (11. I.—13. II.). K. B. chłopiec lat 5.

Dnia 2. (st. ob.): Wysypka typowa na tułowiu skąpa, obfitsza na kończynach mianowicie na ramionach i udach. Gardło silnie zajęte, naloty ropiaste. Ciepłota 38·6, tętno 125. Rokowanie II.

Wzniesienie dnia 12. można było odnieść do lekkiego zajęcia gruczołów; zresztą przebieg bez powikłań.

18. Nr. dz. 1128/06. (20. XII.—19. I. 07). J. B., dziewczyna lat 8.

Dnia 3. (st. ob.): Wysypka obfita, gardło silnie zaczerwienione bez nalotów. Gruczoł zażuchwowy po prawej stronie wielkości małej fasoli, bolesny. Wątroba macalna na 1½ palca niżej łuku. Chora przytomna zupełnie, choć nieco senna. Ciepłota 39·6, tętno 156. Rokowanie II.

Dnia 6: Obrzmienie migdałków silne, z zaułków wydobywa się ropa. Dnia 7—15. gruczoły podszczękowe i zażuchwowe po obu stronach wielkości małej fasoli, bolesne. Między dniem 8—15. obrzmienie stawu łokciowego i kolanowego lewego, między 20—25. obrzmienie gruczołów podszczękowych.

19. Nr. dz. 676/05. (25. IX.—1. I. 06 †). A. G. dziewczyna lat 5.

Na płonicę zapadła 15. XII w szpitalu na oddziele chirurgicznym, gdzie przebywała ze zwichnięciem wrodzonem stawu biodrowego i leczona była opatrunkiem gipsowym. Wymiotów nie było.

Dnia 1. (st. ob.): Budowa i odżywienie dobre, gruczoły jednak wszędzie powiększone, drobne, twarde. Wysypka słaba; gardło: dawne powiększenie migdałków, świeże zaczerwienienie i obrzęk. Chora dość swobodna. Ciepłota 38·6, tętno 160. Rokowanie II.

W dalszym przebiegu wysypka wystąpiła wybitniej. Gorączka stopniowo doszła do 40·0. W gardle powstały powierzchowne naloty, gruczoły zażuchwowe obrzmiały, stan ogólny stawał się coraz gorszy, sen niespokojny, wargi i język spieczone, kilka stawów obrzękło, pojawiło się czyszczenie, tętno wahało się między 144—164. Wśród coraz dalej postępującego wyniszczenia nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie zwłok nie zostało wykonane.

20. Nr. dz. 281/06. (21. III.—26. IV.). F. C. chłopiec lat 5.

Dnia 3. (st. ob.). Odżywienie mierne, dawne powiększenie gruczołów. Wysypka niezbyt obfita. Gardło silnie zaczerwienione, rozpulchnione, język nieco suchawy, obłożony. Przytomność nieco przymglona, zresztą stan ogólny dobry. Ciepłota wieczorem 40·4, rano 38·9, tętno 152. Rokowanie II/III.

Dnia 8 i 14. zapisano: obrzmienie i bolesność gruczołów podszczękowych. Od 23 odra.

21. Nr. dz. 351/07. (26. IV.—26. V.). W. K. chłopiec lat 4.

Dnia 3. (st. ob.): Ślady krzywicy, klatka piersiowa kurza, odżywienie dobre, wysypka mierna. Gardło: silnie zaczerwienione, obrzękłe, migdałki częściowo pokryte nalotami żółtawo-szarymi (powierzchowna martwina?), gruczoły zażuchwowe powiększone, bolesne. Przytomność zupełna, ciepłota 38·3, tętno 144. Rokowanie III.

Zmiany w gardle następnie się rozszerzyły. Wobec przypuszczenia błonicy, wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą, poczem gardło szybko się oczyściło. Zapalenie gruczołów zażuchwowych z końcem drugiego tygodnia.

22. Nr. dz. 334/07 (22. IV.—15. V.). R. G., dziewczynka 2 lata.

Dnia 4. (st. ob.): Objawy krzywicy i zołzów. Wysypka typowa, obfita, na goleniach lekko guzkowa. Gardło silnie zajęte, na obu migdałkach wysięk ropiasty; nos zajęty: wydzielina surowiczo-ropna. Przytomność przymglona, senność. Ciepłota 39·2, tętno 160. Rokowanie III.

Przebieg: Gorączka do dnia 19. W gardle owrzodzenie powierzchowne, zmiany w nosie z owrzodzeniami naokoło nozdrzy. Od 14. dnia do dnia wyjścia wypływ z obu uszów. Rozsiane owrzodzenia w jamie ustnej. Bolesne obrzmienia gruczołów zażuchwowych.

23. Nr. dz. 1111/06. (12. XII.—19. I. 07.). J. T. chłopiec lat 2½.

Dnia 4. (st. ob.): Budowa i odżywienie dobre; wysypka obfita z odcieniem sinicy. Gardło silnie zajęte, obrzęk duży, naloty brudne, gruczoły powiększone, bolesne. Ciepłota 39·2, tętno 168, chory niespokojny, ale przytomny.

Przebieg: Oczyszczanie się gardła powolne, zajęcie mierne gruczołów, obustronne zapalenie ucha środkowego z przebiciem błony bębenkowej.

24. Nr. dz. 1114/06 (13. XII.—19. I. 07). P. T. chłopiec lat 5 (brat poprzedniego).

Dzień 3. (st. ob.): Wysypka żywa i obfita. Gardło: zaczerwienienie silne, obrzęk, mierne naloty. Gruczoły obrzękłe, bolesne. Ciepłota 39·2, tętno 180, chory niespokojny. Rokowanie III.

Przebieg: Tętno poprawia się szybko, gardło oczyszcza się. Od dnia 11. zapalenie ucha środkowego po lewej, później po prawej z przebiciem błony bębenkowej dnia 14. względnie 20.

25. Nr. dz. 472/07. (14. VII.—16. VII). A. S. dziewczynka lat 2.

Dnia 3. (st. ob.). Ślady krzywicy, odżywienie dobre. Wysypka dość skąpa. Na wardze dolnej podgojony liszajec. Na migdałkach i przyległych częściach łuków naloty sprawiające wrażenie powierzchownej martwiny. Gruczoły zażuchwowe wielkości grochu, tkliwe. Wątroba macalna na 1½ palca niżej łuku. Ciepłota 39·2, tętno 180—176, chora przytomna. Rokowanie III.

Przebieg: Powierzchowne owrzodzenia w gardle i zajęcie gruczołu utrzymywało się do dnia 18. Od dnia 16. zajęcie obustronne ucha środkowego z przebiciem błony bębenkowej po prawej.

26. Nr. dz. 266/06. (17. III.—11. IV.). J. B. chłopiec lat 1¾.

Dnia 3. (st. ob.): Dziecko krzywicze z gruczołami chłonnymi przewlekle obrzmiałymi. Wysypka mierna, gardło znacznie rozpulchnione, z nosa wydzielina drażniąca, gruczoły zażuchwowe wielkości dużej fasoli, bolesne; przytomność upośledzona, ciepłota 37·9, tętno 132. Rokowanie III.

Przebieg: nos był długo zajęty. W gardle pojawiły się naloty, następnie powierzchowne owrzodzenia. W następstwie tego gruczoły zażuchwowe, które zaczęły się już zmniejszać, z końcem drugiego tygodnia znów obrzmiały. Potem jednak wszystkie objawy zaczęły się szybko zmniejszać.

27. Nr. dz. 89/07. (1. I.—2. I.). M. H. chłopiec lat 9.

Dnia 1. (wyw.): wymioty, gorączka, utrata przytomności

i bredzenia. Dnia 2. (st. ob.): Budowa i odżywienie mierne. Wysypka niezbyt obfita. Gardło: obrzęk duży, cały migdałek lewy pokryty nalotem, prawy częściowo, lekkie cuchnienie z ust. Przytomność upośledzona, jednak chory na pytania odpowiada. Ciepłota 39·2, tętno 138. Rokowanie III.

Popołudniu stan się pogorszył, wystąpiły dwukrotnie drgawki, zapad i utrata przytomności i śmierć. Sekcyi nie robiono.

28. Nr. dz. 828/05. (20. XI—6. XII.) F. K. dziewczynka lat 2.

Przypadek nieczysty, gdyż chodziło o dziecko z dawniejszemi przypadłościami żołądkowo-jelitowemi, przyjęte z objawami znacznego zapadu. Rokowanie IV. Jest rzeczą wątpliwą, czy płonica była główną przyczyną zgonu.

Oprócz powyższych przypadków przytoczyć jeszcze muszę 8. Mianowicie siedem przypadków zmuszony jestem oddzielić od reszty, gdyż ich karty gorączkowe zaginęły. Przypadki te nie będą mogły być uwzględnione w zestawieniu opadania gorączki. Trwanie gorączki jest w nich w przybliżeniu znane, podobnie powikłania, które się w ich przebiegu pojawiły.

Przypadek 36. nie powinien wejść do zestawienia, oznaczono w nim bowiem rokowanie zupełnie niekorzystne i bez losowania wstrzyknięto surowicę. Przypadki podobne obciążałyby jednostronnie szereg leczony.

---

ad A).

29. Nr. dz. 178/06 (10. II.—21. III). S. T. dziewczynka lat 2½.

Rokowanie II, (tętno 160, zmiany w gardle). Surowicy 50 cm³ dnia 1-go. Gorączka trwała 2 tygodnie. Wysypka stała się obfitszą, a następnie wystąpiła prosówka; gardło pokryło się około 6. dnia świeżymi brudnymi nalotami, a stan ogólny pogorszył się. Potem powolna poprawa.

30. Nr. dz. 165/06. (4. II.—23. III). A. D. dziewczynka lat 4. Rokowanie II. (tętno 156, gardło; czopy ropne). Surowicy 50 cm. dnia 2-go. W następnych dniach wysypka wybitniejsza, senność, niepokój, zmiany w gardle większe. Gorączka trwała 3½ tygodnia: gardło powoli się oczyszczało, zapalenie ucha środkowego lewego bez przebicia, lekkie zajęcie gruczołów.

31. Nr. dz. 865/05. (15. XII.—19. I. 06). A. K. dziewczynka lat 10½. Rokowanie II. (gorączka wysoka, gardło silnie zajęte). Surowicy 50 cm³ w dniu 2-gim. Przebieg bez powikłań. Stan gorączkowy ustąpił z końcem 1. tygodnia.

32. Nr. dz. 799/05 (17. XI.—2. III. 06). J. M. dziewczynka lat 9. Zachorowała w szpitalu. Rokowanie III. (ciepł. 40·0, tętno 140, gardło silnie zajęte, niespokojna). Surowicy 50 cm³ w 2. dniu. Dnia 3. spadek do 37·5, tętno 98. Między dniem 4—11 znów gorączka wyższa: gruczoły zażuchwowe powiększone, bolesne.

33. Nr. dz. 287/06 (23. III.—27. IV). A. H. chłopiec lat 6. Rokowanie III. (wybroczyny, w gardle silny obrzęk z nalotami w zaułkach). Surowicy 50 cm³ w 4. dniu. W dalszym przebiegu potworzyły się w gardle powierzchowne owrzodzenia, na wargach zajady, stan ogólny znacznie podupadł. Od 21. dnia wysypka posurowicza odrowata. Potem jeszcze ropotok z ucha prawego i lekkie zapalne zajęcie nerek. Gorączka 4 tygodnie.

34. Nr. dz. 401/06 (30. IV.—1. VI). A. M. chłopiec lat 7. Rokowanie III. (39·6, tętno 164, gardło: mierny obrzęk, obfite ropne naloty, wybroczyny na skórze). Surowicy 50 cm³ w dniu 3. Ciepłota początkowo opadła, przyczem jednak stan ogólny nie poprawił się, a wysypka stała się obfitszą, następnie znów się zresztą podniosła. Mierne obrzmienie zapalne gruczołów, stan gorączkowy do końca 3. tygodnia.

ad B).

35. Nr. dz. 300/06 (27. III.—27. IV). M. H. dziewczynka lat 3, siostra 33. Rokowanie III. (Tętno 156, gardło silnie rozpulchnione, naloty, obrzmienie gruczołów, senność, wypływ z nosa). Oceniano dnia 4-go. Zmiany w gardle i w nosie, zajęcie gruczołów utrzymywało się długo, na wargach potworzyły się zajady z nalotami. Stan gorączkowy 3½ tygodnia.

---

36. Nr. dz. 518/06 (30. V). Z. H. dziewczynka lat 3½. Dnia 3. Rokowanie IV. (wysypka sinawa, w gardle naloty, nieprzytomność prawie zupełna, wymioty i ruchy wymiotne, postękiwanie, drgawki, ciągłe zmienianie położenia ciała). Ciepłota 39·8, tętno 212—204. O godz. 11. w południe 100 cm³ surowicy, o godz. 8 wieczorem †.

Sekcya: Płonica, ostry nieżyt oskrzeli, rozsiana niedodma płuc, ostry nieżyt jelit, zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych.

Przegląd przypadków okazuje, że niektóre nie zupełnie szczęśliwie zostały do doświadczeń wciągnięte. Tyczy się to mianowicie przypadku 12. (IV †), w którym badanie pośmiertne stwierdziło obok gruźlicy otrzewnej ogólną gruźlicę prosówkową. Miejscowa gruźlica na przebieg płonicy zwykle nie wpływa niekorzystnie i tą okolicznością kierowałem się, gdym włączał do doświadczeń ten przypadek. Podobnie przypadek 28. (IV †) nie jest czystym, gdyż objawy kliniczne, wywiady i badanie pośmiertne przypisać zmuszają znaczną rolę w ciężkości przypadku i zejściu śmiertelnem ostremu nieżytowi żołądka i jelit. Mimo tych wątpliwości pozostawiłem przypadki te w zestawieniu, gdyż wszelkie późniejsze wyłączanie przypadków daje pole do niebezpiecznej dowolności. Błędy zresztą podobne będą się zdarzały, jak się to okazuje w naszej statystyce, w obu szeregach i będą się tem samem wyrównywać.

Mniejsze już znaczenie miałoby to, że przypadek pierwszy był powikłany grypą, przypadek 21. prawdopodobnie błonicą, przypadek 26. liszajcem.

Mamy zatem do porównania 18 przypadków leczonych surowicą (mianowicie z rokowaniem I: 4, z II: 7½, III: 5, IV: 1½) i 17 nieleczonych (I: 3, II: 4½, III: 8½, IV: 1). Liczby są zatem mniej więcej równe, a i ciężkością oba szeregi nie różnią się wiele między sobą. Szereg przypadków nieleczonych przedstawia się jednak jako nieco cięższy, gdyż przeważają w nim rokowania III, natomiast między leczonymi przeważają rokowania II.

Śmiertelność wynosi w szeregu leczonym 11·11% (2:18), a mianowicie dla rokowania I: 0, dla II: 0 dla III: 10% (0,5:5), dla IV: 100% (1,5:1,5). W szeregu nieleczonym wynosi ona 17·65% (3:17), mianowicie w I: 0, w II: 22,22% (1:4,5), w III: 11·76% (1:8,5), w IV: 100% (1:1). Liczby te przemawiają pozornie na korzyść surowicy. Jednak trzeba zaznaczyć, że całą tę różnicę wywołał jeden przypadek, mianowicie 19, w którym mimo rokowania II, nastąpiło zejście śmiertelne. Otóż należy podnieść, że jest to jedyny przypadek, który oceniano w pierwszym dniu choroby, kiedy ocenianie na dalszą metę jest wogóle bardzo niepewne.

Gorączka trwała średnio (wyłączono przy obliczeniu przypadki śmierci) w przypadkach leczonych 20, 25 dni (17,56 dni, jeżeli się nie uwzględni przypadłości posurowiczych), mianowicie w I: 19,25 (względnie 16,5 dni), w II: 20,33 (względnie 16,27), w III: 21,0 (względnie 20.22) dni. W przypadkach nieleczonych było średnio 20,86 dni gorączki, mianowicie w I: 25,11, w II: 16,86, w III: 20,93 dni. Liczby te nie przemawiają na korzyść surowicy. Gdyż choćbyśmy nawet pominęli gorączkę, wywołaną chorobą posurowiczą, wychylenie na niekorzyść szeregu nieleczonego wywołane jest tylko dwoma przypadkami 14 i 15. i odbija się tylko w grupie I, gdy natomiast w grupie II i III widzimy zupełną zgodność. Zaś co do długotrwałego stanu

podgorączkowego przypadków 14 i 15., to jest rzeczą wątpliwą, czy był on wywołany sprawami płoniczemi.

Ciepłota średnia w dniu oceny [1]) wynosiła w szeregu leczonym 39,22°, w dniu następnym 38,68°, w dniu trzecim 38,22°, t. j. spadek w ciągu pierwszej doby wynosił 0,54°, w ciągu 2 dób 1,00°. W szeregu nieleczonym ciepłota w dniu oceny wynosiła średnio 38,69°, w dniu następnym 38,09°, w dniu trzecim 37·83°, tj. spadek w ciągu jednej doby wynosił 0,60°, w ciągu dwóch dób 0,86°. Spadek w ciągu pierwszej doby wypada zatem na korzyść przypadków nieleczonych, w ciągu dwóch dób na korzyść leczonych. Jeżeli się jednak zamiast liczb bezwzględnych oznaczy stosunek spadku do wysokości gorączki, biorąc za ciepłotę prawidłową 36·8, otrzyma się jako spadek względny dla szeregu leczonego w ciągu 2 dób 1,00 : 2,42 = 41,3%, dla nieleczonego 0,86 : 1,89 = 45,5%, zatem i tutaj liczby korzystne raczej dla szeregu nieleczonego.

Liczby te dla lepszego przeglądu zestawiam w następującej tabliczce:

	Przypadki leczone		— nieleczone.	
Śmiertelność: ogólna	11·11%		17·65%	
przy rokowaniu I:	—		—	
» » II:	—		22·22%	
» » III:	10·0%		11·76%	
» » IV:	100·0%		100·0%	
Średnie trwanie gorączki —				
ogółem dni:	20·25 (17·56)		20·86	
przy rokowaniu I:	19·25 (16·5)		25·11	
» » II:	20·33 (16·27)		16·86	
» » III:	21·00 (20·22)		20·93	
Średnia ciepłota w dniu oceny	39·22	0·54	38·69	0·60
» » » następ.	38·68 ↓	1·00	38·09 ↓	0·86
» » trzecim	38·22 ↓		37·83 ↓	
Wysokość średniego spadku w ciągu 2 dób w stosunku do średniego wzniesienia w dniu oceny	41·3%		45·5%	

Co do wysypki, to wbrew temu, co wielu autorów podawało, bardzo często (7 : 18) spostrzegano po zastosowaniu surowicy obfitsze występowanie wysypki, mianowicie w przypadkach, w których surowicę zastosowano w 2. dniu choroby. W przypadkach 4. i 29. pojawiła się nawet na tle wysypki obfita prosówka.

Co do częstości powikłań w dalszym przebiegu w obu szeregach, to nie okazują one pod tym względem wybitnej między sobą różnicy. Uwzględniano oczywiście tylko te przypadki, które dotrwały do czasu, w którym dane powikłanie zwykle się pojawia. Co do zmian w gardle uwzględniano wystąpienie w dalszym przebiegu świeżych zmian i utrzymywanie się uporczywe, lub też pogorszenie się zmian stwierdzonych w chwili oceny. Otrzymujemy następujące liczby:

	Przypadki leczone	— nieleczone:
Zmiany w gardle	8 : 17	7 : 15
lekkie zmiany w gruczołach	12 : 17	11 : 15
zropienie gruczołów	1 : 17	—
lekkie zapalenie gruczołów popłonicze	1 : 16	2 : 15
zapalenie ucha środkowego	4 : 16	4 : 14
owrzodzenie w jamie ust i na wargach	2 : 16	2 : 15
zapalenie nerek	1 : 16	—
zapalenie stawów	—	1 : 14

[1]) Obliczano naprzód średnią ciepłotę dnia w poszczególnych przypadkach, lub przyjmowano za taką daną ciepłotę, jeżeli w dniu oceny wogóle ciepłotę raz mierzono. Z tych liczb obliczano średnią arytmetyczną. Wyłączono tylko przypadki, które nie dotrwały do dnia 3.go licząc od dnia oceny.

Porównując oba szeregi, widzimy więc w pewnych zakresach wychylenia mniej lub więcej znaczne na korzyść jednego, to znów drugiego szeregu, wychylenia, mojem zdaniem, przypadkowe, zależne od skąpości materyału. Na ogół jednak oba szeregi są co do dalszego przebiegu zupełnie ze sobą zgodne. O ile się zatem można oprzeć na przedstawionym materyale, ocena wartości leczniczej surowicy Palmirskiego musi wypaść zupełnie ujemnie.

O odruchu drugostronnym na kończynach dolnych u dzieci.

Podał

Dr Józef Brudziński

lekarz naczelny szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Z obszernej dziedziny współruchów (Mitbewegungen), którym poświęcono nawet osobne monografie (Foerster) wyróżnia się, zdaniem wszystkich autorów, współruch drugostronny na kończynach, zwłaszcza na kończynach dolnych. Jeszcze Westphal zwrócił uwagę na szczególnie częste występowanie współruchów po porażeniach połowiczych wieku dziecięcego, zwłaszcza na współruchy identyczne w porażonych kończynach przy ruchach kończyn zdrowych. W rzadkich przypadkach, jak podaje Lewandowsky, każdemu ruchowi po jednej stronie ciała towarzyszy identyczny współruch po stronie drugiej bez względu na to, czy ruch pierwotny powstaje po stronie zdrowej, czy porażonej. Taka obustronna inerwacya stanowi cechę pierwotną ustroju. Noworodek wykonywa przeważnie ruchy i odruchy symetryczne, a nawet już wtedy, gdy dziecko zaczyna wykonywać ruchy dowolne, ta dwustronna symetryczność występuje jeszcze w całej pełni, dziecko przyciąga jednocześnie obie kończyny dolne do brzucha i jednocześnie je wyprostowuje, jednocześnie przygina obie kończyny górne. Powoli ta dwustronność ruchów zanika, zdarzają się jednak, choć niezmiernie rzadko, przypadki, że ta cecha pierwotna pozostaje na całe życie i to u osobników zupełnie prawidłowych. Thomayer, Damsch, Fragstein opisali przypadki, w których przy zamierzonym jakimkolwiek ruchu kończyny górnej lub dolnej, powstawał współruch odpowiedni po stronie drugiej. Osobniki te nie były w stanie zapanować nad tymi współruchami, a więc podczas pisania prawą ręką lewa wykonywała takie same ruchy i otrzymywano kopię pisma prawej ręki; chociaż osobniki te nigdy nie próbowały pisać lewą ręką, pismo wychodziło zupełnie dokładnie. Fragstein wspomina o młodzieńcu, który nie mógł grywać na skrzypcach, gdyż przy przesuwaniu lewą ręką po strunach, z prawej wskutek występowania identycznych współruchów wypadał smyczek.

Foerster i inni mówiąc o współruchach kończyn, nie wyróżniają pod tym względem kończyn górnych i dolnych, tłómacząc współruchy tem, że u dziecka każda półkula mózgowa w polu psychomotorycznem stoi w związku z kończynami po obu stronach.

Wertheimer i Lepage przytaczają na to dowody doświadczalne. Wiadomo n. p., że wycięcie ośrodka koroworuchowego wywołuje zwyrodnienie dróg piramidowych po obu stronach, że drażnienie jednej półkuli mózgowej wywołuje

ruchy nietylko drugostronnej kończyny, lecz i z tej samej strony, i to nawet pomimo wyłączenia, jak to uczynili w swych doświadczeniach autorzy, całej okolicy skrzyżowania *(decussatio)*.

Monakow w sprawie współruchów zaznacza różnicę, jaka zachodzi między kończynami górnemi a dolnemi. Kończyny dolne ze względu na ich użytek głównie do celów lokomocyi, co pociąga za sobą czynność jeżeli nie jednoczesną, to jednak obustronnie symetryczną, mają prawdopodobnie, przynajmniej u człowieka, oddzielne dla każdej z nich ośrodki w każdej półkuli (eine bilaterale corticale Vertretung); co do ośrodków podkorowych w moście dla kończyn dolnych, to nie ulega, zdaniem Monakowa, wątpliwości, że istnieją one obustronnie. Kończyny górne, które rzadko działają obustronnie, najczęściej zaś oddzielnie (wyspecyalizowane ruchy celowe), najprawdopodobniej nie mają ośrodków obustronnych korowych. Na dowód przytacza Monakow fakt, że człowiek z uszkodzeniem jednej półkuli, może porażoną kończynę dolną jeszcze w pewnym stopniu używać do lokomocyi, gdy natomiast porażona kończyna górna jest zupełnie nie do użytku.

Teorye współruchów przypuszczają zatrzymanie rozwoju, czy to wskutek braku ćwiczenia (Müller), czy też wskutek zahamowania (Westphal). Lewandowsky sądzi, iż teorye te, szczególnie dla wytłómaczenia współruchów identycznych, nie wystarczają. Przypuśćmy, że istnieje wrodzona skłonność do inerwacyi identycznych mięśni obustronnie, t. j., że istnieje jakiś związek anatomiczny, łączący ośrodki identycznych mięśni. Gdy jednak chory dotknięty porażeniem połowiczem w wieku paru miesięcy, każdy ruch wielkiego palca może wykonać tylko obustronnie, to przyznać należy, iż jest to tak ścisły związek mięśni identycznych, jakiego w wieku dziecięcym prawidłowo nigdy nie spotykamy. Przypuszczać tu raczej należy wytworzenie się patologicznych trwałych połączeń, nie zaś tylko powrót do warunków fizyologicznych wczesnego okresu dzieciństwa. Nie przeczy temu fakt występowania takich współruchów u osobników zdrowych, o czem wyżej wspomniano (Fragstein), niezmierna bowiem rzadkość tego faktu każe przypuszczać, że i tu mamy do czynienia z jakiemiś zmianami patologicznemi, które zaszły może jeszcze w życiu zarodkowem. Foerster opiera swoją teoryę współruchów na teoryi »stereonów« Storcha. Faktem jest, że z punktu widzenia filogenetycznego wspólność ruchów jest zjawiskiem pierwotnem, pojedyńczość, specyalizacya ruchów zjawiskiem późniejszem, nic więc dziwnego, że właśnie u dzieci przy zaburzeniach czynności mózgu te filogenetycznie starsze czynności występują znowu najjaskrawiej.

Co do miejsca powstawania współruchów, nic pewnego nie wiadomo. W pierwszym rzędzie myśleć tu można o mózgowiu samem, następnie o móżdżku i rdzeniu. Zdaje się, że główną rolę odgrywa tu mózgowie. Foerster przypisuje znaczenie ośrodkom podkorowym, Hitzig, Jaccoud rdzeniowi. Nie można tu nie wspomnieć o doświadczeniach Sheringtona u małp pozbawionych mózgowia. Gdy przednią łapę prawą takiej małpy pogrążono w wodę gorącą, następowało zgięcie w stanie barkowym, łokciowym i garstkowym, trwające 15—20 minut; gdy podczas tego skurczu pogrążyć również do wody gorącej lewą łapę przednią, skurcz w prawej łapie znika, natomiast występuje taki sam skurcz w lewej kończynie.

Najdziwniejsze zjawisko, jak się wyraża Oppenheim, stanowi fakt występowania współruchów przy ruchach biernych i przy podrażnieniu prądem elektrycznym. Ruch jednej kończyny wywołuje tu odruchowo identyczny ruch na kończynie po drugiej stronie. Hoffmann stwierdził u 22-letniej dziewczyny, która przeszła w wieku lat 3 jakąś chorobę mózgu i pozostało jej potem lewostronne porażenie mięśni twarzy, iż przy podrażnieniu elektrycznem panktów ruchowych prawej zdrowej części twarzy, nie otrzymuje się przy słabych prądach żadnej reakcyi, gdy tymczasem reakcya występuje po stronie porażonej. Podrażnienie odpowiedniego punktu po stronie porażonej wywoływało reakcyę tylko po tej samej stronie.

Niektórzy autorzy (Strümpell, Oppenheim, Monakow) spostrzegali w przypadkach porażenia połowiczego lub obustronnego zajęcia dróg piramidowych, że n. p. przy kichaniu, poziewaniu występowały niekiedy w porażonych kończynach wybitne współruchy, nawet wtedy, gdy dowolne ruchy w tych kończynach były zupełnie zniesione.

Takie odruchowe współruchy występują po drugiej stronie przy porażeniach nerwów obwodowych bardzo rzadko. Częściej natomiast przy cierpieniu dróg piramidowych. Leyden wspomina, że w przypadkach świeżego porażenia połowiczego, gdy kończyna dotknięta nie może wykonywać żadnych ruchów, kilkakrotne ukłucia szpilką w podeszwę kończyny porażonej nie wywołują żadnego odczynu po tej stronie, ale za to występują niekiedy wyraźne ruchy po stronie zdrowej. Foerster potwierdzając ten fakt, nie uznaje odruchowego charakteru powyższego zjawiska. Tłómaczy to w ten sposób, iż chory na ukłucia szpilką stara się usilnie, choć bezskutecznie, wykonać ruchy samoobrony kończyną chorą i że wskutek tego wzmożonego wysiłku następuje wzmożona inerwacya i współruch na kończynie zdrowej. Natomiast uznaje Foerster odruchowy charakter współruchów, występujących na drugostronnej kończynie przy biernych ruchach na jednej kończynie i nazywa je nawet odruchowymi współruchami (Reflexmitbewegungen). Foerster spostrzegał to zjawisko i na kończynach dolnych, mianowicie w jednym przypadku kurczowego porażenia rdzeniowego zgięcie podeszwowe stopy na jednej kończynie wywoływało wyprostowanie się (zgięcie tylne) palucha nietylko po tej samej stronie, lecz i po stronie przeciwnej (Babinski Contralateral). Również uderzenie ścięgna mięśnia czworogłowego na jednej kończynie wywoływało skurcz tegoż mięśnia i po drugiej stronie.

Korniłow nie uznaje odruchowości takich współruchów. Zdaniem jego uderzanie po ścięgnie z jednej strony przenosi się nie przez rdzeń, lecz przez kości miednicy na kości kończyny drugostronnej; przez ten wstrząs powstaje skurcz mięśni.

Objaśnienie to pozostaje odosobnione. Przeczy mu fakt, iż drugostronny odruch przy uderzeniu ścięgna rzepkowego powstaje tylko w stanach chorobowych, nigdy zaś u zdrowych ludzi. W przeciwieństwie do Korniłowa twierdzi Gibson, iż odruch kolanowy po tej samej stronie jest wynikiem bezpośrednim podrażnienia, — uderzenia ścięgna, prawdziwym zaś odruchem przeprowadzonym przez rdzeń jest odruch, występujący na drugostronnej kończynie. Gibson opiera się na wynikach swych doświadczeń co do czasu występowania tych odruchów po podrażnieniu,

z których się okazuje, iż odruch po tej samej stronie występuje już w 0,025 sekundy, gdy odruch drugostronny dopiero w 0,110 sekundy.

Sprawą współruchów u dzieci zająłem się z powodu następującego przypadku, w którym zauważyłem odruch drugostronny przy ruchach biernych jednej kończyny.

Przy badaniu dziecka 9-miesięcznego, przyjętego do szpitala z powodu wynędznienia ogólnego, datującego się od 6 miesięcy, oprócz zmian gruźliczych w płucach, tłómaczących zwalniający typ ciepłoty i ogólnego zaniku, zauważyłem następujące zmiany w sferze nerwowej: Obwód głowy 41,2 ctm. Ciemiączko jeszcze nie zarośnięte. Przy płaczu wyraźnie się uwydatnia lewostronne porażenie nerwu twarzowego. Zez zbieżny. Odruch brzuszny zachowany tylko po stronie prawej, po lewej zniesiony. Odruch Babińskiego na lewej kończynie dodatni, na prawej występuje niestale. Odruchy kolanowe żywe. Kończyna lewa dolna okazuje wyraźny niedowład, pewne tylko ruchy są zachowane. Kończyna górna lewa pozostaje stale w niezupełnem przywiedzeniu (addukcyi) i całkowitem zgięciu; po wyprostowaniu forsownem wraca do powyższego położenia, wykonując szereg ruchów o charakterze drgawkowym (klonicznym). Ruchy te, jak zauważono później, występują i samodzielnie, gdy dziecko samo porusza rączką. Piąstka zaciśnięta. Przy badaniu odruchów na kończynach dolnych, gdy zauważono niedowład kończyny lewej, zgięto kończynę prawą dla przekonania się, w jakim stanie napięcia się znajduje. Gdy zgiętą już w stanie kolanowym kończynę prawą zgiąłem dość mocno jeszcze w stawie biodrowym, przycisnąwszy prawie przednią powierzchnię uda do brzucha, zauważyłem, iż kończyna lewa, którą poprzednio ułożyłem zgiętą w kolanie, odruchowo się wyprostowała. Powtórzyłem to kilkakrotnie, za każdym razem wynik był ten sam: zgięta poprzednio w stanie kolanowym i biodrowym kończyna lewa, z chwilą przygięcia kończyny prawej do brzucha, wyprostowywała się natychmiast, przyczem ruch ten nosił wszelkie cechy odruchu, następował bezpośrednio po zgięciu prawej kończyny. Powtórzyłem to samo naodwrót, układałem prawą kończynę w zgięciu w obu stawach i przyginałem kończynę lewą — odruch ten na kończynie prawej nie występował. Badanie układu nerwowego stwierdziło dalej: szpara oczna lewa szersza od prawej. Nerwy gałki ocznej nie porażone. Badanie dna oka nie wykryło żadnych zmian. Źrenice obie oddziaływają na światło, lewa szersza od prawej. Język w jamie ustnej ułożony równo, nie zbacza. Przy połykaniu dziecko nie krztusi się. Czucie zachowane. Po zauważeniu wspomnianego wyżej odruchu badałem dziecko specyalnie pod tym względem.

Kończyna lewa zachowuje długo położenie, jakie jej nadać, n. p. można ją odprowadzić bardzo daleko i zgiąć w kolanie, dziecko porusza wtedy tylko nogą prawą; jeżeli jest niespokojne, lewa kończyna w tem położeniu pozostaje; gdy kłuć lub łechtać kończynę lewą, dziecko krzyczy i porusza kończyną prawą. Wyprowadza się z takiego sztucznego ułożenia nogę lewą natychmiast, gdy przygiąć do brzucha nogę prawą. Odruch ten spostrzegałem od 11. maja, występował codziennie aż do 29. maja. Stan dziecka pogarsza się wciąż, na wadze ubywa. W płucach zmiany wzmagają się; powiększenie gruczołów podpachowych i pachwinowych.

18. V. Stopy chłodne, lewa stopa jakgdyby nieco obrzękła. Lewa kończyna dolna w dalszym ciągu niedowładna. Odruch zauważony, jak przedtem.

Drażnienie podeszwy kończyny prawej nie wywołuje wyprostowywania się kończyny lewej. Kończyna lewa górna stale przykurczona. Ruchów drgawkowych, spostrzeganych przedtem, nie widać.

21. V. Wyprostowywanie się kończyny dolnej lewej po forsownem zgięciu w stawie biodrowym prawej trwa w dalszym ciągu, odruch ten nie jest już jednak tak szybki, jak był poprzednio, dokonywa się powoli, leniwie, kończyna lewa w stanie kurczowego niedowładu, przy ukłuciu lewej dziecko porusza prawą. Odruch kolanowy na kończynie lewej wywołuje się leniwie w porównaniu ze stroną prawą, gdzie jest bardzo żywy. Przy zgięciu forsownem lewej kończyny prawa się nie wyprostowuje.

24. V. Odruch na kończynie prawej, jak przedtem. Odruch Babińskiego na lewej kończynie wyraźnie dodatni, na prawej ujemny. Lewą kończyną dziecko wykonywa czasami nieznaczne ruchy, n. p. po ukłuciu szpilką, ale nieraz ruch spaźnia się. Objawu Kerniga niema.

27. V. Odruch opisany na lewej kończynie dodatni, na prawej, jak i przedtem, nie występuje, ale przy zginaniu lewej kończyny zauważono, iż jednocześnie zgina się i prawa.

28. V. Odruch drugostronny z wyprostowaniem na lewej nodze bardzo leniwy, czasami wcale nie daje się wywołać.

29. V. Odruch drugostronny z wyprostowaniem na lewej nodze nie daje się wywołać wcale, odruch drugostronny ze zgięciem na prawej nodze występuje natomiast wyraźnie, t. j. przygięcie lewej kończyny wywołuje odruchowe przygięcie kończyny prawej.

30. V. Odruch drugostronny z wyprostowaniem nieobecny. Odruch drugostronny ze zgięciem, wyraźny na kończynie prawej.

Odruch Babińskiego na lewej nodze wyraźnie dodatni; przeciwnie na prawej wyraźnie ujemny, wyraźne zgięcie podeszwowe.

31. V. Odruchy jak wczoraj. Odruchy kolanowe na obu kończynach żywe, na prawej żywszy. (21. V. na lewej odruch kolanowy bardzo leniwy).

2. VI. Odruch Babinskiego na lewej dodatni, na prawej ujemny. Przykurczenie lewej nogi wywołuje przykurczenie prawej, przykurczenie zaś kończyny prawej nie wywołuje przykurczenia lewej. Lewa kończyna w stanie kurczowo-poraźnym, gdy ją wyprostować i drażnić podeszwę, przykurczenie samodzielne nie występuje.

5. VI. Odruchu brzusznego po stronie lewej brak. Odruch drugostronny identyczny (ze zgięciem) na kończynie prawej obecny, odruch drugostronny odwrotny (z wyprostowaniem) na kończynie lewej nieobecny.

Następnych dni objawy te same. 11. VI. Dziecko w stanie ostatecznego wycieńczenia zabrała matka do domu, gdzie w parę dni zmarło.

W przypadku tym z objawami porażenia połowiczego u dziecka z wybitnie zacofanym rozwojem, stwierdziliśmy podwójnego rodzaju odruchowy współruch drugostronny. Z początku przykurczenie kończyny zdrowej wywołuje wyprostowanie się kończyny chorej, w dalszym przebiegu przykurczenie kończyny chorej wywołuje przykurczenie kończyny zdrowej, czyli w pierwszym wypadku współruch drugostronny odwrotny, w drugim — identyczny. W przypadku tym podnieść również należy, iż ukłucie nogi porażonej nie wywołuje oddziaływania po tej samej stronie, lecz dziecko porusza wtedy energicznie kończyną drugą. O występowaniu współruchu odwrotnego wspomina F o e r s t e r, spotykał go jednak wogóle rzadko i to przeważnie na kończynach górnych; występowanie tego zjawiska na kończynach dolnych uważa za bardzo rzadkie; przytem wspomina F o e r s t e r tylko o współruchach odwrotnych w mięśniach tej samej kończyny, nie wspomina zupełnie o współruchu odwrotnym drugostronnym.

Podjęte przez nas dla sprawdzenia badanie szeregu dzieci w okresie niemowlęctwa i dzieci starszych, stwierdziło brak wspomnianych objawów; w żadnym przypadku u dziecka zdrowego nie było ani drugostronnego identycznego, ani drugostronnego odwrotnego współruchu. — Próbowano wywoływać również współruch drogostronny identyczny, wy-

prostowując zgiętą poprzednio kończynę dla przekonania się, czy kończyna druga nie wyprostuje się również; w żadnym przypadku nie stwierdzono objawu tego u zdrowych dzieci. Twierdzić więc można z pewnością, że wspomniane odruchowe współruchy występują li tylko w stanach patologicznych i że nie odgrywa tu przedewszystkiem żadnej roli przenoszenie się tych ruchów przez kości miednicy (Korniłow). Badania dalsze dostarczyły mi nowych spostrzeżeń.

Zygfryd J., 1½ roku, oddany do szpitala z powodu ogólnego zacofania rozwoju, nie mówi, nie chodzi, nie siedzi. Nie odróżnia matki od innych kobiet, wcale się nie bawi. Leży apatyczny. Budowa i odżywienie nadzwyczaj upośledzone, waga 5650. Skóra blada, brak podściółki tłuszczowej podskórnej, obwód głowy 43,7. Ciemiączko 6×5 ctm. Szwy ziejące. Ma dopiero 6 zębów.

Odruchy kolanowe dają się wywołać. Obie kończyny dolne w stanie jakgdyby kataleptycznym zachowują nadane im położenie, kończyna lewa jeszcze w większym stopniu, niż prawa. W lewej czucie osłabione w porównaniu z prawą. Lewa kończyna górna w stanie kurczowo-poraźnym. Objaw Chwosteka po stronie lewej wyraźny. Na lewej kończynie objaw Babińskiego obecny. Jeżeli prawą kończynę przykurczyć w stawie biodrowym, a lewą forsownie wyprostować z poprzedniego przykurczenia, to prawa kończyna odruchowo dość szybko się wyprostowuje. Tego samego dnia, t. j. 22. V. wieczorem, przy skurczeniu prawej kończyny, a następnie lewej, prawa wyprostowuje się odruchowo (zupełnie, jak u Franciszki M., poprzednio opisanej).

25. V. Odruch drugostronny można wywołać na obu kończynach dolnych. Przykurczenie kończyny prawej po poprzedniem przykurczeniu nogi lewej, wywołuje wyprostowanie się kończyny lewej (nie następuje to, gdy kończyna lewa przegiętą jest nadmiernie w stawie biodrowym). Prawa wyprostowuje się nawet z tego położenia, gdy lewą kończynę przykurczyć i następnie forsownie wyprostować. Lewa nawet w tych warunkach nie wyprostowuje się. Na prawej kończynie jest odruch drugostronny wogóle daleko żywszy, niż na lewej. Objaw Babińskiego na lewej kończynie wyraźny, na prawej ujemny. Lewa kończyna górna stale przygięta w łokciu, zaciśnięta w piąstce, w stanie kurczowym. Po forsownem wyprostowaniu powraca w tej chwili do poprzedniego położenia, wykonując lekkie ruchy drgawkowe. Prawą kończyną dolną dziecko wykonywa pewne ruchy, n. p. zgięcie w kolanie, lewa prawie zawsze leży bezwładna. Gdy wziąć dziecko w położeniu poziomem na ręce, całe staje się sztywne, jak struna, kończyny wyprostowane.

27. V. Lewa kończyna górna w stanie kurczowym (spastycznym), prawa wolna. Lewa kończyna dolna więcej przykurczona, niż prawa. Odruch kolanowy na prawej kończynie żywszy, niż na lewej. Objaw Babińskiego dodatni na obu kończynach. Odruch drugostronny odwrotny (wyprostowanie) daje się wywołać tylko na kończynie prawej, na lewej wcale nie. Przez cały czas odruchu drugostronnego identycznego na żadnej kończynie nie otrzymano.

Wycieńczenie ogólne posuwa się szybko. 28. V. zejście śmiertelne.

W przypadku tym był tylko współruch drugostronny odwrotny, identycznego, jak w poprzednim przypadku, nie otrzymywaliśmy, t. j. przykurczenie bierne jednej kończyny nie wywoływało przykurczenia drugiej. Natomiast zauważono współruch identyczny z wyprostowaniem, mianowicie, gdy ułożono obie kończyny dolne zgięte w kolanie i odprowadzone w stawie biodrowym i gdy lewą kończynę forsownie wyprostowano, prawa kończyna odruchowo dość szybko się wyprostowywała.

W przypadku tym z niedorozwojem ogólnym i niedorozwojem mózgu (obwód głowy 43·7, zamiast 46·7), współruchy występują na obu kończynach dolnych z przewagą kończyny prawej. Prawą kończyną dziecko może wykonywać nieznaczne ruchy dowolne, jak zgięcie lekkie w kolanie, lewą zupełnie nie porusza. Wywołane współruchy występują dość żywo, żywiej jednak na kończynie prawej.

Następne cztery przypadki dotyczą również dzieci z ogólnym niedorozwojem.

Lejbuś B., 2 lata. Nie chodzi, nie siedzi, nie mówi. Niema zębów. Budowa bardzo drobna, wyglądanie dziecka kilkomiesięcznego, odżywienie bardzo upośledzone. Waga 6,260 (waga dziecka półrocznego). Obwód głowy 46½ (zamiast 48). Ciemiączko wielkie niezarośnięte. Ziejące szwy węgłowe. Odruchy kolanowe żywe. Odruch Babińskiego ujemny. Kończyny dolne bez przykurczeń, raczej wiotkie, ruchy kończynami dolnemi wykonywa dziecko zupełnie swobodnie. Współruch drugostronny identyczny (zgięcie) występuje na obu kończynach. Współruchu odwrotnego (wyprostowanie) brak.

Waleryan S., 1½ roku. Dwoje rodzeństwa umarło na gruźlicę, matka dogorywa na gruźlicę. Ząbki zaczęły się wyrzynać po roku. Nie chodzi, nie siedzi, nie mówi. Obwód głowy 46 cm. Ciemiączko zarośnięte. Lewą nogę można ustawić w zupełnem zgięciu w stawach kolanowym i biodrowym i stopę na zewnątrz odwrócić, dziecko pozostawia nogę w tem położeniu dość długo, natomiast prawą w tej chwili z tego położenia wyprowadza. Na kończynie lewej powstaje odruch drugostronny ze zgięciem, t. j. przykurczenie prawej wywołuje przykurczenie lewej.

Olga Z., 3 lata. Nie chodzi, nie mówi, siedzi dobrze. Przechodziła podobno płonicę. Obecnie zapalenie ucha środkowego i próchnienie wyrostka sutkowego. Budowa bardzo drobna. Waga 8 kg., zamiast 14 kg. Długość ciała 73½ cm., zamiast 88. Obwód klatki piersiowej 44½ cm., zamiast 49. Wybitne oznaki krzywicy na kośćcu. Odruchy kolanowe żywe. Objaw Babińskiego dodatni obustronnie. Dolne kończyny w stanie kurczowym (spastycznym). Odruch drugostronny z wyprostowaniem występuje wyraźnie po lewej stronie. Mięśnie kończyny dolnej lewej na goleni w stanie zaniku, tuż pod kolanem, na łydce, pod łydką i nad stawem skokowym, wymiary lewej kończyny wynoszą 14½, 14, 12, 10½, prawej 15, 15, 13, 11½. Pod łydką lewą widoczna blizna. Stopa lewa zawsze w stanie forsownego zgięcia podeszwowego, przeciągnięta ku zewnątrz. Dziecko podtrzymywane za rączki stoi, samo stać nie może. Kończyny dolne odprowadza się w stawach biodrowych z trudnością. Objaw twarzowy dodatni. *Laryngospasmus*. Objaw Trousseau nie występuje. 29. V. t. j. w 2 dni potem: Odruch drugostronny z wyprostowaniem występuje wyraźnie po stronie lewej.

Władek K., 2 lata. Nie siedzi, nie mówi, czasami trochę się bawi, objawia bardzo mało inteligencyi, nie odróżnia matki od osób obcych. Budowa drobna (waga 9 kg.), odżywienie dobre. Obwód głowy 43 cm. (zamiast 48). Ciemiączko zarośnięte. Nie siedzi, głowy sam nie podnosi. Twarz bez wyrazu. Czasami próbuje chwycić podawany przedmiot, lecz wykonywa tylko nieskojarzone ruchy. Kończyny dolne w stanie kurczowym (spastycznym). Odprowadzanie w biodrach natrafia na duży opór. Odruchy kolanowe wzmożone. Odruch Babińskiego na prawej kończynie występuje stale, na lewej nie stale. Odruch drugostronny ze zgięciem występuje na obu kończynach. Wyprostowanie forsowne kończyny prawej wywołuje i wyprostowanie poprzednio przykurczonej lewej. Na prawej objaw ten nie występuje; wogóle zaś nie jest stałym i na lewej. Przykurczenie występuje stale.

Irenka S., 13 mies. Mongołowatość. Dziecko bardzo zacofane w rozwoju, waga 4,300 (zamiast 9 kg.). Obwód głowy 40 cm., długość ciała 61 cm. Nie siedzi, leży zwykle bezwładnie, rączki zarzucone ku górze. Wygląda jak dziecko dwumiesięczne. Zębów nie ma wcale. Objawów krzywicy brak. Typowe objawy mongołowatości: oczy skośne, zmarszczka nakątna (*epicanthus*), szeroka przestrzeń międzyoczna; gdy dziecko płacze, usta się niezmiernie rozszerzają, twarz staje się wstrętnie brzydką. Kończyny dolne w stanie kurczowym. Odruch drugostronny odwrotny (wyprostowanie) występuje na obu kończynach. Dziecko przez 4 miesiące brało tyreoidynę. Po upływie czterech miesięcy przy badaniu stwierdzono brak kurczowego stanu kończyn, kończyny nie stawiają żadnego oporu przy zginaniu biernem. Na uwagę zasługuje, iż wtedy i odruchu drugostronnego nie stwierdzono.

Zaznaczyć tu muszę, iż w przypadkach powstrzymania rozwoju, nieraz bardzo wybitnego, powstałego wyłącznie wskutek krzywicy, odruchu drugostronnego nie otrzymywano tak, że tu wchodzą w grę inne czynniki, — nietylko wstrzymanie rozwoju, — inaczej bowiem u dzieci takich występowałyby stale współruchy, jako objaw stanu pierwotnego, tymczasem występują one rzadko, a więc muszą powstawać wskutek jakichś warunków chorobowych. Badanie szeregu dzieci, poczynając od pierwszych tygodni życia, przekonało nas, iż istnieje u nich tylko parzystość ruchów,

jak o tem na początku wspominaliśmy, brak natomiast odruchu drugostronnego zarówno identycznego, jak odwrotnego. Więcej światła na istotę tego odruchu rzucają te przypadki, w których występuje on u dzieci z określoną postacią chorobową nerwową, n. p. w chorobie Littlea, pląsawicy, jak również w większym jeszcze stopniu w ostrych cierpieniach z udziałem układu nerwowego, jak zapalenia opon nagminnego, gruźliczego i surowiczego, meningizmu w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego górnego płatu. Na uwagę zasługują również przypadki małogłowia i tępoty (idyotyzmu).

W 2 przypadkach pląsawicy, jakie w tym czasie spostrzegałem, nie stwierdziłem na kończynach dolnych odruchu drugostronnego, ani identycznego, ani odwrotnego.

W pląsawicy obok ruchów mimowolnych, cechujących ją, zauważyć można we wszystkich prawie przypadkach (Foerster) mniej lub więcej wyrażone współruchy. Występują one też i drugostronnie; gdy n. p. polecić dziecku uścisnąć się za rękę, to na drugiej kończynie występuje wyraźne zaciśnięcie palców. W przypadkach pląsawicy połowiczej taki współruch występuje zawsze po stronie chorej, gdy się zaciska pięść zdrowej ręki; zaciśnięcie chorej ręki współruchu po stronie zdrowej nie wywołuje (Foerster).

W jednym przypadku tężca noworodków u dziecka 2-tygodniowego nie otrzymano odruchu drugostronnego, ani identycznego, ani odwrotnego.

Z 8 przypadków zapalenia opon na podstawie mózgu w 6 stwierdzono odruch drugostronny identyczny, w 1 — odwrotny, w jednym nie stwierdzono odruchu wcale. Z zastrzeżeniem, że rozpoznanie ustalone było, oprócz cech klinicznych i na zasadzie nakłucia lędźwiowego, w niektórych badania pośmiertnego, pominę tu opis przypadków, zaznaczę tylko niektóre szczegóły, stojące w ściślejszym związku z odruchem drugostronnym. W niektórych przypadkach odruch drugostronny występował obustronnie, w paru tylko jednostronnie. Wszystkie przypadki spostrzegano w szpitalu przez czas dłuższy.

Władzio A., 7 lat. *Meningitis basilaris*. Odruch kolanowy na prawej kończynie bardzo żywy, na lewej — leniwy. Odruch Babińskiego na prawej kończynie wybitny, na lewej ujemny. Porażenie nerwu twarzowego prawego. Odruch drugostronny identyczny (zgięcie) na obu kończynach, żywszy (przy badaniu kilka dni z rzędu) na prawej kończynie.

Janina D., 3 lata. *Meningitis tbc.*, trzeci tydzień choroby. Źrenica lewa szersza od prawej, fałd nosowy po stronie lewej wygładzony, lewy kąt ust opuszczony ku dołowi. Lewa kończyna górna zgięta w stawie łokciowym, dłoń kurczowo zaciśnięta, prawą ręką wykonywa ruchy, podobne do atetotycznych. Lewa kończyna dolna wyprostowana, w stanie kurczowym, stopa w położeniu końskoszpotawem. Objaw Babinskiego na prawej kończynie dolnej bardzo wybitny, daje się wywołać przez podrażnienie podeszwy i przez zginanie całej kończyny przy następnem jej wyprostowaniu. Odruch kolanowy na prawej nodze zachowany, na lewej nie daje się wywołać. Odruch drugostronny identyczny występuje tylko po stronie lewej i to słaby; noga lewa nie przykurcza się w stawie biodrowym po przykurczeniu biernem nogi prawej, lecz zgina się wyraźnie w stawie kolanowym. Zgięcie bierne kończyny dolnej lewej w stawie kolanowym udaje się ze znacznym trudem, na kończynę prawą co do współruchu nie wpływa to wcale. Odruch drugostronny odwrotny (wyprostowanie) nie daje się wywołać ani na lewej, ani na prawej kończynie dolnej.

Chłopiec, 7 lat. *Meningitis basilaris*. (3 tydzień). Odruch drugostronny identyczny daje się wywołać na obu kończynach dolnych.

Miecio J., 3½ lat. *Meningitis basilaris*. Odruchy kolanowe dają się wywołać tylko po stronie prawej. Objaw Babińskiego dodatni na kończynie prawej. Kończyna dolna lewa w stanie wybitnie kurczowym tak, że zgięcie udaje się z wielką trudnością, natomiast zgięcie prawej kończyny wywołuje natychmiastowe zgięcie kończyny lewej. Mamy więc tu wybitny odruch drugostronny identyczny na kończynie lewej, na kończynie prawej odruch ten nie występuje, brak po obu stronach odruchu drugostronnego odwrotnego.

Henio F., 4 lata. *Meningitis basilaris*. 7. IX. Odruchy kolanowe leniwe. Objaw Babińskiego ujemny. Objaw Kerniga średniego stopnia. Odruch drugostronny identyczny (zgięcie) daje się wywołać na obu kończynach, żywszy na prawej. Na prawej kończynie występuje odruch drugostronny odwrotny dość słaby. 8. IX. Odruch drugostronny identyczny (zgięcie) na obu kończynach. 9. IX. Obraz zapalenia opon podstawy mózgu zarysowuje się coraz wyraźniej. Odruchy kolanowe nie dają się wywołać. Odruch drugostronny identyczny nie występuje wcale, odruch odwrotny (wyprostowanie) występuje na kończynie prawej, dość jednak leniwie; kończyna z położenia przygiętego w stawie biodrowym i kolanowym wyprostowuje się powoli, po zgięciu kończyny lewej.

Konrad S., 3 l. *Meningitis basilaris* (potwierdzone sekcyą). Nieprzytomny, podniecony, bolesność karku, niedowład lewego nerwu twarzowego. Ręce w ustawieniu szponowatem (*en griffe*). Odruchy kolanowe żywe. Objaw Babińskiego dodatni obustronnie. Odruchy brzuszne zniesione. Odruch drugostronny ze zgięciem dodatni na obu kończynach.

Mania M., 8 lat. *Meningitis basilaris*. Objaw Kerniga wyraźny, odruchy kolanowe bardzo żywe. Odruchu drugostronnego zarówno identycznego, jak odwrotnego brak. Objawu Babińskiego brak. Badanie przez kilka dni następnych daje ten sam wynik.

W jednym przypadku u chłopca 12-letniego, u którego za życia były objawy zapalenia opon na podstawie mózgu, a na sekcyi znaleziono ropień mózgu w półkuli prawej w zrazie czołowym, nie stwierdzono, pomimo kilkakrotnych badań, ani odruchu drugostronnego identycznego, ani odwrotnego.

W 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, stwierdzonych badaniem bakteryologicznem, odruch drugostronny identyczny występował na obu kończynach, odwrotnego brak było w obu przypadkach.

Hela R., 5½ lat. *Mening. cerebrosp. epid.* Piąty tydzień choroby. 4. VI. 1907. Odruchy kolanowe żywe. Objaw Kerniga wybitny. Objaw Babińskiego dodatni na obu kończynach. Silny tężec tylny. Gdy dziecku kończyny dolne wyprostować, można drażnić nawet dość silnie podeszwy i nie wywołuje się skurczenia żadnej kończyny. Natomiast odruch drugostronny identyczny (zgięcie) występuje na obu kończynach: odruchu odwrotnego (wyprostowanie) brak. Te same wyniki badania dni następnych. (12. VI. śmierć).

Dziecko 5 mies. *Mening. cerebr. epid.* Czwarty tydzień. Wybitny tężec tylny. Kończyny dolne w stanie kurczowym. Odruch drugostronny identyczny (zgięcie) daje się wywoływać na obu kończynach.

W przypadku surowiczego zapalenia opon (Kazia S., 4 lata) o przebiegu więcej przewlekłym z zejściem zupełnie pomyślnem — odruch drugostronny identyczny (zgięcie) ustąpił wraz z polepszeniem sprawy.

Odruch drugostronny identyczny (zgięcie) daje się wywołać na obu kończynach, na lewej żywszy; odruchu drugostronnego odwrotnego (wyprostowanie) brak. Odruchy kolanowe bardzo żywe, bardzo wybitny objaw stopowy (Fussclonus). W 2 dni potem odruch ze zgięciem nie daje się wywołać, kończyny zginają się łatwo; w godzinę potem kończyny w stanie wybitnie kurczowym, wtedy też odruch drugostronny — żywy. Przez następne 4 dni odruch udawało się wywoływać wyraźnie na kończynie prawej, na lewej występował leniwie. Po spadku ciepłoty t. j. 28. VIII. w 8 dni od pierwszego badania, odruch na kończynie prawej jeszcze się daje wywołać, ale nie stale i leniwie. Następnych dni odruchu brak. Dziecko powoli powróciło do zupełnego zdrowia, zaczęło chodzić, mówić.

W przypadku następującym odruch drugostronny identyczny wystąpił w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc w górnym płacie, przebiegającego z objawami mózgowymi.

Aniela J., 3 lata. *Pneum. croup. lobi super. dextri.* Bolesność karku. Wybitny objaw Kerniga. Odruchy kolanowe żywe. Dermografia. Źrenice równe, oddziaływają na światło. Tętno miarowe. Odruch drugostronny identyczny na kończynie lewej, kończyna ta stawia większy opór przy zginaniu, niż prawa. W 3 dni potem ciepłota spadła przełomowo, stan ogólny polepszył się znacznie. Odruch drugostronny można wywołać jeszcze na lewej kończynie, ale tylko w postaci przygięcia w stawie kolanowym i posunięcia stopą. Odruch kolanowy na lewej kończynie daje się wywołać. W 4 dni potem odruchu drugostronnego nie stwierdza się, to samo dni następnych.

W jednym przypadku choroby Littlea, w tym czasie spostrzeganym, występował bardzo wybitnie odruch drugostronny odwrotny (z wyprostowaniem).

Regina W., 9 lat. *Morbus Littlei.* Stan kurczowy kończyn, zwłaszcza dolnych, szczególniej kończyny dolnej prawej. Chód typowy kurczowoporaźny. Odruchy kolanowe bardzo żywe. Objaw Babińskiego na obu kończynach wybitny, zwłaszcza na prawej. Odruch drugostronny odwrotny (z wyprostowaniem) wywołuje się na prawej kończynie wybitnie: przez zgięcie kończyny lewej, zgięta poprzednio kończyna prawa bardzo żywo się wyprostowuje. Odruchu drugostronnego identycznego (ze zgięciem) brak na obu kończynach.

Foerster spostrzegał w jednym przypadku choroby Littlea bardzo wybitne współruchy. Gdy chłopiec podawał prawą rękę, występowały współruchy prawie we wszystkich mięśniach: lewe ramię odwodziło się, przedramię zginało, palce wyprostowywały, nogi podnosiły się, głowa opadała naprzód, twarz się wykrzywiała, język wykonywał jakieś mlaskania. Gdy chłopiec podnosił jedną nogę, podnosiła się jednocześnie i prawie do tej samej wysokości druga noga, czyli występował współruch identyczny. O zachowaniu się kończyn przy ruchach biernych w tym przypadku Foerster nie wspomina.

Pozostaje omówić dwa przypadki małogłowia i tępoty umysłowej *(idiotismus)* u dzieci, siedmioletniego i czteroletniego, w których odruch drugostronny identyczny (ze zgięciem) i parzystość ruchów kończyn dolnych występowały bardzo wybitnie.

Olga M., 7 lat. Rozwój fizyczny ogólny dziecka półtorarocznego. Nie chodzi, nie stoi. Siedzi sama. Obwód głowy 43 cm. (zamiast 51 cm.). Kształt głowy odrazu wpada w oczy. Dziecko nie mówi nic, zachowuje się zupełnie jak dzikie zwierzątko; przelatujące muchy stara się chwytać ustami. Czoło nizkie i oprócz tego zarośnięte w znacznej części włosami. Wpadają w oczy dwa ogromne kły w dolnej szczęce. Ręce i nogi sprawiają wrażenie pletw wskutek zrośnięcia skóry nad drugim i trzecim, czwartym i piątym palcem. Dziecko palcami nóg wykonywa sprawnie wszelkie czynności, chwyta tasiemkę i przesuwa ją pomiędzy palcami nóg, doskonale trzyma pióro pomiędzy paluchem i resztą palców nóg. Kończyny dolne w stanie kurczowym. Odruchy kolanowe żywe. Odruchu Babińskiego brak. Drażnienie podeszwy jednej kończyny wywołuje stale przykurczenie obu kończyn dolnych, kończyny górne oddziaływają na podrażnienie każda za siebie. Przygięcie jednej kończyny wywołuje stale przygięcie drugiej t. j. odruch drugostronny identyczny (ze zgięciem) dodatni. Odruch drugostronny odwrotny (z wyprostowaniem) nie daje się wywołać.

W przypadku drugim dane są bardzo podobne. Władzio R., 4½ lat. Nie mówi, nie stoi, nie chodzi. Siedzi sam. Kształt czaszki: mało-długogłowie (*mikro-dolichocephalia*). Prawa strona w okolicy ciemieniowej więcej wypuklona. Obwód głowy na wysokości czoła 45 cm., od ucha do ucha 32 cm. W kończynach górnych ani dolnych niema stanu kurczowego. Wszelkie ruchy bierne na kończynach dolnych dają się wykonywać bez oporu. Odruchy kolanowe dość żywe. Objaw Babińskiego daje się wywołać niestale. Odruchy brzuszne zachowane. Odruch drugostronny identyczny (ze zgięciem) bardzo wybitny i stały na obu kończynach. Ukłucie podeszwy którejkolwiek kończyny dolnej wywołuje stale jednoczesne przygięcie obu kończyn.

Foerster wspomina ogólnikowo, że u osobników z zacofanym rozwojem umysłowym, n. p. idyotów, dość często stwierdza się współruchy przy ruchach dowolnych, nawet gdy brak wszelkich zaburzeń ruchowych. O współruchach przy ruchach biernych Foerster nie wspomina. Oppenheim uważa wogóle występowanie współruchów za oznakę zwyrodnienia; z poglądem tym zgadza się występowanie współruchów w części tylko naszych przypadków. Zresztą Oppenheim nie mówi o współruchach odruchowych, ale o współruchach przy ruchach dowolnych.

Jak widzimy z szeregu przytoczonych przypadków, zauważony przez nas odruch drugostronny występował przeważnie jako odruch identyczny, rzadziej jako odruch drugostronny odwrotny. W opisie przypadków uwzględniłem szczegółowo samą technikę badania, która jest zresztą niezmiernie prosta. Strzedz się tylko należy przyjmowania ruchów dowolnych drugą kończyną w razie niespokojnego zachowania się dziecka, za odruch; kilkakrotne sprawdzenie zawsze od omyłki uchroni. Pozostaje mi omówić znaczenie kliniczne zauważonego odruchu.

O ile stwierdzenie tego odruchu w przypadkach z ogólnem zacofaniem rozwoju, a zwłaszcza rozwoju mózgu, przytoczonych na początku, posiada raczej teoretyczne znaczenie, o czem już była mowa, o tyle występowanie odruchu drugostronnego w przebiegu zapalenia opon nagminnego i gruźliczego, meningizmu przy szczytowem zapaleniu płuc, może na równi z innymi znanymi już objawami przyczynić się do ułatwienia rozpoznania.

Występowania objawu tego w przebiegu niektórych cierpień, jak surowicze zapalenie opon, meningizm przy zapaleniu płuc i znikanie wraz z ustąpieniem objawów zajęcia opon i w przypadku mongołowatości wraz z ustąpieniem kurczowego stanu kończyn, posiadać musi znaczenie i dla sprawy powstawania współruchów wogóle. U żadnego z autorów, zajmujących się sprawą współruchów, nie znajdujemy wzmianki o występowaniu przejściowem współruchów w takich warunkach, co się tłomaczy tem, iż wogóle w żadnej z prac oprócz luźnych wzmianek nie znajdujemy dokładniejszego omówienia tych współruchów odruchowych drugostronnych, t. j. powstających drugostronnie przy ruchach biernych po jednej stronie na kończynach dolnych. Sprawa ta, sądzę, po zwróceniu na nią uwagi, może się doczeka dokładniejszego niż dotąd tłomaczenia ze strony autorów, zajmujących się sprawą odruchów i współruchów. Tymczasem może dalsze sprawdzenie kliniczne podanego w pracy niniejszej objawu wyświetli również znaczenie rozpoznawcze, które zdaje się wypływać z pewnej kategoryi naszych spostrzeżeń.

Piśmiennictwo. 1) Sherington: Cataleptoid reflexes in the monkey. (Neurol. Centralbl. Str. 214, 1897). — 2) Sherington: On reciprocal innervation of antagonistic muscles (Proceeding of the royal Society Ser. 6. Vol. 76. Biolog. Scienc.). — 3) Korniłow: Ueber cerebrale u. spinale Reflexe. (Deuts. Zeitschr. f. Nervenheik. T. 28. Str. 216). — 4) Korniłow: Du reflexe contralateral (Journal de neuropath. de Korsakow. 1902. Nr 6). — 5) Ganault: Contribution à l'étude de quelques reflexes dans l'hemiplegie de cause organique. (Rev. neurol. Nr 5, 1899. — 6) Wertheimer Lepage: Sur les mouvements des membres produits par l'excitation de l'hemisphère cérébrale du côté correspondunt. Arch. de physiol. (Jahresber. für Neurol. u. Psychiatr. T. I) — 7) Hoffmann: Contralaterale elektrische Reflexzuckung in einem Falle linksseitiger Facialislähmung. (Deuts. Zeits. f. Nervenheilk. T. IX. Str. 266). — 8) Gibson: Principles of reflex action. (The Edinb. Med. Journ. 1899 VI. Refer. w Jahresber. T. III). — 9) Fuchs: Fall von Mitbewegungen bei sonst intactem Nervensystem. (Jahresbericht für Neurol. u. Psych. 1905, T. IX). — 10) Thomson: Associated movements in hemi-

plegia their origin and physiological significance. Brain GIV. (refer. w Jahresbericht. 1904). — 11) Parhon i Goldstein: Sur le reflexe plantaire contralateral. Journ. de Neurol. (refer. w Jahresber. f. Neurol. u. Psych.). — 12) Lewandowsky: Über die Bewegungsstörungen der infantilen cerebralen Hemiplegie u. über die Athétose double. (Deuts. Zeits. f. Nervenheilk. T. 29. Z. 5 i 6). — 13) Foerster: Die Mitbewegungen bei Gesunden, Nerven- u. Geisteskranken. 1903 (monografia). — 14) Oppenheim: Lehrb. der Nervenkrankh. — 15) Monakow: Gehirnpathologie 1905. — 16) Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego. (Medycyna 1904. Nr 4, 5, 6, 7). — 17) Orłowski: Cierpienia układu nerwowego. (Odruchy, str. 236).

Z Zakładu sądowolekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Dzieci jako ofiary znęcania się rodziców.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

»Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris;
Perdere nec foetus ausa leaena suos«.
(Ovidii N. Amor. lib. II. eleg. 14).

Od najdawniejszych czasów sławiły wszystkie kulturalne narody miłość rodzicielską, a przedewszystkiem macierzyńską. Ta ostatnia, opiewana przez licznych poetów, uchodziła i uchodzi za uczucie tak pewne i tak stałe, że przekonanie to nie dopuszcza nawet myśli o wyjątku od tego prawidła. Niemiecki dramaturg R. Voss (1) twierdzi stanowczo, że »nie ma matki, którąby nie kochała swego dziecięcia«; wszak wedle słów innego poety, »matki miłość i pieszczoty strzegą dziecka ranek złoty«. Inne snać doświadczenie posiadł w tej mierze rzymski poeta, skoro w jednej ze swych elegii postawił rzymskim kobietom jako wzór miłości macierzyńskiej tygrysice armeńskie i odważne lwice!

Miłość macierzyńska, czy też instynkt macierzyński jak ją zwie H. Gross (2) opiera się na tem, zresztą słusznem przekonaniu matek, że dzieci ich są częściami ich ciała. A jeźli w pierwszych chwilach życia tego dziecka nie jest jej ono pod wpływem bolesnych przejść, z jego urodzeniem się połączonych, tak drogiem, to później, gdy dla utrzymania go przy życiu włoży wiele kapitału prac i trosk, staje się ono dla niej światem jej myśli i uczucia. To głębokie i silne przywiązanie matki do dziecka, uważanego przez nią za część własnego ciała, dopóki ono niesamodzielne i małe, jest, jak powiada Lombroso (3), czynnikiem chroniącym ją przed występkiem, albowiem jej występek spada swymi skutkami na dziecię, a przedewszystkiem może ją z dziecięciem rozłączyć.

Zaprzeczeniem miłości, instynktu macierzyńskiego byłyby tak częste zbrodnie spędzenia płodu i dzieciobójstwa. Zbrodnie te atoli, o ile nie są wyłącznym wynikiem próżności lub innych błahych czynników, stanowią wedle H. Grossa czyny wywołane rozpaczą (Verzweiflungstat) nad tem, co ma dla niej przykrego, bolesnego, upokarzającego nastąpić z chwilą zostania matką. »Tylko olbrzymie brzemię socyalne skłania matkę do dzieciobójstwa« powiada Ellis (4). Kobieta, która macierzyństwo swe ma opłacić niesławą, odtrąceniem przez społeczeństwo, nędzą własną i swego dziecka, gdy dziecię swe zabija przy porodzie, działa w stanie niezwykłego nastroju umysłowego. Stąd też otacza ją do pewnego stopnia współczucie społeczeństwa, stąd oceniają ustowodawstwa czyn jej o wiele łagodniej, niżby to bezwzględnie branej jego doniosłości odpowiadało.

Wspomniałem, że z biegiem czasu przywiązanie i miłość matki do dziecięcia zwykła wzrastać. Rozpacz nad skutkami macierzyństwa, nie uświęconego węzłem małżeńskim, jak każdy afekt przelotny, mija wkrótce, rozstrój cielesny, porodem wywołany, również ustępuje. Gdy więc przestaną działać te czynniki, które zbrodnię dzieciobójstwa czyniły słusznie przestępstwem uprzywilejowanem, a matka dziecię swe pozbawi życia, to popełnia zbrodnię, teraz niczem już nie dającą się usprawiedliwić, morderstwo tem potworniejsze, że sprzeczne z najnaturalniejszym wrodzonym instynktem.

Wobec tak potwornego czynu usiłuje zwykle myśl ludzka wynaleźć jakąś okoliczność łagodzącą, zdolną usprawiedliwić lub zmniejszyć jego grozę. Okolicznością, mogącą usprawiedliwić w zupełności zamordowanie dziecka przez matkę jest tylko obłąkanie matki trwałe lub przemijające, to drugie tylko wtedy, gdy istniało w chwili popełnienia czynu. Przemijający stan obłąkania w myśl § 2 b) ust. k. istniał niewątpliwie u A. G., 22-letniej żony dostatniego włościanina, kobiety znanej we wsi z łagodności, która jej nie dozwalała nigdy nawet »kurczęcia zabić«. Życzeniem jej gorącem było zostać matką. Została nią z końcem drugiego roku szczęśliwego pożycia z mężem. Poród odbył się łatwo, a matce, silnie niedokrwistej, brakło pokarmu. W kilka dni po porodzie poczęły się jej zwidywać przy zamkniętych oczach niepokojące postaci, toteż z obawy przed nimi wstrzymywała się od zamknięcia oczu i od snu. Ósmego dnia po porodzie zostawszy sama w domu, doznała nagle szumu w głowie, ogarnął ją nieokreślony lęk, poczem wyłoniła się w jej umyśle nagle myśl, skłaniająca ją do zabicia swego, tak gorąco pożądanego dziecka. Teraz wzmógł się jej lęk, wystąpiło uczucie nudności, które dotąd ją trapiły, aż wstawszy z łóżka i wziąwszy nóż kuchenny, poderżnęła nim dziecku gardło. Następnie położyła dziecię na łóżku obok siebie. Po spełnieniu czynu doznała odrazu psychicznej ulgi, a uczucie to zrazu nie pozwoliło jej zastanowić się nad czynem i zdać sobie z niego sprawy. Dopiero po upływie pewnego czasu ogarnął ją żal i rozpacz za zabitem dzieckiem, zaraz też do czynu się przyznała. Dodać winienem, że A. G. pochodziła z rodziny, nawiedzonej padaczką o ciężkim przebiegu. Dłuższa obserwacya A. G. (wspólnie z Prof. Żuławskim dokonana) nie stwierdziła już żadnej psychozy. W przypadku powyższym wynikało zabójstwo gorąco upragnionego, pierworodnego, ślubnego dziecka z pobudek chorobowych, t. j. z przemijającego obłąkania w czasie, gdy ono trwało. Toteż w myśl orzeczenia uwolniono A. G. od dalszych dochodzeń sądowych.

Grozę takiego czynu, popełnionego przez matkę w stanie niewątpliwego zdrowia umysłowego mogą łagodzić wyjątkowe warunki, które ją do niego skłaniają.

Takie wyjątkowe warunki zachodziły w dwóch ocenianych przezemnie przypadkach. W pierwszym z nich stawała 28-letnia dziewczyna przed trybunałem przysięgłych pod zarzutem zbrodni morderstwa, popełnionego na swem nieślubnem 8-miesięcznem dziecku, które wedle własnego przyznania utopiła w stawie. Dziewczyna ta, dotąd nieposzlakowana, oddała wkrótce po odbytym porodzie dziecię

swe na wychowanie, sama zaś objęła obowiązki mamki. Przeważną część swej stosunkowo wysokiej płacy musiała oddawać żywicielce swego dziecka. Po upływie ośmiu miesięcy straciła służbę, a z nią i dochody. Wychowawczyni zwróciła jej dziecko. Nie mając znikąd wsparcia, oddalana przez znajomych, udaje się do jedynych dalszych swych krewnych z prośbą o przyjęcie dziecka. Spotyka ją przykra, rubaszna odprawa i to w późnej porze jesiennej. Rozpacz i głód ogarnia dziewczynę. Bez noclegu podąża o głodzie i chłodzie z dzieckiem napowrót do odległego miasta. Znużona dłuższym pochodem, staje nad stawem i tu ogarniają ją zbrodnicze myśli, doradzające jej pozbyć się dziecka przez wrzucenie go do stawu. Następuje długa walka; jak sama zeznała, modliła się, aby się pozbyć tych myśli, lecz twarda rzeczywistość dotąd jej spokoju nie daje, aż szybkim ruchem wrzuca dziecko do stawu, a potem zwraca się w obcej wsi do posterunku żandarmeryi i o czynie swym donosi. Ten przytoczony bieg wypadków, stanowiący wdzięczny temat dla nowelisty, potwierdza ścisłe śledztwo, którego wynikiem rozprawa sądowa zakończona uwolnieniem dziewczyny od winy i kary. Drugi przypadek jeszcze jaskrawszy. Młoda dziewczyna rodzi w zakładzie położniczym nieślubne dziecię. Nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności nie posiada żadnego pokarmu w piersiach. Wydalona po upływie kilku tygodni po odbytym porodzie z zakładu, nie otrzymuje przez pomyłkę miejsca w innym publicznym zakładzie dla swego dziecka, którego nie może karmić. Pozbawiona środków do utrzymania, wybiera się pieszo w daleką drogę do krewnych. W drodze dziecię wygłodzone poczyna kwilić. I znowu ogarnia matkę rozpacz, czy dziecię doniesie żywe do krewnych. W szczerem polu topi dziecię w strumyku, a mróz, który w nocy ścina lodem fale, pozwala się zachować zwłokom dziecka w bryle lodowej jako dowodowi zbrodni, spełnionej w wyjątkowych warunkach.

Czyny matek, podobne do opisanych, choć nie mogą już korzystać z łagodnego przepisu, określającego istotę zbrodni dzieciobójstwa, są przecież czynami rozpaczy, popełnione pod naciskiem »brzemienia socyalnego« i to odejmuje im piętno potworności, budząc współczucie dla nieszczęśliwej matki, która go przed czynem niestety znaleźć nie mogła.

Potwornymi stają się czyny matek, które nie z obłędu, afektu lub z rozpaczy, lecz na zimno, z egoizmu t. j. z niechęci łożenia trudów i kosztów na wychowanie swych dzieci, pozbawiają je życia przez znęcanie się nad nimi. Czyny te są niestety częste i częściej jest matka, niż ojciec, ich sprawcą. Wedle E l l i s a, przypada we Włoszech na 100 ojców zabójców, 477 matek zabójczyń swych dzieci. Angielskie zaś towarzystwo opieki nad dziećmi doniosło w r. 1891 władzom sądowym o 347 ojcach, a 356 matkach, znęcających się nad własnemi dziećmi. Zarazem zaznacza E l l i s, że i w razach znęcania się ojców nad dziećmi, bywa matka tą, która ich do tego nakłania. Wreszcie bywa znęcanie się matek nad dziećmi okrutniejsze niż ojców. Jeżeli się tedy zważy te wysokie liczby statystyczne przypadków nieludzkiego obchodzenia się rodziców, a przedewszystkiem matek z własnemi dziećmi, nadto liczne przypadki śmierci niemowląt, oddanych przez matki w ręce »fabrykantek aniołków«, to można śmiało za K r a u s s e m (5) przyjąć, że »miłość do własnego potomstwa musi posiadać w ludzkości płytkie korzenie, skoro egoizm tak łatwo i często ją tłumi«. Ponieważ zaś egoizm, jak słusznie zaznacza K r a u s s, wzmaga się z wiekiem człowieka, przeto częstsze są morderstwa, popełnione przez rodziców na dzieciach, niż ojcobójstwa i matkobójstwa.

Uderzająco częste są znęcania się i morderstwa, popełniane przez rodziców, a zwłaszcza przez matki, na dzieciach, zrodzonych przed ślubem, zawartym później z ich ojcem. Zdawałoby się raczej, że dzieci te jako owoc doboru płciowego, miłości, a nie rachuby zimnej i konwenansu, powinny być podwójnie, wielokrotnie droższe od tych, których poczęcie osłaniał już węzeł małżeński. Widocznie jest wspomnienie hańby socyalnej, choć obecnie pokrytej, zawartem później małżeństwem, silniejsze dla takiej kobiety, niż wspomnienie miłości, która do hańby ją powiodła. Morderstwem dziecka tego chce kobieta niejako zetrzeć plamę sromu z siebie, lecz udać się jej to nie może, jak bohaterkom dramatów Szekspira i Słowackiego nie udaje się zetrzeć plamy krwawej zbrodni. Co więcej usiłowanie jej czyni dawną i zapomnianą hańbę dopiero głośną.

W przypadku, który poniżej podaję, był ojciec zabójcą swego przed ślubem spłodzonego syna. Udział matki w zabójstwie dziecka polegał na tem, że nie występowała nigdy w jego obronie i zachowala się względem jego smutnego losu obojętnie. Być może jednak, że męża swego a ojca dziecka do surowości względem syna zachęcała.

K. D. dwuletni, przed ślubem urodzony syn małżonków D., chował się przez trzy miesiące po ślubie swych rodziców na wsi, a żywicielka jego polubiła dziecię bardzo. Oddała je rodzicom, gdy przestali za nie płacić. Powitanie dziecka było ze strony matki oziębłe, ze strony ojca szorstkie. Wkrótce potem wpłynęło doniesienie do władzy, że małżonkowie D. znęcają się nad swem dzieckiem. Zarządzono wskutek tego zbadanie dziecka przez lekarza sądowego, który nie stwierdził u niego żadnych obrażeń. Świadkowie jednak zeznali, że matka, dowiedziawszy się o doniesieniu do władzy, okładami przyspieszyła ustąpienie sińców, jakie dostrzegli na ciele dziecka. Pewnego dnia widział świadek M., jak D. w izbie swej bił dziecię i jak wkrótce potem nagle uciszył się płacz dziecka a oboje małżonkowie poczęli je ratować wrzekomo z powodu przypadkowych »spazmów«. Dziecię zmarło, a sekcya sądowa jego zwłok, dokonana 24. listopada 1900 w zakładzie dała wynik, który podaję w skróceniu:

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki chłopca dobrze zbudowanego, licho odżywionego, 73 ctm. długie, okazują: na czole trzy sińce, w środku tyłogłowia i nad kością boczną lewą po jednym sińcu wielkości halerza, na policzku prawym przeczos krwią podbiegnięty wielkości dużego grochu, nad i pod prawą gałęzią żuchwy po sińcu wielkości korony, na lewym policzku trzy ustępujące sińce wielkości grochu, na wewnętrznej powierzchni środka wargi górnej trzy rany pionowe o brzegach strzępiastych, krwią podbiegniętych, z tych środkowa $1^1/_2$ ctm. długa, drążąca do skóry, boczne zaś $^1/_2$ ctm. długie przenikają tylko błonę śluzową. Na szczycie barku lewego, na ramieniu lewem z przodu i zewnątrz, na biodrze lewem, na łokciu prawym, na przedniej powierzchni uda prawego, na kolanie i pośladku prawym razem 19 sińców, dochodzących do wielkości korony. Nadto na przedniej ścianie klatki piersiowej i na wszystkich kończynach liczne, drobne, krwią nie podbiegnięte otarcia naskórka.

W e w n ę t r z n i e stwierdzono obfite wynaczynienie krwi między oponą twardą, a miękką, oraz podbiegnięcie krwawe pod oponą miękką szczytu półkul mózgu i podstawy płatu potylicznego i skroniowego lewego. Prócz zserowacenia gruczołów

oskrzelowych, miernego rozszerzenia komórek bocznych mózgu i niedokrwienia narządów wewnętrznych był obraz sekcyjny zresztą ujemny.

Orzeczenie opiewało: Przyczyną śmierci dziecka był krwotok śródczaszkowy, wywołany, sądząc z licznych sińców, liczniejszymi urazami, zadanymi przez drugą osobę narzędziem tępem, nie dającem się bliżej określić. Liczne krwią niepodbiegnięte otarcia naskórka na ciele powstały najprawdopodobniej po śmierci przy akcyi ratunkowej.

Przy rozprawie głównej tłomaczył obwiniony ojciec śmierć dziecka przypadkowem upadnięciem na podłogę i uderzeniem się o bok łóżka. W orzeczeniu zaprzeczyłem możliwości powstania krwotoku śmiertelnego w sposób podany przez ojca z uwagi na liczne, po całem niemal ciele rozrzucone sińce. Matka dziecka uchyliła się od zeznań. Sąd przysięgłych uznał D. winnym zabójstwa, popełnionego na dziecku, poczem D. został zasądzony na 12 lat ciężkiego więzienia.

Nieludzkim był postępek matki w następującym przypadku. M. C., dziewczyna lat dwadzieścia kilka licząca, wyznania mojż., nie chcąc nadal ponosić kosztów utrzymania swego nieślubnego jednorocznego syna, odebrała go dnia 24. lutego z. r. od wychowawczyni i porzuciła wieczorem tegoż dnia w piwnicy domu, w którym pozostawała w obowiązku. Był to czas gwałtownych mrozów. Wychowawczyni wzbraniała się matce wydać dziecię z powodu jego niedomagania. Dnia 25. lutego znaleziono dziecię martwe w piwnicy, a sekcya sądowa, wykonana w zakładzie, dała wynik, podany poniżej w skróceniu:

Zwłoki chłopca dobrze zbudowanego i odżywionego, 69 cm. długie; plamy pośmiertne żywo czerwone na całej przedniej prawej powierzchni ciała. Na ciele stwierdzono prócz drobnych otarć naskórka, krwią niepodbiegniętych, rozmieszczonych nad guzem czołowym lewym, na lewem skrzydle nosowem, na bródce i na kończynach, okrągły ubytek na lewym policzku, 2 cm. w średnicy liczący, lejkowato w tkankę podskórną zagłębiony, krwią niepodbiegnięty, na brzegach wyraźnymi, podłużnymi rowkami pokryty. Wewnętrznie stwierdziła sekcya nieżyt oskrzelowy i błonicę gardła.

Orzeczenie opiewało: Stwierdzone sekcyą zmiany chorobowe, jak nieżyt oskrzeli i błonica gardła, są zdolne wytłómaczyć przyczynę śmierci dziecka. Mimo to jednak porzucenie dziecka, dotkniętego temi chorobami, w piwnicy w czasie silnych mrozów i bez opieki musiało śmierć conajmniej przyspieszyć, a mogło ją też niezależnie od tych chorób wywołać. Choroby sekcyą stwierdzone u dziecka są ciężkie, lecz mogą być uleczone, toteż nie można wyłączyć możliwości, iżby się one dały u dziecka danego usunąć, zwłaszcza, że dziecię było silnej budowy i dobrego odżywienia. Nawet gdyby to dziecię było zupełnie przedtem zdrowe, a znalazło się w piwnicy przez całą noc w czasie panujących, niezwykle silnych mrozów, byłoby ono najprawdopodobniej utraciło życie wskutek zmarznięcia. Ubytek skóry na policzku lewym powstał niewątpliwie po śmierci dziecka, a pochodził od ogryzienia zwłok przez szczury.

Przywiedzione przypadki przechodzi grozą inny, który miałem sposobność oceniać na podstawie aktów. W przypadku tym, tyczącym się około 7-letniego chłopczyka, zmarłego, jak to stwierdziła sekcya sądowa jego zwłok, z rozległej gruźlicy płuc, znęcała się matka nad dzieckiem w sposób okrutny. Wedle zeznań licznych świadków kąpała ona dziecię chorowite stale w zimnej wodzie, przyczem nacierała ciało jego kawałkiem lodu zamiast mydła, wyrzucała dziecię zimą w koszuli do zimnej sieni, aby się przewietrzyło i nie cuchnęło, ile razy się zanieczyściło, oddając pod siebie mocz lub stolec. Głodziła je, toteż widziano nieraz dziecię zbierające na śmietniku lub w zlewach porzucone kawałki chleba lub odpadki ziemniaków i innej strawy i pożywiające się nimi. Często biła dziecię harapem, kopała je, kłuła szpilkami lub przypiekała mu żelazkiem do włosów nos lub części płciowe! Wypchnąwszy go do ustępu, polecała mu w ustach przynosić kawałek własnego kału na dowód, że odbył potrzebę, że się więc nie zanieczyści, a gdy się zanieczyścił, nakazała mu pod groźbą zlizywać nieczystość. Gdy na krótko przed śmiercią oddał stolec pod siebie, zwlokła go z łóżka na podłogę, uderzyła go ręką po pośladkach i na podłodze leżeć kazała. Tutaj też, t. j. na twardej podłodze dokonało dziecię iście męczeńskiego żywota. Sekcya sądowa jego zwłok stwierdziła prócz rozległej gruźlicy płuc liczne sińce na głowie, a mianowicie na czole, nad kośćmi ciemieniowemi, na tyłogłowiu, na powiekach, klatce piersiowej, biodrze prawem i goleniach, do wielkości talara dochodzące.

Ponieważ orzeczenie obducentów opiewało niestanowczo, zażądał sąd orzeczenia dodatkowego na pytanie, czy postępowanie obwinionej przyspieszyło rozwój choroby śmiertelnej dziecka i jego śmierć. Odpowiedź wypadła twierdząco z zastrzeżeniem, że podania świadków co do znęcania się obwinionej nad dzieckiem odpowiadają prawdzie. Że w danym przypadku obchodzenie się z dzieckiem musiało być okrutne, nie mogło ulegać wątpliwości, albowiem, gdyby nawet część zeznań świadków, i to znaczną, policzyć na karb przesady wynikłej ze spóźnionej ich litości, to i tak pozostały nawet kwadratowy pierwiastek z ich zeznań łącznie z licznymi, sekcyą stwierdzonymi sińcami na ciele dziecięcia dowodził aż nadto wymownie winy przewrotnej kobiety.

Trzymając się założenia, zamieszczonego w nagłówku, nie wspominam o przeważnie smutnym losie tych dzieci, które dostają się w ręce zawodowych wychowawczyń lub karmicielek, zasługujących najczęściej na utarte już miano »fabrykantek aniołków«. Kazuistyka zakładu i własne sądowo-lekarskie doświadczenie dostarczyłoby w tej mierze dosyć przykładów dla objaśnienia, ile cierpień i męczarń znoszą ci mali za winy niepopełnione. Mimo odpowiednich przepisów ustawowych zło w tej mierze ciągle się szerzy, a jego przyczyną, jedną z licznych, jest obojętność tych, którzy patrząc na nie, nie znajdują tyle energii, by o niem na czas zawiadomić władze. Spóźniona litość, objawiająca się słowy wymownymi wobec sądu wtedy, gdy już śmierć uwolniła ofiarę od udręczeń, stanowi owe »łzy sobacze«, o których niedawno zmarły nasz poeta wspomina.

Piśmiennictwo. 1) Ewa. Akt III. dramatu. — 2) Kriminal-Psychologie. Leipzig 1905. — 3) Lombroso, Ferrero: Das Weib als Verbrecherin u. Prostituirte. Hamburg 1894. — 4) Mann u. Weib. Leipzig 1894. — 5) Psychologie des Verbrechens. Tübingen 1884.

Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (Dyrektor: Prof. Dr M. Jakubowski).

Przyczynek do prób leczenia płonicy surowicą.

Napisał

Dr Adam Gettlich.

Pięć lat upływa w roku bieżącym od chwili, gdy na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Karlsbadzie przedstawił Dr Moser wytworzoną przez siebie surowicę »przeciwpłoniczą« i zalecające ją wyniki lecznicze, uzyskane w wiedeńskiej klinice pedyatrycznej. W kilka miesięcy później, z wiosną r. 1903, na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Madrycie, Prof. Escherich, kierownik kliniki, w której pracował Moser, potwierdził, na podstawie dalszych doświadczeń, wywody jego w całej rozciągłości, podniósł wartość i znaczenie nowej surowicy, dopatrując się w niej nawet swoistego leku przeciw płonicy.

Te wiadomości wywołały łatwo zrozumiałe zainteresowanie się i ruch w świecie bakteryologów i klinicystów. Wkrótce zaczęto z wielu stron donosić o wykonanych doświadczeniach i pracach w tym kierunku, a publikacye te, zapełniające w następnem trzechleciu czasopisma fachowe, brzmiały w większości wcale korzystnie dla nowego środka. W dwu ostatnich latach stały się jednak znacznie rzadszemi.

Jak wiadomo, próby stosowania surowic (przeciwpaciorkowcowych) w leczeniu płonicy są dawne, tak niemal, jak dawno zgodzono się uważać paciorkowca za czynnik wielkiego znaczenia w etyologii tej choroby. Że drobnoustrój ten odgrywa tu znaczną rolę, godzą się wszyscy: jedni, uważając paciorkowca za właściwy zarazek chorobowy — i ci są dzisiaj w mniejszości, drudzy — a tych znaczna większość, przyjmując, że nieznany nam jad płoniczy, wtargnąwszy do ustroju, stwarza dla paciorkowca korzystne do rozwoju warunki, i że potem paciorkowiec wyciska piętno na obrazie klinicznym choroby, wskazującym wielu rysami na jego dominujące w zakażeniu znaczenie. To też i jedno i drugie zapatrywanie pozwalało spodziewać się wpływu surowicy przeciwpaciorkowcowej na przebieg choroby i usprawiedliwiało próby stosowania licznych jej odmian.

Po raz pierwszy użył w leczeniu płonicy surowicy Marmorka Josias (wspólnie z jej twórcą) przed 10 laty, w paryskim »Hôpital Trousseau«. Była to znana powszechnie z używania w cierpieniach ściśle paciorkowcowych, sprawach ropnych i septycznych — surowica przeciwpaciorkowcowa. Ani próby Josiasa, ani dalsze (Baginskyego, Bokaya i i.) nie dały wyników godnych uwagi.

Surowice późniejsze, jak Aronsona, Blumenthala, Menzera, z których pierwsza największe obudziła zajęcie (Ganghofner, Mendelsohn, Baginsky), nie różnią się zasadniczo od pierwotnej surowicy Marmorka i wywierały również wpływ bardzo mało znaczący lub nie wywierały żadnego wpływu. Nie różniły się od wspomnianego wzoru i surowice, wyrabiane u nas: Prof. Bujwida w Krakowie i Wł. Palmirskiego w Warszawie. Surowica Bujwida, już od roku 1895 wytwarzana, odbiegała w tem od sposobu Marmorka (mianowicie w późniejszych seryach), że paciorkowce, mające służyć do hodowli, nie pochodziły, jak tam, z ognisk ropnych, nie będących w związku z płonicą, lecz z takichże ognisk, powstałych w przebiegu płonicy w przypadkach, zakończonych śmiercią; dalej w tem, że do pożywek bulionowych, na których hodowano drobnoustrój, dodawano surowicy ludzkiej. W r. 1897 surowicę tę stosowano celem doświadczeń w krakowskim szpitalu św. Ludwika; mówił o niej Prof. Bujwid na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w jesieni roku 1902. (p. »Przegl. lek.« 190?, Nr 7).

Wystąpienie i publikacye Mosera wpłynęły na zasadniczą zmianę surowicy krakowskiej. Przyrządzana od r. 1903 i dostarczana odtąd na oddział płoniczy szpitala św. Ludwika surowica jest analogiczną do Moserowskiej.

Pomysł Mosera, jakkolwiek oparty na tych samych danych naukowych, jakiemi rozporządzali poprzednicy, polegał na odmiennem od tamtych rozumowaniu. Badania bakteryologiczne, jego własne i szeregu poprzedników, wykrywały stale paciorkowca we krwi i narządach wewnętrznych u chorych i u zmarłych na płonicę. Pomimo, że znajdowano go i w przypadkach niepowikłanych, »czystych«, obecność jego była przyjmowaną jedynie za wynik zakażenia następowego. Przeciwnie do owego powszechnego zapatrywania, nabrał Moser przekonania z licznych własnych badań, że paciorkowiec wyhodowany ze krwi serca lub płynu mózgowordzeniowego przypadków świeżych i »czystych«, jest właściwym zarazkiem chorobowym. Nie zrażała go niemożność wyosobnienia tego paciorkowca z pośród wielkiego szeregu pokrewnych gatunków, lecz powziął myśl dowiedzenia jego swoistości zapomocą działania klinicznego surowicy, wytworzonej ze wszystkich otrzymanych w hodowli szczepów. (Przeciwnie bowiem, jak Marmorek, a zgodnie ze zdaniem Denysa, van der Veldego i i. nie uważał licznych odmian paciorkowca za jednostkę gatunkową). Rozumował, że gdy tego rodzaju surowica wywrze na przebieg choroby działanie swoiste, to będzie to niewątpliwym znakiem, iż wśród szeregu niewyodrębnionych szczepów znajduje się i ów właściwy, poszukiwany. Rozumowanie to nie jest dostatecznie naukowo ugruntowane, jednak dopuszczalne, gdy się zważy, że nietylko otrzymane ze zwłok zmarłych na płonicę hodowle paciorkowca są tak różne pod względem morfo- i biologicznym, lecz że i rozmaitość poszczególnych epidemii płonicy jest nieporównanie większa, niż innych chorób zakaźnych. Tak więc surowica Mosera jest wielowartościową (»polyvalent«).

Drugim punktem, odróżniającym sposób Mosera od poprzednich, jest zarzucenie zaleconego przez Marmorka przeprowadzania paciorkowca przez zwierzęta, a które miało na celu wzmożenie, i to znaczne, jego jadowitości. Doświadczenia Petruschkyego i Kocha dowiodły, że wyhodowany z ustroju ludzkiego paciorkowiec, przez szczepienie na króliki powiększa niezmiernie swoją jadowitość, lecz tylko wobec królika; chorobotwórczość jego dla człowieka równocześnie ginie. O doniosłości tego szczegółu przekonywały również badania F. Meyera, dowodzące, że hodowla paciorkowca, przeszczepionego przez zwierzęta, traci dotychczasową zdolność aglutynacyi wobec danej surowicy. Moser poprzestał więc na hodowaniu paciorkowca na sztucznej pożywce (bulionie).

Nowością również, wprowadzoną przez Mosera, a będącą w logicznym związku z całością pomysłu, jest stosowanie wielkich ilości surowicy, dziesięćkrotnie przewyższa-

jących dawki, powszechnie dotąd używane. Zalecenie, by wstrzykiwać naraz 100—200 cm.^{3} i więcej surowicy, środka prawie nieznanego, i to dziecku kilkumiesięcznemu, wywoływało początkowo zdziwienie i niedowierzanie, a z czasem dopiero znalazło przekonanych naśladowców.

Doświadczenia kliniczne z nową surowicą Prof. Bujwida, z których poniżej zdajemy sprawę, a wytwarzaną, jak już wspomniano, według zasad Mosera, rozpoczęto w szpitalu św. Ludwika z początkiem roku 1903 i prowadzono z małemi lub większemi przerwami do połowy roku 1905. Z obfitego stosunkowo materyału nie korzystaliśmy bezwzględnie, lecz wybieraliśmy do doświadczeń przypadki jedynie ciężkie i najcięższe, stosując surowicę ogółem w 47. Wzgląd na chorych wobec nieznanego środka, wywołującego zresztą — jak to od początku się pokazało — dosyć częste i wcale poważne odczyny, tłómaczy to postępowanie. A chociaż jest to szczegół dla oceny nowej surowicy niekorzystny i spostrzeżenia nasze tem samem nie nadają się do czysto liczbowej statystyki, mimo to nie tracą istotnego znaczenia. Bo doświadczanie nowego sposobu lub środka leczniczego nie powinno i nie może polegać na tem jedynie, ażeby, stosując go w szeregu przypadków, czy to z zachowaniem pewnego wyboru, czy bez tego, porównywać uzyskane statystyczne, odsetkowe daty z danemi, otrzymywanemi w czasie przed wprowadzeniem owego środka, lub z takiemiż danemi zakładów leczniczych, w których go dotąd nie używano. Braki, leżące w początkowej niedoskonałości zabiegu, czy leku, choćby tylko natury technicznej, wytłómaczalna doń nieufność ze strony stosującego, muszą wpływać na ocenę i ostateczny wynik czynionych prób. I jeżeli statystyka dozwala czynić wnioski tylko z zastrzeżeniami i wogóle mało przyczynia się do oceny i sprawiedliwej krytyki doświadczeń i badań klinicznych, to wartość jej spada prawie do zera, gdy chodzi o okres pierwszych prób stosowania nowego środka, gdy liczby statystyczne są jeszcze znikająco małe i przedewszystkiem, gdy chodzi o chorobę tak nieobliczalną, jak płonica.

Prócz zmienności bowiem przebiegu w poszczególnych przypadkach, powszechnie znanej, a zdumiewającej niespodziankami bardzo nawet doświadczonego lekarza, jest szczególną właściwością płonicy różnorodność epidemii. Tak zwany *genius epidemicus* nie ma w żadnej innej chorobie takiego znaczenia, jak tutaj i to nietylko co do stopnia jej nasilenia, lecz i co do występowania powikłań (n. p. zapalenia nerek). Obserwacya kliniczna jest dlatego jedyną drogą, której w tym razie trzymać się możemy i jest też, zdaniem naszem, wystarczająca. Wszystko, co w przebiegu choroby odbiega od znanego nam z doświadczenia obrazu klinicznego, najdrobniejszy rys i mało znaczący kiedyindziej szczegół należy uwzględnić i dokładnie zapisać i co do stałości występowania określić. Nie wystarcza rokowanie co do życia, lekarz musi sobie nakreślić w myśli na podstawie swego doświadczenia szkic przebiegu, jaki choroba bez surowicy przyjąćby miała.

Wynika stąd jasno trudność dla mającego zdać sprawę z takich spostrzeżeń. Wiele wrażeń, odniesionych przy łóżku chorego, nieraz bardzo znamiennych, blednie lub ginie zupełnie dla czytelnika, dlatego, że często trudno je przedstawić przyjętemi nazwami lub wsunąć w szablonową rubrykę pewnych objawów klinicznych.

Trudności, jakie towarzyszą doświadczeniom z obecną surowicą, są bez porównania większe od tych, na jakie napotykali poprzednicy nasi, którym przed kilkunastu laty wypadło wydawać pierwszy sąd o surowicy przeciwbłoniczej. Tylko pozornie wydają się warunki dzisiejsze tak podobnymi do ówczesnych, w gruncie rzeczy są zupełnie różne. Surowica przeciwbłonicza dostała się do kliniki, gdy znano dobrze i prątek błoniczy i jego jad, a skuteczność surowicy samej udowodniono już na zwierzętach i umiano ją nawet dawkować. Dostała się do kliniki — jako lek. Tu zupełnie inaczej. Wytworzono surowicę »przeciwpłoniczą«, zanim poznano przyrodę i zarazek płonicy. Twórcy tej surowicy oddają klinice środek, im samym bardzo mało znany, a spostrzeżenia kliniczne mają nietylko rozstrzygnąć, czy on wogóle jest lekiem, w jakim kierunku i z jaką siłą wpływa na przebieg choroby, lecz, co więcej, mają określeniem jego działania przyczynić się, i to w znacznej części, do wyświetlenia przyrody choroby.

Przypadki, służące do naszych doświadczeń, postanowiliśmy podzielić, wzorem Mosera, na cztery stopnie: I. lekkie, II średnio ciężkie, III. bardzo ciężkie, IV. stracone *(moribundi)*, nie uważając jednak podziału tego za właściwe »rokowanie«, a raczej za określenie jedynie »stanu obecnego«. Do I. szeregu nie zaliczyliśmy żadnego z naszych przypadków, do II. — 11, do — 31, do IV. — 5.

W pierwszym dniu choroby nie zastosowano surowicy ani razu, w największej zaś liczbie przypadków w trzecim i czwartym, najpóźniejszym był dzień ósmy. Surowicę stosowaliśmy w ilościach względnie znacznych — 50—150 cm^3, naśladując i pod tym względem Mosera; a wstrzykiwaliśmy w większości przypadków jednocześnie całą ilość, 50—100 cm^3, w kilkunastu zaś powtórzono dawkę po dobie, nie przekraczając jednak ogólnej ilości 150 cm^3. Wstrzykiwano zawsze w powłoki brzuszne, w dwóch lub trzech różnych miejscach, zachowując ściśle przepisy przeciwgnilne, w czasie samego zabiegu, jakoteż przy opatrzeniu rany[1]).

Omawiając poszczególne objawy kliniczne, zaczniemy od zachowania się ciepłoty, która, inaczej jak przy błonicy, gdzie jest objawem podrzędnym, ma tu znaczenie pierwszorzędne, jako ściśle związana ze wszystkimi okresami sprawy chorobowej i towarzysząca każdemu prawie powikłaniu. Gorączka w płonicy niema, jak wiadomo, swojej znamiennej krzywej, jednak za najczęstszą jej postać uważać należy tę, gdzie po wzniesieniu, albo nagłem, albo 2—3 stopniami, zatrzymuje się na pewnej wysokości tylko krótko, poczem w dniach kilku spada powoli, dachówkowato, często ze znacznemi zwolnieniami *(f. remittens)*. Albo też zatrzymuje się na szczycie wzniesienia lub w pewnym punkcie obniżania się (szczególnie około 38^0) przez dni kilka tak, że do prawidłowego poziomu spada gdzieś w połowie drugiego tygodnia. Wogóle powolne opadanie gorączki *(per lysim)* uważać należy za zwyczajne, zaś spadki przełomowe, jakkolwiek nie są w płonicy osobliwością, są rzadkie. W naszych 47 przypadkach spadła gorączka przełomowo w 4, w 9 innych spadek jej miał charakter bardzo zbliżony do przełomowego. W dalszych 22 opadanie gorączki, jakkol-

[1]) Historye chorób naszych przypadków w streszczeniu podajemy na końcu artykułu.

wiek tylko stopniowe, niekiedy niezbyt znaczne i tylko krótkotrwałe, następowało tak bezpośrednio po wstrzyknięciu surowicy (na drugi dzień), że należało myśleć o zachodzącym między niem, a wstrzykniętą surowicą przyczynowym związku. W 9 przypadkach, nie licząc między nie trzech, w których śmierć nastąpiła w 20—40 godzin po wstrzyknięciu, tego domniemanego wpływu surowicy na krzywą ciepłoty nie dostrzegliśmy. Owo korzystne — przypuszczalnie — zadziałanie surowicy, ogółem zauważyć się dające w 35 przypadkach, występowało bez względu na to, w którym dniu choroby wstrzyknięto surowicę. W szeregu przypadków, gdzie późno zastosowana surowica wywarła wpływ dodatni, na osobliwą uwagę zasługują dwa: 5. (K. S.) i 43. (J. N.), (których krzywe na fig. 1 i 2). Szczególnie drugi z nich świad-

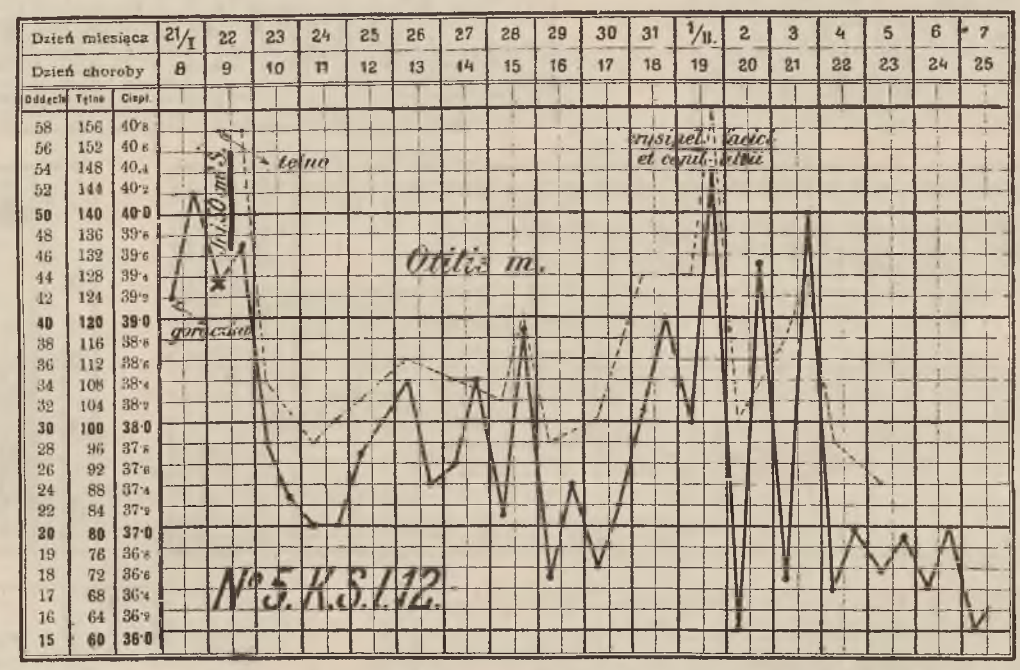


Figura 1.

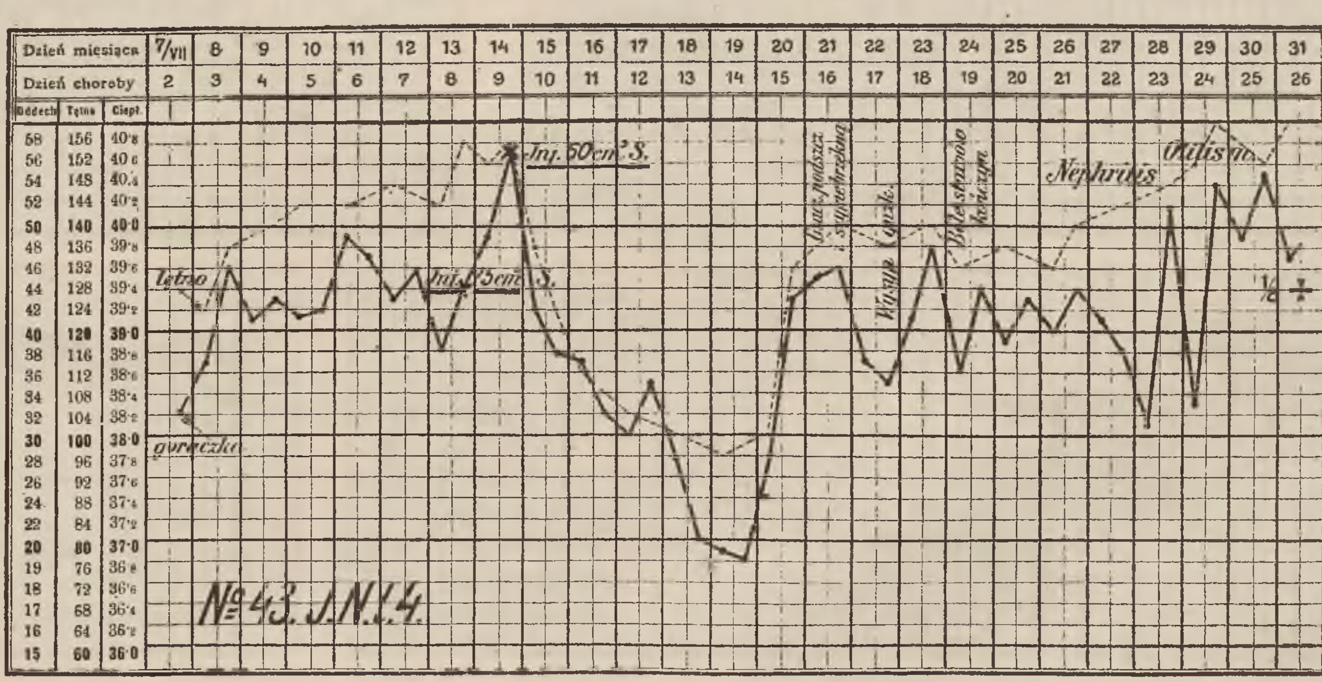


Figura 2.

czy niewątpliwie silniej na korzyść surowicy, niż wszystkie wspomniane przełomowe spadki gorączki. Jestto przypadek, zakończony śmiercią, a dotyczy 4-letniego chłopca, przyjętego do szpitala w drugim dniu choroby, w stanie ciężkim. W dniach następnych stan jego zaczął się szybko pogarszać, przyczem ciepłota wahała się między 39⁰ a 39·9⁰ tak, że w 7. i 8. dniu pobytu w szpitalu (a 8. i 9. choroby), w chwili stosowania surowicy, uważaliśmy stan dziecka za bardzo ciężki (P. III.). Surowicę wstrzyknięto w dwóch dawkach, w dwóch po sobie następujących dniach ($75 cm^3 + 60 cm^3$). W chwili drugiego wstrzyknięcia, około godz. 4 po poł., wynosiła gorączka $40·6^0$. Na drugi dzień rano, o godz. 8 (w 16 godzin później) spadła o półtora stopnia, a w następnych trzech dniach obniżała się ciągle, spadając z jednem małem zwolnieniem do 37^0 i $36·8^0$. Piątego została na tej wysokości, aż dopiero szóstego dnia, licząc od dru-

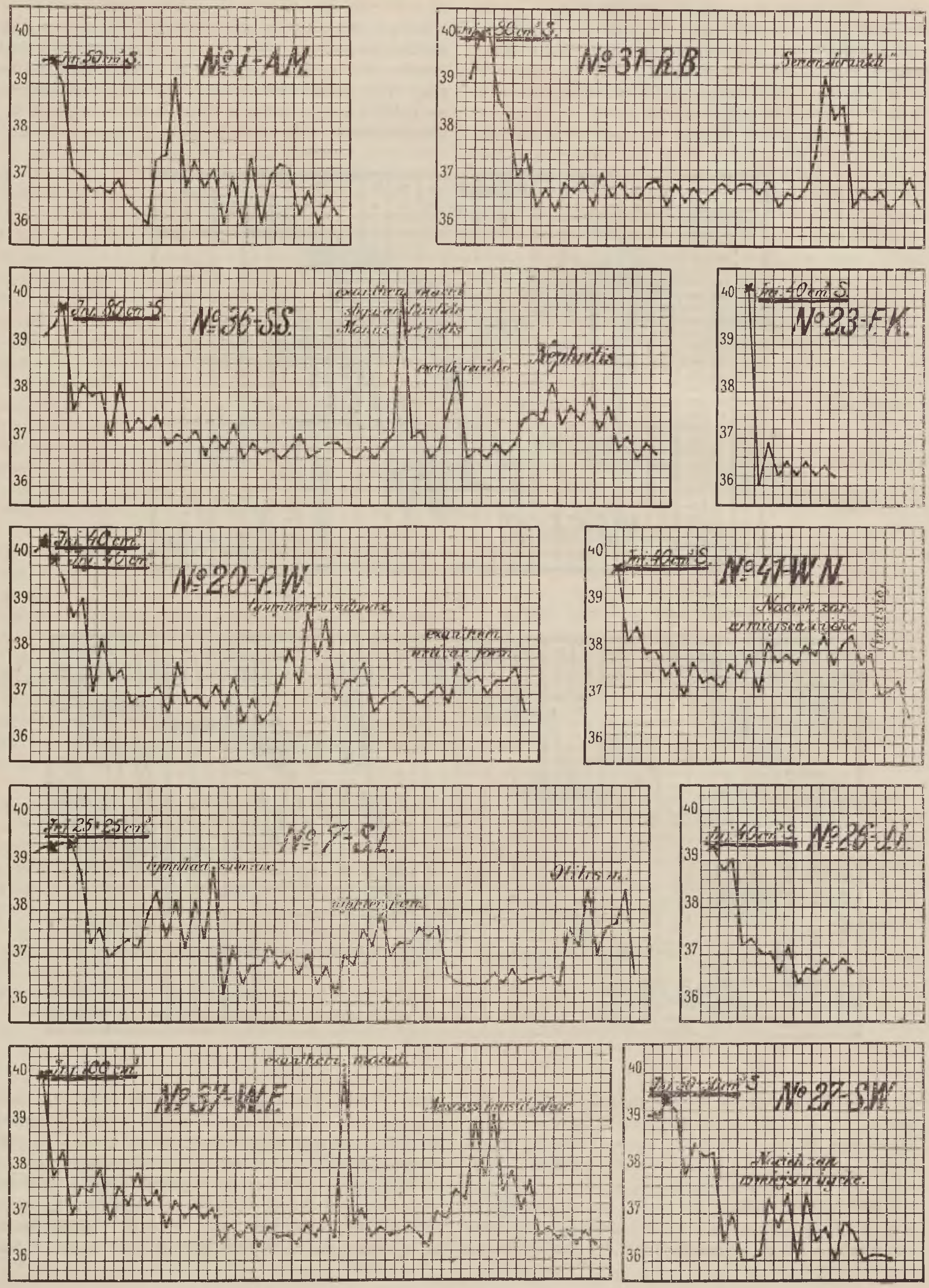


Figura 3.

giego wstrzyknięcia, nastąpiło szybkie wzniesienie, utrzymujące się w dniach następnych, a zmieniające się w ostatnich dniach życia w tor gorączki septycznej, towarzyszącej rozwijającym się licznym ogniskom ropnym. Równolegle do owego spadku gorączki nastąpiła poprawa tętna, jak również ogromna zmiana w zachowaniu się dziecka. Senne dotąd, stękające i na pół przytomne, z wyrazem cierpienia w oczach i twarzy, było na drugi dzień po wstrzyknięciu i w następnych czterech, jakby z długiego snu przebudzone, zaczęło interesować się otoczeniem, rwać się do siadania i zabawek. Była to zmiana tak nagła i niespodziewana, że w zwykłym przebiegu podobnych przypadków nie znajdowalibyśmy dostatecznego wytłómaczenia. Z podniesieniem się ciepłoty zachowanie się i wyglądanie chorego powróciły do stanu z przed pięciu dni.

Niemniej charakterystycznem jest zachowanie się ciepłoty w przypadku 5., w którym surowicę wstrzyknięto w dziewiątym dniu choroby, poczem nastąpił spadek ciepłoty, prawie przełomowy.

Te dwa przypadki — i w mniejszym stopniu kilka im podobnych (2, 7, 16, 33), — w których wpływ surowicy na gorączkę był niezaprzeczony, sprawiały wrażenie, jakby ona pod tym wpływem wydzielała się z całokształtu objawów klinicznych, ulegając działaniu surowicy na czas mniej lub więcej krótki, a reszta objawów, i to podstawowych, szła obranym od początku torem.

Z 9 przypadków, w których wpływu surowicy na ciepłotę nie dostrzegliśmy, w trzech (4., 6. i 8.) zastosowano surowicę w 6. i 8. dniu, w dawkach przerywanych, raz w 2, dwa razy w 3 po sobie następujących dniach, zaś w trzech innych (14., 15. i 40) wstrzyknięto surowicę jednorazowo i w ilościach stosunkowo znacznych, i te to przypadki,a osobliwie przypadek 40, bardzo niekorzystnie o surowicy świadczą.

Wysypka w płonicy jest w swoich okresach zupełnie równoległą do toru gorączki, — w zwykłym przebiegu, — t. zn. jej rozwijaniu się odpowiada wzniesienie się ciepłoty, czasowi jej rozkwitu — szczyt gorączki, a jej znikaniu — spadek ciepłoty.

Spostrzeżenie, jakie zrobiliśmy co do zachowania się ciepłoty, odnosi się, z małymi wyjątkami, i do wysypki, mianowicie, że równocześnie ze spadaniem gorączki, przyspieszonem — przypuszczalnie dzięki surowicy — ustępowała i wysypka. W przypadkach 14. i 22. zblednięcie wysypki, bardzo wybitne, wyprzedziło spadek gorączki, zresztą nieznaczny. W przypadku 41., w którym surowicę wstrzyknięto w drugim dniu choroby i w ilości 100 cm³ na raz, doznaliśmy wrażenia, jakgdyby wysypka, będąca w I. okresie rozwijania się, została wstrzymaną. U dziecka 6-letniego, które dzień przedtem zapadło wśród znamiennych, gwałtownych objawów, stwierdziliśmy w chwili wstrzyknięcia surowicy (obok daleko posuniętych zmian w gardle) płonące policzki i owo napięcie *(turgor)* całej skóry, jakie poprzedza zwykle wysypanie się osutki. Na szyi, dokoła uszu i na górnej części klatki piersiowej widoczne tu i ówdzie rozrzucone punkciki i guzki. Doświadczenie uczy, że z tymi objawami i tak rozpoczynająca się wysypka dochodzi do zupełnego rozkwitu. Tymczasem na drugi dzień, t. j. w 20 godzin po wstrzyknięciu (trzeci dzień choroby), znaleźliśmy te same, co dnia poprzedniego guzki, obok przyblednięcia policzków i mniejszego ogólnego napięcia skóry. Trzeciego dnia skóra wróciła do stanu prawidłowego. W dwóch przypadkach zauważyliśmy zmianę charakteru wysypki: z początku wybitnie sina, zaczęła wyglądać w 20 i 24 godzin po wstrzyknięciu zwyczajnie, w następnych dwóch dniach zniknęła bez śladu. W obu tych przypadkach surowicę wstrzyknięto wobec wysypki dłużej się utrzymującej.

Tętno pozostawało w zwykłym stosunku do każdorazowej zmiany ciepłoty.

Powikłaniom nie zapobiegła stale nasza surowica, w żadnym kierunku. Występowały zmiany zapalne i ropienia gruczołów, kilkakrotnie zmuszające do otwarcia ropni, powstawały zapalenia ucha środkowego z następowym ropotokiem, zapalenia stawów i opłucnej, wreszcie zapalenia nerek, o przebiegu nieraz bardzo ciężkim. Jednakże dał się zauważyć wpływ dnia choroby, w którym surowicę wstrzyknięto, na występowanie tych powikłań. Na 9 przypadków, w których wstrzyknięto surowicę w drugim dniu choroby, jeden tylko raz wystąpiło zapalenie nerek, wprawdzie krwotoczne, jednak trwające tylko przez 5 dni; w innym przypadku błonica gardła, ograniczająca się do małego nalotu. Zresztą żadne inne powikłanie w tych dziewięciu przypadkach nie wystąpiło. Przy wstrzyknięciu surowicy w trzecim dniu choroby powikłania są już częste, zaś od czwartego począwszy występują prawie z reguły.

Błonica jest w naszych przypadkach owem częstem powikłaniem dni późniejszych, i to przeważnie w postaci bardzo złośliwej. Stwierdziliśmy ją w ośmiu przypadkach. W jednym, wystąpiwszy niezwykle gwałtownie i zajmując gardło i krtań, była główną i bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. (O rzeczy, dawno wiadomej, że w błonicy, wikłającej płonicę, surowica swoista zupełnie zawodzi, przekonały nas powyższe przypadki, aż nazbyt dowodnie).

Zapalenie nerek wystąpiło ogółem, przeważnie jako ciężkie, w 7 przypadkach, obok częstego białkomoczu.

Zapalenie stawów spostrzegaliśmy trzechkrotnie — nie licząc przypadku bolu w stawach *(arthralgia)*, który, jako równoczesny z osutką i krótkotrwały, odnieść należy do odczynów posurowiczych. W dwóch z owych trzech przypadków przebieg był bardzo ciężki, zajmując w jednym staw biodrowy i kolanowy i przewlekając się blizko dwa tygodnie, w drugim łącząc się z wysoką gorączką i obrzękami.

W jednym przypadku widzieliśmy różę, występującą obok powikłań ze strony ucha i gruczołów w późniejszym przebiegu ciężkiego od początku przypadku.

Przypadków zakończonych śmiercią było ogółem 19. Z liczby tej należy oddzielić dwa, w których od chwili zastosowania surowicy do zgonu nie upłynęła cała doba. W przypadkach tych surowica nie mogła zadziałać, bo jakkolwiek wchłanianie jej rozpoczyna się wkrótce po wstrzyknięciu, to jednak pełnia działania wypada dopiero po upływie 24 godzin. Stwierdzili to Pirquet i Schick, którzy oznaczając co kilka godzin aglutynacyę paciorkowca płonicznego przez surowicę krwi osobnika, leczonego surowicą Mosera, przekonali się, że zdolność aglutynowania da się wprawdzie stwierdzić już w dwie godziny po wstrzyknięciu, dochodzi jednak szczytu dopiero po upływie 26 godzin.

Z pozostałych 17 przypadków w pięciu surowicę wstrzyknięto w trzecim dniu choroby, u sześciu w czwartym, a z dalszych sześciu wypada trzy na szósty, po jednym na piąty, ósmy i dziewiąty dzień.

W liczbie pięciu przypadków ze wstrzyknięciem w trzecim dniu mieszczą się trzy, dotyczące trojga rodzeństwa: równocześnie zapadło na płonicę pięcioro rodzeństwa; jedno z nich zmarło w domu po $1\frac{1}{2}$ doby, zaś czworo przywieźli rodzice do szpitala. U wszystkich czworga (przyp. Nr 37, 38, 39, 40) wstrzyknięto surowicę równocześnie, troje otrzymało po 100^3, zaś czwarte (39) 20 cm^3 + (przez omyłkę) 60 cm^3 surowicy przeciwropniczej Marmorka. To czwarte zmarło 2. dnia w nocy; z trojga reszty jedno na trzeci dzień, drugie w 28. dniu choroby, a tylko jedno, najstarsze, wyszło z życiem. Przypadki te, pomimo uwzględnienia niezwykłej jadowitości zarazka, źle nas dla surowicy usposobiły. Nie mniej ujemnie świadczą o niej dalsze dwa z owych pięciu, ze wstrzyknięciem w 3. dniu choroby, mianowicie przypadek 11. i 14. W obu razach dawki surowicy były wprawdzie niewielkie (60 i 40 cm^3) u dzieci 3-letnich, jednak nie dostrzegliśmy żadnego wpływu surowicy, ani na krzywą ciepłoty, ani na zachowanie się wysypki; a przyłączające się zapalenie gruczołów szyjnych i błonica gardła wywołały śmierć, raz w 8. dniu, drugi raz już w czwartym.

Z przypadków, w których wstrzykiwano surowicę w czwartym dniu, na uwagę zasługuje jeden z przebiegiem niezwykle ciężkim. Dotyczy on chłopaka 10-letniego, który w 4. dniu choroby otrzymał 150 cm^3 surowicy. Wpływ surowicy nie dał się zauważyć w żadnym kierunku, a w dalszym przebiegu tego przypadku wystąpiły najcięższe powikłania, w końcu kliniczny obraz ropnicy. Sekcya stwierdziła liczne ropnie w płucach i nerkach, ropne zapalenie opłucnej, ropienie w zatoce sierpowatej, zwyrodnienie wątroby i mięśnia sercowego, wreszcie nadżerki błony śluzowej żołądka, wywołujące przed śmiercią wymioty krwawe.

W dalszych śmiertelnych dziesięciu przypadkach dwukrotnie wystąpiło zapalenie płuc, jako ciężkie powikłanie, i jemu zejście śmiertelne przypisać należy. Pozostałe ośm przypadków nie przedstawiają nic osobliwszego; zmiany ropne w gruczołach, uchu środkowem, przyłączające się zapalenie nerek i wspomniana często błonica gardła, wywoływały już to szybsze zejście śmiertelne, już też, jeśli tak powiedzieć można, charłactwo płonicze i powolną śmierć.

Wstrzyknięcie w dniu choroby	Liczba przypadków	Stopień ciężkości				Przyp. śmierci			
		I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
2	9	—	6	3	—	—	—	—	—
3	16	—	3	13	—	—	1	5	—
4	12	—	2	8	2	—	—	4	2
5	2	—	—	1	1	—	—	1	1
6	3	—	1	1	1	—	1	1	1
7	1	—	—	1	—	—	—	—	—
8	3	—	—	3	—	—	—	1	—
9	1	—	—	—	1	—	—	—	1
	47	—	12	30	5	—	2	12	5

Mówiąc o ubocznem działaniu naszej surowicy, musimy jej dużo zrobić zarzutów. Mianowicie wywoływała ona często odczyny miejscowe, począwszy od lekkiego nacieku zapalnego aż do ropowicy, która wystąpiła wprawdzie raz jeden, ale wywołała ciężkie schorzenie dziecka, przedłużając na tygodnie okres zdrowienia. Ropnie, wymagające otwarcia, mieliśmy w sześciu przypadkach, zaś nacieki, które wessały się same, w dalszych trzech. Że o to winić należy surowicę samą, a nie szukać przyczyny z zewnątrz, przekonywało nas coraz więcej późniejsze występowanie takich niemiłych następstw, pomimo zdwojonych ostrożności przy zabiegu, a równocześnie brak takich przypadków na oddziale błoniczym, gdzie przecie wstrzykiwanie surowicy jest na porządku dziennym. Nadto przekonywało nas o tem ogłoszenie podobnych spostrzeżeń skądinąd: mianowicie Dr Quest stosując w klinice wrocławskiej surowicę krakowską w 11 przypadkach, a Moserowską w 10, wytknął, że po pierwszej zdarzały się wielokrotnie nacieki zapalne i ropnie, zmuszające do otwarcia, czego po Moserowskiej nie było. Wysypki posurowicze widzieliśmy w 15 przypadkach (na 47), wszystkie jednorazowe, z wyjątkiem jednej dwukrotnej. Dwukrotnie wystąpił nawrót osutki, w tej samej postaci. Przeważnie były to osutki plamiste, podobne do odrowej. W czterech przypadkach spostrzegaliśmy pokrzywkę *(urticaria)*. Dwa razy mieliśmy sposobność widzieć zaburzenie więcej uogólnione, które Schick i Pirquet ujęli w nową postać t. zw. »Serumkrankheit«, a na które złożyły się, oprócz wysypki, wybitne podniesienie się ciepłoty i obrzęk zapalny, raz jedno-, drugi raz obustronny, gruczołów podszczękowych.

Bole stawowe, towarzyszące wysypce, trwające, z małem podniesieniem ciepłoty, dzień jeden, wystąpiły raz tylko.

Na tych uwagach kończymy opis naszych spostrzeżeń klinicznych. Jakkolwiek z wieloma zastrzeżeniami, jednak pozwalają one na wskazanie kierunku, w którym działania surowicy szukaćby należało. Jeżeli we wszystkich, zaznaczonych na początku, 35 przypadkach, wystąpiło ono nie dosyć wybitnie, o wiele jeszcze słabiej dla czytelnika, niż dla bezpośrednio te przypadki obserwującego, to jednak w połowie tej liczby przypadków nie mógłbym działania surowicy zaprzeczyć. A zaznaczyło się ono wpływem na ciepłotę, wysypkę, tętno i ogólne zaburzenia nerwowe. Jestto grupa objawów »toksycznych«, wywołanych nie przez sam zarazek, lecz przez jego jad, w przeciwstawieniu do szeregu zmian miejscowych, a uważanych za wyraz bezpośredniego wtargnięcia zarazka. Należą tu wszystkie charakterystyczne zmiany na błonie śluzowej gardła: obrzęk zapalny, złogi wysiękowe, martwica; dalej podobne zmiany w jamie nosowej; wreszcie naciek zapalny sąsiednich gruczołów. Bez ścisłej granicy łączy się ta grupa objawów z właściwemi powikłaniami płoniczemi, będącemi również wynikiem tego bezpośredniego zadziałania nieznanego nam drobnoustroju.

Okoliczność, że za materyał do naszych doświadczeń służyły w przeważającej większości przypadki późniejsze, nie świeże, okoliczność, będąca głównem zastrzeżeniem w chwili wypowiedzenia wniosków, nie pozwala o wpływie surowicy na tę grupę objawów wypowiedzieć czegoś pewnego. Tylko dziewięć przypadków, w których wstrzyknięto surowicę w drugim dniu choroby, pozwalałoby na sąd w tym kierunku. Świadczyłyby one dla surowicy korzystnie: zmiany miejscowe ograniczały się do bardzo nieznacznych, a powikłanie raz jeden tylko wystąpiło. Jednak przypadków tych jest zbyt mało, aby do nich większe znaczenie można przywiązywać.

Dalszem utrudnieniem oceny naszych wyników jest właściwość samej surowicy, mająca źródło w dotychczaso-

wym sposobie jej otrzymywania. Mianowicie wartość poszczególnych jej »seryi« (każdorazowych upustów krwi konia szczepionego) nie jest, jak to z istoty rzeczy wynika, jednakowa. Surowicę do naszych doświadczeń, wykonywanych z przerwami w rozmaitych czasach, otrzymywaliśmy przez okres prawie półtrzecia-roczny. Wnosić stąd należy, że wahania jej wartości t. j. siły działania mogły być znaczne. To też przypadki takie, jak n. p. 37., 38., 39. i 40., oddzielone od poprzednich i od następnych pewną większą przerwą w stosowaniu surowicy, a w których wstrzyknięto surowicę w trzecim dniu choroby, we wszystkich równocześnie i w których wpływ jej nie zaznaczył się w żadnym kierunku, nasuwają myśl, czy przyczyny tego nie należałoby szukać w tej właśnie okoliczności, iż surowica miała wartość zmienną. Wpływ na objawy toksyczne jest jedynym rysem naszej surowicy, który niewątpliwie i wyraźnie w przypadkach naszych się zaznaczył. O wpływie na zmiany podstawowe, właściwym zarazkiem wywołane, sądzić nie możemy. Ta mała ilość przypadków, w których prawdopodobnie wpływ ten wystąpił, zachęca jednak do podjęcia w tym kierunku dalszych doświadczeń. Dotychczasowa, poważna wada naszej surowicy, wywoływanie częstych i nieraz ciężkich zaburzeń odczynowych, jako leżąca niezawodnie w technicznej niedoskonałości przyrządzenia, da się usunąć, a z tem zniknie przyczyna obawy przed stosowaniem surowicy w najpierwszym okresie choroby.

Historye chorób.

1. A. M. l. 10½. Przyjęty 28. XI. Chory od wczoraj połud.: wymioty, ból głowy i gardła. — 29. XI. C. 39·5. Wys. guzkowa, z odcieniem sinawym, zajmuje całą skórę, prócz twarzy. Podniebienie miękkie silnie zaczerwienione i rozpulchnione, bez nalotów. Kilkakrotne wymioty; sensorium zajęte; czyszczenie, stolce wodniste, ciemne. T. 160. P. II. < III.[1]). O godzinie 4½ p. p. Inject. 50 ctm.³ S. B. — 30. XI. C. 37·2. Stan ogólny znacznie lepszy. T. 90. IV. dnia C. 36·7, Wys. i g. zbladły zupełnie. Euphoria. T. 80. Stan ten bez zmiany do dnia wyjścia 30. XII.

2. J. N. l. 6. Przyj. 25. XI. w II. dniu choroby. W VII. dniu pobytu w szpitalu, wśród objawów i zmian, w każdym kierunku postępujących: 2. XII. godz. 11. r. Inject 50 ctm.³. — Wys. b. żywa, obok żółtaczkowego zabarwienia skóry i spojówek ócz. — G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach białawe, rozległe naloty. Gruczoły podszcz. miernie obrzękłe. — Osłabienie b. znaczne; w nocy nie śpi, zrywa się. — C. 39⁰. T. 140, b. miękkie. P. III. — 3. XII. C. 37·6, T. lepsze; stan ogólny również. W XI. dniu po wstrzyknięciu ciepłota podnosi się nagle do 39·8. Obrzęk gruczołów podszczęk., na migdałkach świeże białe naloty; silny ból głowy. Następnego dnia obrzęk gruczołów znacznie większy; obrzęk zapalny powiek. Stan ten trwa przez 4 dni. — Wychodzi zdrowa 3. II. Uw. Dnia VIII-go po wstrzyknięciu wysypka różyczkowa, głównie dokoła miejsca wstrzyknięcia. Po paru dniach powtórna.

3. B. B. l. 2. Przyj. 30. XI. w III. dniu choroby. 2. XII. Wysypka znikająca. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione. Gruczoły obustronnie obrzękłe. C. 40·1. Sensorium zajęte. T. b. liche, niepoliczalne. Świeży znaczny obrzęk śledziony. — P. III. Inj. 25 + 25 ctm.³. — Mały spadek ciepłoty, utrzymujący się przez 3 dni, około 37·2. — IV. dnia (po wstrzyknięciu) C. w. 39⁰ otorrhöe. W II. dniu ogniska zapalne w płucach, które rozszerzają się szybko, zajmując oba płuca. — Śmierć 14. XII. Uw. W miejscu wstrzyknięcia ropnie.

4. A. P. l. 5. Przyj. 14. I. w VII. dniu choroby. 15. I. C. 39·9. Wysypka w postaci drobnych, porozrzucanych guzków, blednąca. G. silnie zaczerwienione i zapalnie nacieczone; na podniebieniu m. naloty dyfteryt Gr. znacznie obrzękłe. Osłabienie duże, śpiączka. (Dziecko strasznie wychudłe; budowa b. licha). — P. III. Inj. 25 ctm.³ + 16. I. 20 ctm.³. W 20 godz. po II. inj. spadek ciepłoty zaledwie o kilka dziesiętnych. — Ogólny stan lepszy, chora swobodniejsza. — W IV. dniu świeże naloty dyfteryt. — 9. III. wychodzi wyleczona. — Uw. W miejscu wstrzyknięcia ropowica.

5. K. S. l. 12. — Przyj. 21. I. w VIII. dniu choroby. (Z trojga rodzeństwa, chorych równocześnie na płonicę, dwoje zmarło w domu). Drugiego dnia pobytu w szpitalu stan znacznie się pogarsza: 22. I. Wysypka blada, znikająca. — G. b, silnie zajęte, naloty dyfteryt. C. 39·2⁰—40. Objawy zatrucia b. silne. T. nitkowate. Usta otwarte, zupełna nieprzytomność; oddech charczący. — P. III. < IV. Inject. 50 ctm.³ godz. 12 poł. 23. I. C. 38 — gardło oczyszcza się; stan ogólny lepszy. 24. I. C. 37·2 — sprawa zapalna w g. ustępuje; pewna euphoria. 27. I. otorrhöe. — W dalszym przebiegu róża twarzy i głowy z ogólnem znacznem pogorszeniem i gorączką. — XIV. dnia spadek ciepłoty. Odtąd stan dobry, bez zmiany. — Wych. zdrów 4. III.

6. M. Z. 16 mies. Przyj. 27. I. w VI. dniu. Wysypka ledwo widoczna na szyi i klatce piersiowej. G. silnie zaczerwienione: na migdałkach i łukach wysięk włóknikowy. Gruczoły podszczęk. obrzękłe. C. 38·7, T. 132. Znaczne osłabienie. P. II. > III. Inj. 20 + 20 + 20 ctm.³ (w 6 dniach). Na drugi dzień wysypka i gardło przybladły, obrzęk gruczołów mniejszy, podmiotowo stan lepszy. — V. dnia zwiększa się obrzęk gr. podszczęk. w gardle świeże naloty dyfteryt., stan znacznie gorszy, wymioty. — W dalszym przebiegu obustronne zapalenie płuc. Śmierć 10. II.³ — Uw. W okolicy miejsca wstrzyknięcia wys. plamista, później rumień (w V. dniu)

7. S. L. lat 3½. Przyj. 23. II. w IV. dniu. Wys. żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach i łukach wysięk włóknikowy. C. 39·3. T. 136. Dziecko wygląda na ciężko chore. P. II. < III. Inj. 20 ctm.³. (24. II.) + 20 ctm.³. (25. II.). Na drugi dzień po drugiej inj. C. 37·4, wys. zbladła prawie zupełnie, gardło znacznie oczyszczone, dziecko swobodniejsze. Następne 2 dni polepszenie utrzymuje się, trzeciego dnia podniesienie się ciepłoty, obrzęk gruczołów podszczękowych; następnie świeże naloty dyfterytyczne, utrzymujące się dłużej. Zropiałe gruczoły przecięto. Dalej obustronne ropienie ucha środkowego. Wych. 6. IV.

8. M. K. lat 3½. Przyj. 5. IV. w VI. dniu. Łuszczenie obfite, na kończynach liczne wybroczyny. G. *Angina necrotica* z głębokimi ubytkami, podobne zmiany w nosie. C. 39·8, T. 140, apatya, przytomność niezupełna. P. III—IV. Inj. 25 + 30 + 30 ctm.³ (w 3 dniach). W następstwie jedynie pewne małe polepszenie w stanie ogólnym. C. pozostaje prawie bez zmiany. G. w następnych dniach oczyszcza się. VI. dnia C. 40⁰, obrzęk zapalny, najpierw okolicy stawu nadgarstkowego, później całego przedramienia i łokcia; objawy posocznicy. Śmierć 12. IV. — Uw. W miejscu wstrzyknięcia naciek zapalny.

9. M. W. lat 6. Przyj. 6. IV. w III. dniu. Wys. dość żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach ubytki wypełnione wysiękiem włóknikowym. Gruczoły podszczękowe miernie obrzękłe. C. 39, T. 148. Osłabienie, mierne upośledzenie przytomności. P. II. > III. Inj. 20 + 20 + 30 ctm.³ (w 3 dniach). Po I. Inj. spadek C. o kilka dziesiętnych, stan ogólny nieco lepszy; w III dniu C. 36·8, skóra zbladła, gardło oczyszczone, ogólna przeczulica. — W dalszym przebiegu zapalenie stawów obu rąk. W III. tygodniu zapalenie nerek z obrzękami. — Wych. 3. VI. — Uw. W miejscu wstrzyknięcia ropień.

10. S. L. lat 4. Przyj. 5. IV, choroba trwa już przeszło tydzień. Na skórze wys. miejscami łuszcząca się, ustępująca, sinawa i liczne wybroczyny. G.: daleko posunięte zmiany rozpadowe, przechodzące na podniebienie twarde i wyrostki zębodołowe. C. 39·9. T. 160, b. nikłe. Objawy zatrucia, zupełna nieprzytomność, kończyny zimne; czyszczenie, stolce zielone. P. IV. Inj. 20 + 30 ctm.³ (w 2 dniach). — W dalszym przebiegu stan pogarsza się; zmiany rozpadowe i objawy zatrucia szybko postępują. — Śmierć 8. IV.

11. J. W. lat 3. Przyj. 7. IV. w III. dniu. Wys. nierównomiernie rozmieszczona, dużo miejsc wolnych od niej. G.: na podniebieniu miękkiem nieco wysięku włóknikowego. C. 39·4. Znaczne osłabienie, apatya, wymioty (znaczna krzywica). P. II. < III. Inj. 30 ctm.³ (7. IV.) + 25 (8. IV.). Na drugi dzień po powtórnej Inj. C. 38, wysypka bez zmiany. — G.: świeży wysięk włóknikowy na migdałkach, obrzęk gruczołów podszczękowych. — W następnych dniach przy nieznacznym spadku ciepłoty wy-

[1]) Skrócenia: P = stopień ciężkości (prognosis). Inj. = wstrzyknięcie. S. B. = surowica krakowska (Bujwida). C. = ciepłota. T. = tętno. G = gardło. Wys. = wysypka. Gr. = gruczoły. Uw. = uwaga.

sypka utrzymuje się; wkrótce silne łuszczenie. W gardle rozszerza się sprawa dyfterytyczna; obustronne ropienie uszu. Śmierć 15. IV.

12. M. P. lat 12. Przyj. 7. IV. w III. dniu. Wys. b. żywa, zlewająca się. G. silnie zaczerwienione, z wysiękiem włóknikowym na migdałkach; obrzęk gruczołów podszczękowych. C. 40·2, nieprzytomność, wymioty, T. 156. P. III. — Inj. 30 ctm.³ (8. IV.) + 30 ctm.³ (g. IV) — 9. IV. Stan ogólny nieco gorszy, wysypka żywsza, C. 39·1.—10. IV. Podmiotowo stan lepszy; skóra stale płonąca, gdzieniegdzie pęka, pokryta potówką; G. bez zmiany; bole mięśniowe i przeczulica. — 12. IV. Znakomita poprawa. — 14. IV. G. czyste; łuszczenie duże. — Wych. 20. V.

13. A. D. lat 6. Przyj. 4. V. w IV. dniu. Wys. żywa, skóra i błony śluzowe żółtaczkowo-zabarwione. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach wysięk włóknikowy, gruczoły podszczękowe nieco obrzękłe. C. 40·2, znaczne osłabienie, T. 160. P. II—III. — 4. V. Inj. 40 ctm.³. — 5. V. C. 38·8. — 6. V. C. 37·7, T. 92. Stan ogólny lepszy, wys. zbladła; G.: Stan zapalny ustępuje, gruczoły mniej obrzękłe. — 7. V. Wys. zbladła zupełnie. G. oczyszczone. Wych. 23. V.

14. M. G. lat 3. Przyj. II. V. w III. dniu. Wys. miernie żywa. G. silnie zapalnie zajęte, bez złogów wysięku, gruczoły poczynają brzęknąć. C. 39, nieprzytomność, znaczne osłabienie. T. około 169. P. II. — II. V. Inj. 40 ctm.³. W następnych dniach niema żadnej poprawy; przeciwnie, prócz zblednięcia wysypki, wszystkie zmiany postępują. G. sprawa zapalna rozwija się, na migdałkach złogi szarawo-żółtawe; obrzęk gruczołów podszczękowych i silny obrzęk zapalny powiek. C. podnosi się stopniowo do 40·2. — Śmierć 15. V.

15. A. M. lat 12. Przyj. 13. V. w IV. dniu. Wys. szkarłatna na całej skórze, policzki »płoną«. G. silnie zapalnie zajęte; złogi dyfterytyczne. C. 40·2, b. znaczne osłabienie, nieprzytomność. T. wyżej 160. P. III. > IV. — W trzecim dniu pobytu w szpitalu, w którym to czasie wszystkie objawy się wzmogły, Inj. 50 ctm.³ (15. V). — Po wstrzyknięciu stan z dnia na dzień w każdym kierunku pogarsza się. W gardle rozwija się rozpad; owrzodzenia na języku; wzmagający się obrzęk gruczołów podszczękowych i szyjnych. Wys. przybiera odcień sinawy; na skórze liczne i duże wybroczyny. C. 39—40. W końcu objawy zatrucia i osłabienia serca. — Śmierć 21. V. — Uw. W miejscu wstrzyknięcia w powłokach brzusznych naciek zapalny.

16. A. T. lat 4. Przyj. 15. V. w IV. dniu. Wys. b. żywa, zlewająca się. G. silnie rozpulchnione i zapalnie nacieknięte; na migdałkach grube, serowate błony, gruczoły podszczękowe obrzękłe. C. 40·3, oszołomienie, bezsenność. T. b. drobne, z trudnością policzalne, powyżej 160. P. III. — W II. dniu pobytu w szpitalu (14. V.) Inj. 50 ctm.³. Stan nie poprawia się, lecz przeciwnie; w gardle rozwija się błonica, następnie rozpad do wielkich rozmiarów; złogi i błony przechodzą na podniebienie twarde i język, obrzęk gruczołów wzmaga się; skóra dalej wygląda »płonąco«. Później ogromne łuszczenie, ropienie uszu. C. 38—38·4. Śmierć 21. V. (Dok. w Nr. 10).

Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: Prof. Dr Wachholz).

Zbrodnicze otrucie dziecka.

Podał

Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz

asystent zakładu.

W lutym r. z. przesłano ze szpitala św. Ludwika zakładowi zwłoki 28 dni liczącej Maryi K., nieślubnej córki służącej Katarzyny K., z przeznaczeniem do sekcyi policyjno-sanitarnej. Przyczyną przesłania zwłok do zakładu medycyny sądowej była okoliczność, iż rozpoznanie kliniczne *(debilitas congenita, soor)* nie tłómaczyło nagłej śmierci dziecka, oraz że matka dziecięcia zachowaniem się swem zaraz po jego urodzeniu wzbudziła podejrzenie złych wobec niego zamiarów tak, że nawet z tego powodu przesłuchiwaną była sądownie.

Sekcya zwłok dziecka dała następujący wynik:

Zewnętrznie: 1) Zwłoki dziecka płci żeńskiej dobrze zbudowanego, licho odżywionego, 53 cm. długie. Plamy trupie wyraźne, miernie rozległe, zwykłego zabarwienia. Stężenia trupiego brak. Na powłokach skórnych gęsto rozrzucone szare wyniosłe grudki brudu i łuszczącego się naskórka. 2) Na ciele brak obrażeń.

Wewnętrznie: 3) Powłoki czaszki, sklepienie i podstawa nieuszkodzone. Opony twarda i miękie, gładkie, cienkie, lśniące, w częściach tylnych opadowo przekrwione. W zatokach żylnych ciemne, wiotkie skrzepy. Mózg prawidłowej budowy i zbitości, w krew dość zasobny, bez zmian.

4) Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa bez zmian. Płuca wolne, opłucne gładkie, lśniące, cienkie. Miąższ płuc wszędzie powietrzny, na przekroju jasno-czerwony, jędrny, gładki, wydziela przy ucisku ciecz pienistą w skąpej ilości, z krwią zmieszaną. Z oskrzeli dobywają się dość obfite czopki śluzu.

5) Osierdzie i nasierdzie bez zmian. Serce prawidłowej wielkości zawiera obfite, ciemne, wiotkie skrzepy. Zastawki, wsierdzie i naczynia bez zmian. Mięsień serca jędrny.

6) Śledziona niepowiększona, w krew dość zasobna, jędrna.

7) Wątroba prawidłowa, w krew zasobna, jędrna.

8) Nerki zrazikowe, prawidłowej wielkości, w krew zasobne, rysunek i odgraniczenie wyraźne. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy i części płciowe zewnętrzne i wewnętrzne bez zmian.

9) Język, gardło i przełyk bez zmian. Żołądek zawiera obfitą ilość gęstego śluzu o zabarwieniu niebieskawo-zielonawem. Na tylnej ścianie żołądka na przestrzeni mniej więcej pięciokoronówki błona śluzowa żołądka ciemnoszara z odcieniem sinawozielonawym, oporniejsza, twardsza, suchsza, powleczona drobnym białym proszkiem i gęstym szklistym śluzem. Reszta błony śluzowej rozpulchniona, więcej przeświecająca, z drobnemi wybroczynami i powierzchownemi nadżerkami, śluzem powleczona. Całe jelito cienkie i grube o błonie śluzowej silnie zaczerwienionej i rozpulchnionej zawiera treść krwawą śluzową. Kępy Payera i grudki odosobnione powiększone. Otrzewna bez zmian. Gruczoły krezkowe nieco powiększone, soczyste.

10) Kościec nieuszkodzony.

11) Treść żołądka nie wydziela żadnej charakterystycznej woni, oddziaływa słabo zasadowo, a zeskrobany z błony śluzowej proszek przedstawia się pod mikroskopem, jako różnej wielkości bezpostaciowe bryłki, przeświecające, bezbarwne; nadto między temi bryłkami spotyka się rozrzucone kępki nitek grzybka pleśniawek, ciałka białe i śluz.

Gdy na podstawie tego wyniku sekcyi nie mogło ulegać wątpliwości, że dziecko zmarło skutkiem otrucia, przeto zawiadomiono o tym przypadku Prokuratoryę Państwa, która zarządziła wykonanie na zwłokach dziecka powtórnej sekcyi, jako sekcyi sądowej.

Wydane dla sądu orzeczenie brzmiało:

1) Przyczyną śmierci dziecka stał się ostry nieżyt żołądka i jelit, wywołany działaniem jakiejś, bliżej jednak określić nie dającej się trucizny, być może arszeniku, łącznie z jakąś solą miedziową.

2) Stanowcze w tej mierze orzeczenie wydać będzie można po przeprowadzeniu badania chemicznego przechowanej w tym celu treści żołądka oraz narządów wewnętrznych dziecka.

3) Uwzględniając okoliczności przypadku, należy przyjąć karygodne działanie osoby drugiej.

Przeprowadzone śledztwo sądowe stwierdziło następujące szczegóły: Matka zmarłego dziecka przyjęta została wraz z niem na oddział mamek szpitala św. Ludwika, a jak inne kobiety pozostające na oddziale, a przesłuchiwane w roli świadków zeznały, obchodziła się z dzieckiem źle, niechętnie podawała mu pierś, z powodu czego dziecko głodne często płakało; kąpała je w zimnej wodzie a na krótki czas

przed śmiercią dziecka coś »tajemniczo koło dziecka robiła«, poczem ono poczęło kwilić i wkrótce potem zmarło. Przed śmiercią zauważono u dziecka wymioty treścią ciągnącą się, zielonkawą.

Dalsze dochodzenia wykryły, że jedna z przebywających na oddziale mamek, przyniosła w tym czasie jakiś środek z apteki, który nazywała »sinym kamieniem« i który rozpuściwszy w wodzie, umieściła za piecem. Środek ten miała zamiar używać jako lekarstwa przeciw świerzbowi. Flaszki z owym środkiem w czasie prowadzenia dochodzeń sądowych nie znaleziono.

Przeprowadzone równocześnie z śledztwem sądowem badanie chemiczne stwierdziło w treści żołądka i jelit dziecka arsen i miedź, a chemicy sądowi w orzeczeniu swem zaznaczyli, że wynik badania chemicznego przemawia za tem, iż trucizną, która śmierć dziecka wywołała, była jużto zieleń Scheelego, już też zieleń szwajnfurtska.

Na podstawie tych wyników śledztwa oskarżyła Prokuratorya Państwa Katarzynę K. o zbrodnię morderstwa. Po przeprowadzonej rozprawie głównej zaprzeczyli sędziowie przysięgli 9 głosami postawione im w kierunku morderstwa pytanie, a trybunał wydał wyrok, uwalniający podsądną.

Pomijając stronę psychologiczną, zasługuje powyższy przypadek z kilku przyczyn na wzmiankę.

W dawniejszych czasach posługiwano się bardzo często i chętnie trucizną w celach zbrodniczych, obecnie przeciwnie, morderstwa przez otrucie należą do coraz rzadszych. Przyczynę tego upatrywać należy z jednej strony w odpowiednich przepisach ustawowych, niedozwalających na wydawanie osobom do tego nie uprawnionym leków działających niebezpiecznie, ani przetworów chemicznych, mogących dla zdrowia i życia ludzkiego stać się szkodliwymi, z drugiej zaś strony w rozwoju nauk chemicznych i w tym coraz szerszym warstwom ludności wiadomym szczególe, iż w razie najlżejszego podejrzenia czynu karygodnego zarządzają władze sądowe sekcye zwłok, a co za tem idzie, że możliwość wykrycia zbrodni jest bardzo wielka. Statystyka otruć stwierdza dalej, że dzieci, a zwłaszcza oseski stanowią znikająco mały odsetek osób, które padły ofiarą zbrodni przez otrucie. Tłómaczy się to tą okolicznością, iż czyn, jeśli się go matka dziecięcia dopuszcza, jest czynem zazwyczaj odruchowym, przy którym sprawca posługuje się sposobami prostszymi i prędzej do celu wiodącymi, a więc uduszeniem, utopieniem, uszkodzeniem narządów dla życia ważnych przy pomocy pod ręką znajdującego się jakiegokolwiekbądź sprzętu, wreszcie porzuceniem dziecka w takiem miejscu, gdzie albo zimno, albo brak pokarmu zastępują czynne targnięcie się matki. Jeżeli zaś dziecię traci życie w pierwszych tygodniach lub miesiącach po urodzeniu się, z ręki osób obcych, to osobami temi w największej liczbie przypadków są kobiety biorące na wychowanie zwłaszcza dzieci nieślubne. Kobiety te zbyt są obeznane z ustawą karną, by chwytać się sposobów, które mogłyby je narazić tak na utratę wolności, jak i, co ważniejsze, na utratę zarobku, lecz zwolna a skutecznie niewinnymi napozór środkami przygotowują powierzone swej opiece oseski do późniejszej ich roli aniołków, wiedząc, że przeprowadzona nawet wskutek jakiegoś doniesienia sekcya stwierdzi jedynie zmiany chorobowe w narządzie oddechowym i przewodzie pokarmowym, które, jak to niestety często na odpowiednie pytania sądu musimy odpowiadać, powstać mogą także samoistnie.

Badanie chemiczne stwierdziło w naszym przypadku w treści żołądka i jelit dziecka obecność arsenu i miedzi, co skłoniło chemików do orzeczenia, iż otrucie nastąpiło albo zielenią Scheelego, t. j. arseninem miedziowym, lub też arseninem i octanem miedziowym czyli t. zw. zielenią szwainfurtską. Wnioski te przez chemików na podstawie wyniku badania chemicznego wysnute, były najzupełniej słuszne, a jednak na podstawie obrazu sekcyjnego, w szczególności zmian w żołądku mam, jak sądzę, podstawę do twierdzenia, że w danym przypadku żaden z wymienionych przez chemików przetworów otrucia nie wywołał. Opierając się na doświadczeniu nabytem w zakładzie przy sposobności wykonania sekcyi zwłok osób, zmarłych skutkiem otrucia solami miedziowemi i zielenią szwainfurtską, o czem w swoim czasie zdałem sprawę, przyjmuję raczej, iż otrucie nastąpiło mechaniczną mieszaniną siarkanu miedziowego i arszeniku.

W sprawozdaniu mem z dwu przypadków otrucia arszenikiem [1]), sekcyonowanych w zakładzie, omówiłem nieco obszerniej sprawę miejscowego działania arszeniku i starałem się na podstawie szeregu badań doświadczalnych i spostrzeżeń anatomicznych dowieść, iż arszenik nie posiada działania żrącego i że odnosi się to tak do arszeniku białego, jak i do jego soli. Sekcyonując zaś zwłoki kobiety, która w zamiarze samobójczym otruła się zielenią szwainfurtską, mogłem stwierdzić, że w istocie błona śluzowa prócz zmian, dowodzących ostrej sprawy zapalnej nigdzie nie miała takiego wejrzenia, jakie wywołuje działanie trucizny żrącej. Ten sam obraz stwierdzić mogłem i w dalszej części przewodu pokarmowego. W przypadku tym nadto można było nietylko ze zmian anatomicznych rozpoznać otrucie arszenikiem, lecz także stwierdzić, jaką jego solą otrucie wywołane zostało, gdy żołądek wypełniała obfita treść, zielono zabarwiona, a na błonie śluzowej tak żołądka, jak i jelit znajdował się zbity w grudki zielony proszek.

Sole miedziowe, w szczególności siarkan i octan miedziowy, należą, jak to wynika z ich własności chemicznych, do trucizn, działających silnie żrąco. Zmiany anatomiczne, przez nie wywołane, polegają na obumarciu błony śluzowej, która, jak to znów pouczają przypadki w zakładzie sekcyonowane, bywa wtedy suchą, twardą, zgrubiałą, pokrytą wybroczynami i nadżerkami, powleczoną szklistym, ciągnącym się śluzem; w każdym prawie przypadku takiego otrucia udaje się dalej stwierdzić charakterystyczne zabarwienie błony śluzowej, które (jak to zaznaczyłem, podając do wiadomości przypadki w zakładzie sekcyonowane [2]), w razie otrucia siarkanem miedziowym jest zielonawe, przy otruciu zaś octanem miedziowym niebieskawe.

Jeśli się uwzględni różnice w działaniach środków w danym przypadku wchodzących w rachubę, oraz zmiany w przewodzie pokarmowym dziecka, stwierdzone przez sekcyę, w szczególności zaś zmianę na tylnej ścianie żołądka, dowodzącą niewątpliwie obumarcia błony śluzowej w tem miejscu, oraz jeżeli się uwzględni równocześnie jej sinawozie-

[1]) Dwa przypadki otrucia arszenikiem oraz kilka słów o jego działaniu miejscowem. »Przegl. lek.« 1902.

[2]) Zur Kasuistik der Vergiftungen durch Kupfersalze. »Vjschr. für gerichtl. Med.« 3 F. T. XXV. Z. 1.

lone zabarwienie, w takim razie jako pewne uważać należy, iż zmiana ta wywołaną została środkiem żrącym, jakim w danym przypadku była sól miedziowa i to siarkan miedziowy. Wniosek ten, zgodny z objawami spostrzeganymi za życia i z wywiadami, popiera także wynik badania chemicznego. Zmiany te anatomiczne wystarczają same przez się do rozpoznania otrucia tą solą miedziową, obok nich zaś przeciw otruciu jedną z wymienionych soli arsenowych przemawia dalej ta okoliczność, że treść żołądka nie była charakterystycznie zielono zabarwiona, że dalej na błonie śluzowej nie stwierdzono trucizny w postaci nierozpuszczonego zielonego proszku, natomiast znaleziono na błonie śluzowej drobny biały proszek. Czy właśnie proszek ten był arszenikiem, stanowczo rozstrzygać nie mogę; opierając się jednak na wyniku badania chemicznego nie można wątpić, iż w istocie do przewodu pokarmowego dziecka wprowadzony został także arszenik, wywołując być może ze swej strony część zmian w żołądku i jelitach.

Przypadek powyższy poucza w końcu, jak potrzebną i użyteczną jest instytucya sekcyi policyjno-sanitarnych. Śmierć z otrucia przebiegać może u dziecka wśród objawów tak nieznacznych, że nawet wprawne oko lekarza ich nie spostrzeże. Gdy jeszcze dziecię takie czas dłuższy choruje wśród przypadów n. p. żołądkowo jelitowych, zdarzyć się może łatwo, iż, zwłaszcza w miastach mniejszych lub wsiach, śmierć dziecka nie budzi podejrzenia, a zbrodnia ujdzie bezkarnie. Przypadek powyżej opisany jest już drugim z rzędu, w którym sekcya policyjno-sanitarna, w tutejszym zakładzie wykonana, stwierdziła jako przyczynę śmierci oseska otrucie mimo, iż objawy za życia za tem nie przemawiały. Pierwszy przypadek sekcyonował i opisał Wachholz[3]). Do zakładu przesłał jeden z lekarzy miejskich zwłoki 2-miesięcznego dziecka celem wykonania sekcyi z powodu niejasnej przyczyny śmierci. Sekcya i badanie chemiczne stwierdziły otrucie fosforem, a matka dziecka, która zbrodni tej się dopuściła, skazana została na 5 lat ciężkiego więzienia.

Z kliniki chorób dzieci Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr Ksawery Lewkowicz).

O znaczeniu rozpoznawczem odczynu skórnego po szczepieniu tuberkuliną sposobem Pirquetowskim.

Podał

Dr Władysław Filipkiewicz,
asystent kliniki.

Rozpoznanie rozwiniętej gruźlicy w wieku dziecięcym nie natrafia przeważnie na większe trudności. Stwierdzenie jednak gruźlicy wczesnej bywa w bardzo wielu przypadkach trudne, mało stanowcze; cóż dopiero mówić o gruźlicy utajonej, niedostępnej dla badania fizycznego.

Do nowszych sposobów rozpoznawania gruźlicy należy metoda, podana przez Pirqueta, na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego dnia 15. maja 1907. O piśmiennictwie w tej sprawie nie będę wspominał, dosyć bowiem wyczerpująco podali je Skórczewski i Korczyński (Przegl. lek.« Nr 1, 1908).

Metoda Pirqueta polega na swoistym odczynie w postaci miejscowego zapalenia, jakie wywołuje 25% roztwór tuberkuliny Kocha, wszczepiony naskórnie.

Szczepienia przeprowadziłem na materyale klinicznym i chirurgicznym szpitala św. Ludwika, prócz tego na materyale ambulatoryjnym. Ambulatoryjnie zaś szczepiłem tylko przypadki podejrzane o gruźlicę i z pewną gruźlicą.

Ogółem przeprowadziłem przeszło 100 szczepień, które podaję na załączonej tablicy. Używałem do szczepienia starej tuberkuliny Kocha (fabr. Hoechst n/M.) i sporządzałem do każdego szczepienia rozczyn świeży, 25%. Oczyściwszy poprzednio skórę eterem i wyskokiem, szczepiłem zwykłymi lancetami, używanymi do szczepienia krowianki, robiąc na ramieniu dwa cięcia, — jedno wyżej, drugie niżej, — bardzo płytkie, raczej zdrapania powierzchowne, tak, aby ledwo krew się pokazała, by zaś więcej nie krwawiły. W jedno z tych cięć szczepiłem rozczyn tuberkuliny, drugie (górne) zostawiałem dla kontroli nieszczepione. Uważam ten sposób za zupełnie wystarczający, a przedewszystkiem mniej bolesny dla chorego od używanych w tym celu specyalnych świderków.

Odczyn skórny dodatni występował u niektórych badanych wcześniej, u innych później (najwcześniej po 9 godzinach, najpóźniej trzeciego dnia).

Odczyny bywały rozmaicie silne; czasem tylko obwódka czerwona bez wybitniejszego obrzęku, lub też nacieku, częściej typowy zupełnie guzek (*papula*) i silne zaróżowienie. W jednym zaś przypadku wytworzył się na miejscu szczepionem pęcherz wielkości 1 $\times$ 2 ctm., wypełniony cieczą żółtawą, przeźroczystą. Dalszego przebiegu tegoż pęcherza nie było mi danem śledzić. W kilku przypadkach spostrzegałem tworzenie się po kilkunastu godzinach, dookoła ranki, kilku drobnych guzków, poczem dopiero w pewien czas występował typowy odczyn. Za odczyn dodatni w dwóch przypadkach uznałem i odczyn o małem nasileniu, zaróżowienie o średnicy kilku zaledwie milimetrów, wbrew zapatrywaniu Skórczewskiego, a to dlatego, że w dwóch tych przypadkach szczepienie, dokonane 3-go dnia powtórnie, dało taki sam wynik, coby dowodziło, że nie chodziło stanowczo o jakieś przypadkowe zakażenie miejscowe. Ustępowanie takich odczynów trwa rozmaicie długo, od kilku dni do kilku nawet tygodni, nieraz zaś pozostaje, zwłaszcza po odczynach silnych, długo się utrzymująca plama barwikowa. W żadnym przypadku nie spostrzegałem podniesienia się ciepłoty, ani objawów ogólnych.

Zapalenie pryszczykowe, które wystąpiło w kilka dni po szczepieniu u dziewczyny z porażeniem dziecięcem rdzeniowem i przypuszczalnem zagęszczeniem prawego szczytu, wystąpiło prawdopodobnie czysto przypadkowo po wykonaniu szczepienia, dziewczyna ta przechodziła je bowiem już parę razy w życiu.

Chorych przed wykonaniem szczepienia przydzielałem do 3 następujących grup: 1) chorzy »bez podejrzenia«, 2) »podejrzani o gruźlicę« i 3) »z gruźlicą pewną«.

Badanie każdego dziecka przeprowadzałem bardzo dokładnie w kierunku gruźlicy, oraz zołzów.

W niektórych przypadkach dziedziczność, zboczenia w odżywieniu i budowie, objawy skazy wysiękowej (*diathe-*

[3]) Zur Kazuistik der Phosphorvergiftungen. »Ztschr. f. Med.« 1894.

sis exsudativa Czerny), jakość i ilość gruczołów i t. d., skłaniały mnie do zaliczenia pewnych przypadków do grupy »podejrzanych o gruźlicę«. Co się tyczy gruczołów, zwracałem szczególną uwagę na gruczoły śródpiersia, które przy każdem umiejscowieniu gruźlicy prawie bez wyjątku bywają zajęte. Stosowałem mianowicie sposób, podany przez Smitha. Metoda ta polega na osłuchiwaniu na rękojeści mostka. Przy zwykłem położeniu głowy nie słyszy się nic nieprawidłowego. Przy silnem przechyleniu głowy ku tyłowi, zjawia się w przypadkach powiększenia się gruczołów okołooskrzelowych szmer żylny, mniej lub więcej głośny i jednostajny, wywołany według Smitha uciskiem powiększonych gruczołów na żyłę główną górną. Objawu tego szukałem w każdym przypadku i stwierdzałem go prawie wszędzie tam, gdzie na podstawie powiększenia gruczołów podpachowych znaczniejszego stopnia i innych objawów,

Bez podejrzenia o gruźlicę			Podejrzane o gruźlicę		Z gruźlicą pewną	
Wynik dodatni +	Wynik ujemny —		Wynik dodatni +	Wynik ujemny —	Wynik dodatni +	Wynik ujemny —
1. Polyarthritis rheumatica.	10. Simulatio.	40. Bronchitis capillaris.	60. Pleuropneumonia ambilat Gruczołki podejrz.	77. Enteritis chron. Cachexia. Gruczołki!	81. Pertussis. Tbc. pulmonum. Prątki w plwocinie.	102. Coxitis dextr. Cachexia.
2. Typhus abdominal.	11. Stomatitis aphthosa in rhachitico.	41. Naevus pilosus antibr.	61. Adnexitis in anaemico. Anorexia.	78. Peritonitis circumscripta.	82. Peritonitis tbc.	103. Tbc. pulmon. Tabes mesaraica. Cachexia.
3. Struma.	12. Typhus abdominal.	42. Bronchitis in rhachitico.	62. Nephritis chron. Gruczołki!	79. Enteritis chron. tbc? Bronchitis diffusa. Inanitio. Sekcya tbc. +.	83. Anaemia in ind. cum indurat. apicis dextri.	
4. Mastoiditis purulent. dextr.	13. Appendicitis.	43. Influenza.	63. Nephritis haemorrhagica. Gruczołki drobne. Eczema capitis. Rhinitis chronica. (Z zakładu Żurowskiej.)	80. Typhus abdom. O. Smitha +. Siostra pod l. 66 szczepiona poprzednio z wynikiem +.	84. Spondylitis tbc.	
5. Lymphangioma.	14. Stomatitis aphthosa.	44 Hernia inguinal.	64. Luxatio coxae dextra. Polymicroadenia O. Smitha +.		85. Spondylitis tbc.	
6. Erysipelas faciei.	15. Atrophia cerebri microcephalia.	45. Nephritis post scarlatinam.	65. Coxa vara. Gruczołki!		86. Pes equinus, osteomyelitis tbc. peracta. Tbc. universal.	
7. Polyarthritis rheumatica.	16. Morbus Hirschsprungi.	46. Rhachitis.	66. Typhus abdom. Gruczołki twarde. O. Smitha +.		87. Coxitis dextra.	
8. Pneumonia croup. dextr.	17. Pneumonia croup. dextr.	47. Fluor albus.	67. Tumor in abdomine prob. tbc. peritonei. O. Smitha —. Sekcya tbc. +.		88. Olenitis tbc.	
9. Stomatitis aphthosa.	18. Typhus abdominal.	48. Hydrocephalus acquisit.	68. Polyomyelitis ant. acuta. Induratio apic.?		89. Coxitis dextra.	
	19. Pes varus.	49. Meningitis cer. spin. epidem.	69. Polymicroadenia, indurat. apic. dextr. O. Smitha +.		90. Lupus nasi. (Operatio plastica facta).	
	20. Angioma faciei.	50. Helminthiasis.	70. Pneumonia centr. O. Smitha +.		91. Tbc. pulmonum. Prątki w plwocinie.	
	21. Combustio, cicatrices, rhachitis.	51. Pertussis.	71. Bronchopneum. ambilat. prob. tbc.		92. Anaemia. Indur. ap. dextr. O. Smitha +.	
	22. Sarcoma renis sin.	52. Bronchitis in rhachitico.	72. Onania. Enuresis noct. O. Smitha +.		93. Bronchitis sicca. Polymicroadenia. Tbc. iridis. (Z kliniki ocznej).	
	23. Luxatio coxae traum. sin.	53. Hydrocephalus congen.	73. Induratio apic. Dziedziczność (brat † na tbc. mening.)		94. Meningitis tbc. (punctio facta).	
	24. Appendicitis purulenta.	54. Stomatitis ulcerosa.	74. Bronchitis chronica. Anorexia.		95. Infiltratio pulmon. Prątki w plwocinie.	
	25. Luxatio traum. coxae.	55. Soor.	75. Adnexitis. Polymicroadenia.		96. Infiltratio pulmon. Prątki w plwocinie.	
	26. Hernia inguin.	56. Hernia umbilic.	76. Pneumonia dextra. O. Smitha +. (4 raz zapalenie).		97. Indur. pulmon. dextr. Cicatrices post tbc. ossium. O. Smitha +.	
	27. Hydrocephal. internus.	57. Influenza.			98. Tbc. pulmon. Lymphomata colli. Anaemia. Tbc. w plwocinie.	
	28. Nephrolithiasis.	58. Prolapsus recti.			99. Scrophulosis, spina ventosa.	
	29. Exsudat. pleur. dextr. purulent. Objaw Smitha. — Sekcya tbc. —	59. Bronchitis in rhachitico.			100. Spinae ventosae.	
	30. Chorea minor.				101. Infiltratio pulm. (Dziedziczność).	
	31. Stenosis pylori, inanitio.					
	32. Typhus abdominal.					
	33. Typhus abdominal.					
	34. Appendicitis.					
	35. Foetus praematur.					
	36. Meningitis cerebrospinal. epid.					
	37. Empyema pleurae dextr.					
	38. Pneumonia croup. dextr.					
	39. Empyema pleurae sinistr.					

przemawiających za gruźlicą, przypuszczać było można powiększenie gruczołów oskrzelowych.

Do grupy »gruźlica pewna« zaliczałem, jak zresztą widać z załączonej tablicy, wszystkie te przypadki, w których była ona klinicznie udowodnioną; na 21 tych przypadków było 8 gruźlicy chirurgicznej.

Wyniki moich badań zestawiłem powyżej w tablicy.

Według mojego zestawienia okazuje się, że na 59 przypadków, gdzie na podstawie klinicznego badania gruźlicy nie przypuszczałem, wypadł odczyn dodatnio 9 razy (15·3 prc.) — (16% u Pirqueta).

W grupie drugiej, podejrzanych o gruźlicę, szczepiłem dzieci 21, z czego w 17 przypadkach otrzymałem odczyn dodatni (80·9%).

Do grupy trzeciej »gruźlica pewna« zaliczonych przypadków było 22; 20 dało odczyn skórny dodatni (90·9%).

U dwojga dzieci z tej grupy, u których odczyn skórny wypadł ujemnie, były już objawy wyraźnej chery, a w takich przypadkach, jak Pirquet i inni podają, odczyn swoisty zazwyczaj nie występuje.

Przypadków sekcyjnych, sekcyonowanych w Zakładzie anatomii patologicznej U. J., było trzy; z tych w jednym (Rozp. klin. *Enteritis chronica tuberculosa? Bronchitis diffusa. Cachexia*), mimo, że odczyn skórny wypadł ujemnie, sekcya gruźlicę stwierdziła, ale i w tym przypadku chodziło o dziecko nadzwyczaj wyniszczone. Zresztą w dwóch przypadkach wynik sekcyi zgodził się z wynikiem odczynu skórnego (jeden dodatni, drugi ujemny).

Ogółem tedy dodatnich odczynów na 103 szczepionych dzieci było 47 (45·6% dzieci gruźliczych!).

Liczba ta odnosi się do całego materyału badanego. Jeżeli się odtrąci 9 przypadków badanych ambulatoryjnie, wszystkie podejrzane o gruźlicę, lub z gruźlicą pewną, obciążających powyższą statystykę, otrzymamy dla materyału klinicznego i szpitalnego 38 odczynów dodatnich na 94 przypadków badanych, t. j. 40·5 %. Liczba ta nie wyda się chyba nadmiernie wielką, skoro się uwzględni statystykę miasta Krakowa, która wskazuje, że z ogólnej śmiertelności przypada na gruźlicę dwadzieścia kilka % *).

Są to jednak tylko przypadki, w których gruźlica była według rozpoznań lekarzy ordynujących bezpośrednią przyczyną śmierci. Jeżeli się do tego doda przypadki śmierci z innych przyczyn z ogniskami gruźliczemi, jako zjawiskiem dodatkowem, to u dzieci, jakby wynikało n. p. ze statystyki szpitala wiedeńskiego św. Anny (Hamburger i Sluka, Hamburger), — częstość gruźlicy w materyale sekcyjnym podnosi się — zależnie od wieku dzieci — na 40 — 70%. W materyale przebywającym w szpitalu byłaby ta częstość prawdopodobnie znacznie niższą, coby dobrze zgadzało się z liczbami, otrzymanemi przy szczepieniu Pirquetowskiem.

Na podstawie tych 103 przypadków, mianowicie wobec szczupłego materyału sekcyjnego, który jedynie może mieć znaczenie rozstrzygające, nie można wydać jeszcze ostatecznego i pewnego sądu o wartości metody. Ale już obecnie można zaznaczyć, że wyniki badaniem Pirquetowskiem osiągnięte dobrze, jak z powyższych zestawień wynika, zgadzają się z rozpoznaniem klinicznem i w przypadkach wątpliwych mogą być dla celów rozpoznawczych wyzyskane.

*) W r. 1901 — 21·4%, w r. 1902 — 22·4%; w listopadzie 1907 22·5%, w grudniu 1907 — 28·5%.

Uczniom Czcigodnego Profesora Jakubowskiego, składającym Ukochanemu swemu Nauczycielowi hołd wdzięczności, oddajemy na ten cel łamy naszego pisma z tem większą radością, że przez to i »Przegląd lekarski«, złączony z Czcigodnym Jubilatem tyloletnimi blizkimi i serdecznymi węzłami, może w hołdzie dla Niego jaknajściślej uczestniczyć.

Obywatelska i społeczna działalność Czcigodnego Jubilata miała znaczenie nietylko dla rodzinnego Jego miasta i jednej ziem naszych dzielnicy, a Jego praca naukowa i dydaktyczna wywarła wpływ na rozwój pedyatryi w całej Polsce. Totéż w uczczeniu Jego łączą się dziś szerokie koła lekarzy polskich. Wypełnimy myśl czytelników naszych, składając Czcigodnemu Jubilatowi ich także imieniem z całego serca życzenia, by mógł w pełni sił, ku pomyślności umiłowanych dzieł swoich, pracować owocnie jaknajdłuższe jeszcze lata!

Redakcya.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 7. marca 1908. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Serajewie.

Histerya z wybitnemi zboczeniami psychicznemi.

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Właściwe ocenienie histeryi i poznanie jej gruntowne stanowi zasługę francuskiej szkoły lekarskiej w drugiej połowie zeszłego stulecia. Francya, a zwłaszcza Paryż, to siedziba najznamienitsza, a przynajmniej jedna z najznamienitszych tej choroby; tam najwięcej było sposobności do śledzenia jej objawów i poznawania jej postaci, a równoczesny rozwój neurologii anatomicznej ułatwiał w wysokim stopniu stworzenie ogólnego, klinicznego obrazu tego, co, nie przestając być chorobą, nie jest jednak chorobą anatomiczną w zwykłem tego słowa znaczeniu. Wielka zmienność i niestałość zaburzeń, ich wielorakość i nieprzebrana prawie różnorodność, nadzwyczajne stopniowanie w nasileniu zjawisk, utrudniały w wysokim stopniu krytykę klinicznych spostrzeżeń histeryi, ale równocześnie same przez się nasuwały przypuszczenie, jedynie uzasadnione, że siedliskiem choroby jest mózg, ściślej biorąc kora mózgowa. Pierwszym, który w ten sposób pojął histeryę, był Charcot, i jego to piórem skreślone zostały w mistrzowski istotnie sposób opisy przypadków tej choroby. Pod wpływem Charcota i jego szkoły zaczęto histeryę uważać za nerwicę psychiczną, a nieprawidłowym stanem kory mózgowej tłomaczyć jej objawy. Ile czynnościowych obszarów w korze, tyle różnorodnych zboczeń, a więc i obrazów choroby, obrazów prostych, lub bardziej złożonych, szkicowanych łagodnemi liniami, lub kreślonych jaskrawym rysunkiem, zależnie od rozległości i od stopnia zmian czynnościowych w korze.

Gdybyśmy obraz histeryi, jako pojęcie oderwane, rozczłonkować chcieli, to należałoby odróżnić w nim pewne zasadnicze grupy zboczeń. Pierwszą tworzą zboczenia psychiczne, drugą zmysłowe, trzecią czuciowe, czwartą i ostatnią ruchowe. W każdej z grup powstawać mogą dwa rodzaje zaburzeń, napozór przynajmniej wprost sobie przeciwnych: wygórowanie wrażliwości i zmniejszenie aż do zupełnego zniknięcia zdolności odczynu.

Postawienie zboczeń psychicznych na samem czele nie jest ani rzeczą przypadkową, ani dowolną. Miejsce to należy się im najzupełniej słusznie, gdyż niema histeryi bez mniejszych lub większych psychologicznych wypaczeń. I te właśnie wypaczenia nadają piętno duchowe histerycznym chorym. Wspólnem znamieniem ich usposobienia jest w pierwszym rzędzie wielka zmienność nastroju psychicznego, zależna od chorobliwej wrażliwości psychicznej, a w niemniejszym stopniu także przesadny subjektywizm. Własne »ja« — bez względu na to, czy na zewnątrz objawia się widocznem ciasnem samolubstwem, czy przesadnym altruizmem — tworzy u nich istotną podstawę odczuwania i oceniania wrażeń, kierunku myśli, rozumowania, wysnuwania wniosków; osobiste odczuwanie, nierzadko własne zachcianki są dla nich jedynie słuszną miarą, a pragnienie ich zaspokojenia jedynym zrozumiałym motywem dla psychologicznego przerabiania wrażeń, często i dla czynów. Jak długo umysł nie stracił jeszcze zupełnie zdolności krytyki, a wola zachowała dostateczny zasób sił, posiadają chorzy pewną miarę panowania nad sobą i hamowania się, jeśli nie zawsze, to przynajmniej w ważniejszych chwilach. W wyższych stopniach choroby zatraca się i krytyka i wola, a wtedy i wewnętrzne życie psychiczne i zewnętrzne jego przejawy odbywać się mogą zupełnie odruchowo, bez jakiegokolwiek względu na logikę myśli i czynów i bez względu na świat zewnętrzny. Mogą wtedy powstawać obrazy histeryi, w których choroba nie przedstawia się już jako zwykła nerwica, zmieniająca usposobienie danej osoby, przykra dla niej samej i dla otoczenia, zmniejszająca rozmiary i wydatność pracy, ale nosi znamiona choroby psychicznej ze wszystkiemi jej następstwami. Mamy wtedy przed sobą psychozy histeryczne, jak brzmi niezupełnie może słuszna, ale najbardziej utarta nazwa tych stanów.

Psychozy takie są zazwyczaj bardzo nietypowe, przedewszystkiem przez swoją zmienność. Ale ta zmienność jest ich właściwem znamieniem. Bez niej byłoby niekiedy bardzo trudno wyłączyć samoistną chorobę umysłową, lub powikłanie jej z histeryą. Podnosi to z naciskiem między innymi Binswanger, mówiąc, że w przypadkach wybitnych zboczeń w histeryi, tak wielka bywa zmienność objawów, wskazujących na zboczenia umysłowe, że wszelkie usiłowania rozpoznawcze, zmierzające do ujęcia zboczeń w ramy obrazu jednej tylko psychozy, są wprost bezowocne.

Piśmiennictwo neurologiczne zajmuje się już oddawna bardzo żywo psychologią chorych histerycznych, a odnoszące się tu prace kuszą się o zbadanie i ustalenie związku między psychicznym stanem chorych, a zewnętrznemi cielesnemi znamionami choroby. Jak dotąd usiłowania te mają tylko znaczenie pojęć hipotetycznych O ustaleniu poglądów, tłomaczących objawy histeryi, nie może być jeszcze mowy. Dalsze badania i krytyczne rozbiory spostrzeżeń, odnoszących się do przypadków histeryi, są wobec tego bardzo pożądane. Ale nietylko z teoretycznego punktu widzenia budzić musi zajęcie badanie i spostrzeganie ciekawszych przypadków histeryi. Także i ze względów czysto praktycznych zasługują one na pilną uwagę, a ich powstawanie i krytyczny rozwój na krytyczną ocenę. Pewność w rozpoznaniu histeryi, bez właściwego klinicznego spostrzegania, jest wobec znacznego rozpowszechnienia tej choroby bardzo ważna dla każdego lekarza. Posiadając ją, spełnia się lepiej nietylko ściśle lecznicze zadania lekarskie, ale także i społeczne. Wobec tego usprawiedliwionym

może będzie opis przypadku histeryi z wybitnymi objawami psychicznymi, który w ostatnich czasach był przedmiotem badania i spostrzegania na moim oddziale.

L. A., lat 22, wyznania mojżeszowego (Spaniol), syn kupca z Sarajewa.

Według opowiadania siostry i szwagra chorego nie zdarzały się w rodzinie przypadki chorób nerwowych, ani umysłowych. Przy bliższem wszakże śledzeniu wychodzi na jaw, że rodzice jego są ze sobą spokrewnieni, że ojciec odznacza się gwałtownem usposobieniem i nierzadko wybucha niepomiarkowanym gniewem bez ważniejszej przyczyny. Dalsze pytania co do kiły, nadużywania napojów wyskokowych i t. p. szczegółów, mających znaczenie dla powstawania chorób nerwowych u potomstwa, dały wynik ujemny. — Jako dziecko miał być L. A. zupełnie prawidłowy, a rozwój jego fizyczny i umysłowy miał się odbywać prawidłowo do siódmego roku życia. W tym wieku zapadł na jakąś dłuższą chorobę gorączkową, według opowiadania na dur brzuszny. Po wyzdrowieniu spostrzeżono wyraźną zmianę jego usposobienia. Stał się bardzo drażliwym, kapryśnym, niepowściągliwym, skarcony dostawał nierzadko napadów spazmatycznego płaczu, niekiedy wybuchał znów śmiechem, jakoby nienaturalnym. Z rozpoczęciem nauki zdradzał tak wielki brak zdolności, że tylko z wielkim trudem nauczył się czytać i pisać, oraz nieco rachunków. Ojciec, który miał zamiar dać mu wyższe wykształcenie, zniechęcił się do syna z powodu jego niepojętności, stał się dla niego przykrym, co niekorzystnie wpływało na chłopca. Wreszcie zobaczył, że nie zrobi z niego uczonego i wziął go za radą nauczycieli do swego handlu. Jako pomocnik sklepowy miał chory spełniać dość dobrze swoje obowiązki, przynajmniej o tyle, że otoczenie nie dostrzegało nic rażącego w jego postępowaniu i zachowaniu się. Jedynie tylko kłótliwość i gniewliwość czyniły przykrem przebywanie w jego towarzystwie. Wyrósłszy na młodzieńca, zaczął od ojca żądać, aby mu urządził własny sklep. Te żądania bywały bardzo natarczywe i z tego powodu przydarzały się słowne utarczki między ojcem, a synem. W ciągu zeszłego roku otrzymał chory to, czego żądał, w postaci małego sklepiku. Nie był jednak z tego zadowolony, narzekał, że ma »za mały interes«, miewał częste utarczki ze swymi odbiorcami, swarzył się ze sąsiadami. Przed 5 tygodniami zjawiły się nagle po całodziennym poście i przesadnych modlitwach wyraźne zboczenia psychiczne. Chory na wpół przytomny wykonywał najrozmaitsze ruchy rękami i nogami, a nawet całem ciałem, wykrzywiał twarz, stroił najrozmaitsze miny, wybuchał bez widocznej przyczyny płaczem lub śmiechem, albo znów popadał w stan zupełnej apatyi i całemi godzinami śnił z otwartemi oczyma, leżąc lub siedząc.

Po raz pierwszy widziałem chorego w godzinie ordynacyjnej 5. października 1907. Podczas badania zachowywał się biernie, na pytania odpowiadał niechętnie i jakby z pewnym wysiłkiem, namyślając się długo i cedząc jedno słowo po drugiem. Ożywił się dopiero, gdy wśród rozmowy poruszyłem stronę seksualną jego życia. Zaczął wtedy wyrzekać na ojca, że nie pozwala mu ożenić się, że on chce mieć własny dom, żonę i dzieci. Bezpośrednio po całym potoku słów na ten temat wystąpił nietypowy napad histero-epileptyczny. Po paru rzutach rękami i krótkotrwałem wyprężeniu całego ciała, pojawiły się najrozmaitsze ruchy. Początek stanowiły ruchy głową, po których nastąpiły ruchy całego tułowia, naśladujące dokładnie rytmiczne zginanie i wyprostowywanie ciała, jakie się widzi u derwiszów w meczetach podczas wieczornych czwartkowych nabożeństw na zakończenie modlitw. W takt bębna przeginają uczestnicy całe ciało, a raczej rzucają niem naprzód i w tył, z jednego boku na drugi, a po pewnym czasie niektórzy z nich dostają ogólnych drgawek, czasem popadają w stan katalepsyi. Chory naśladował wybornie ten t. zw. taniec derwiszów. Po 10—15 minutach uspokoił się i sprawiał wrażenie na wpół przytomnego, na pytania nie odpowiadał, zachowywał się zupełnie biernie nawet przy szczypaniu i kłuciu skóry, a członki jego okazywały tę dla katalepsyi cechującą podatność, którą nazywamy podatnością woskową (*flexibilitas cerea*). W celu dalszego spostrzegania i dokładniejszego badania skłoniłem rodzinę, aby go pomieściła w szpitalu. Przebywał w nim do końca października, t. j. przez 3 tygodnie z górą. Wynik badań i spostrzeżeń był następujący:

Chory wzrostu średniego, budowa kośćca umiarowa, kości długie dobrze rozwinięte, skóra śniada, mięśnie jędrne. Głowa mała, zwłaszcza część jej przednia, t. j. czoło i twarz, za małe w stosunku do wzrostu. Szwy, łączące kości boczne z kością potyliczną przebiegają niezupełnie jednakowo; szew prawy leży bardziej ku tyłowi i jest widocznie krótszy. Szyja miernie długa; klatka piersiowa dość słabo wysklepiona, mostek nieco zapadnięty; rusztowanie kostne, jak na młody wiek chorego, za mało podatne. W płucach i sercu niema żadnych zmian. Brzuch płaski. Narządy brzuszne prawidłowe. Mocz co do ilościowego i jakościowego składu bez zboczeń. Części rodne należycie rozwinięte, moszna nieco obwisłe.

Układ nerwowy. W zakresie czucia ogólna skórna przeczulica dotykowa i bolu. Wyjątek stanowią obszary skóry na łopatce i na górnej części prawego ramienia, oraz na biodrze i na górnej części prawego uda, gdzie stwierdzić można wyraźne zmniejszenie wrażliwości dotykowej i na ból. Wzdłuż kręgosłupa kilka punktów bolesnych, bolesność wyraźna w zatoce biodrowej prawej, przypominająca żywo owarialgię u kobiet. Wybitna przeczulica jąder i prącia.

W sferze wyższych zmysłów zwraca uwagę słabe wykształcenie smaku i powonienia. Chory odróżnia wprawdzie pojedyncze smaki, ale nie umie oznaczyć ich stopnia. N. p. nie potrafi podać, który z dwóch niejednakowych rozczynów kwasu octowego jest kwaśniejszy. Węchem odróżnia zapachy przykre od przyjemnych; nie poznaje jednak wielu zapachów, n. p. tak rozpowszechnionego na Wschodzie zapachu, jak woń olejku różanego. Wzrok dobry; poczucie barw należyte, przynajmniej o tyle, że je zasadniczo odróżnia; nie potrafi jednak określić dokładnie ciemniejszych i jaśniejszych odcieni tej samej barwy. Zwężenia pola widzenia przy zwykłem badaniu zapomocą palców — (perymetru oddział nie posiada) — nie można było stwierdzić.

Jako najważniejszy szczegół przy badaniu narządu ruchowego, zwracała uwagę częściowa niemożność stania i chodzenia, tworząca jaskrawą sprzeczność z pajacowatymi ruchami, pojawiającymi się od czasu do czasu. Ile razy polecono choremu stać prosto na środku sali, zawsze występowało drżenie nóg, a wraz z tem przysiadał coraz bardziej i zajmował wreszcie pozycyę kuczącą, taką, jaką przybiera zawsze miejscowa ludność, chcąc wypocząć. Na pytanie, dlaczego nie stoi, odpowiadał, że niema w nogach siły, że coś go ciągnie do ziemi i że mimo chęci nie może się zmusić do dłuższego stania. I chód chorego bywał często dziwaczny. Po paru krokach, zrobionych zupełnie dobrze, zaczynał suwać nogami, jak człowiek z niedowładem kończyn, potem przysiadał coraz niżej i w tej pozycyi posuwał się naprzód.

Mięśnie dobrze rozwinięte, jędrne. Pobudliwość mechaniczna mięśni wygórowana, odruchy ścięgniste silniejsze od prawidłowych.

Odruchy skórne i pobudliwość naczynio-ruchowa skóry wygórowane.

Odruchy spojówki i podniebienia prawie zupełnie zniesione.

Już przy wywiadach wspominaliśmy o ruchach pajacowatych, które chory wykonywał, a które stanowiły szczegół, najbardziej zwracający uwagę. Nie były one zawsze jednakowe. Obok opisanych wyżej, bardziej jednostajnych ruchów wahadłowych całego ciała, spostrzegano najrozmaitsze poruszenia, naśladujące szwedzką gimnastykę pokojową, dalej dziwaczne skoki, włażenie na łóżka, stoły, krzesła i t. d., a więc to wszystko, co w opisie obrazów t. zw. wielkiej lub ciężkiej histeryi nosi nazwę pląsawicy wielkiej, względnie pajacostwa (*chorea major*, *clownismus*). Bardzo często następowała po tych ruchach typowa katalepsya. Stan kataleptyczny można było zresztą wywołać u chorego nader łatwo, bez właściwego hipnotyzowania, zwłaszcza jeśli był w usposobieniu pognębionem, lub zadumowem.

Zupełnie niezależnie od napadów pajacostwa przychodziła niekiedy na chorego mania porządkowania. Układał wtedy pościel i wygładzał ją z fałdów, porządkował swoje szpitalne ubranie, albo znów, z jakąkolwiek szmatą w ręku, ścierał kurze z podłogi, łażąc na czworakach, z pieca lub z szaf, wchodząc w tym celu na krzesła. Wśród tych napadów sprawiał wrażenie zupełnie nieprzytomnego, był ślepy i głuchy na to wszystko. co się koło niego działo. Wobec tego należało owe napady poczytywać za stan somnambulizmu.

Zasób wiadomości chorego jest, jak na jego wiek i na stosunki, w jakich się obracał, bardzo niewielki. Czyta dość płynnie, ale bez chęci zrozumienia i zapamiętania treści przeczytanego ustępu. Ażeby go zmusić do zrozumienia i do powtórzenia tego, co przeczytał, trzeba rozkazu wyrażonego z naciskiem. Przy nieco dłuższem czytaniu zachowuje się jak dziecko, zwraca uwagę na wszystko, co się wokoło niego dzieje, wreszcie zapomina o tem, że ma książkę w ręku i przestaje czytać. Pisze niezbyt wprawnie, ale czytelnie, a nawet bez rażących błędów, o ile uda się zmusić go do skupienia uwagi. To samo odnosi się do prostych działań rachunkowych. Jego wiadomości geogra-

ficzne nie wychodzą właściwie poza obręb miejsca zamieszkania, zna nazwy ważniejszych ulic miasta, ale myli się już w podaniu miejsca zamieszkania członków swojej rodziny. Także wiadomości, niezbędnie potrzebne ze względu na stosunki z władzami, są bardzo małe. Nie zdaje sobie n. p. sprawy z rodzaju władz i urzędów krajowych i z zakresu ich działania, nie zna nazw urzędów, nazwisk naczelników władz i t. d. Na pytania, odnoszące się do jego życia, odpowiada zupełnie dobrze, ale we wszystkiem, co wkracza w zakres jego stosunków z otoczeniem i jego podmiotowych uczuć, widocznie przesadza. Żali się na ojca i na jego postępowanie, wyrzeka na właścicieli sklepików, sąsiadujących z jego »duczanem« (sklepik), opowiada, że go drażnili i wyśmiewali bez przerwy, a on musiał się skutkiem tego złościć. O histerycznem spaczeniu charakteru chorego świadczą kłamstwa, które popełniał, oskarżając członków swej rodziny, służbę oddziału szpitalnego, na którym leżał i t. d. I tak n. p. stłukł sobie rękę rozmyślnie, a potem oskarżał posługaczkę, że ona uderzyła go kijem. Stale utrzymywał, że niema ochoty do jedzenia, ale mimo to zjadał zawsze wszystko, co mu przyniesiono, a nadto zabierał bułki swoim sąsiadom, a nawet wprost je wykradał. Czasami bywał złośliwy i ze szczególnem upodobaniem darł i niszczył części ubrania szpitalnego, a przy nadarzonej sposobności podczas wizyt żalił się, że dostaje podarte i nieporządne ubranie. Był w takich razach bardzo ożywiony i bardzo rozmowny. Rozmowa nie szła wszakże zawsze łatwo. Dość często przydarzały się chwile uporczywego milczenia, w których z miną zasępioną, leżąc lub siedząc, wpatrzony przed siebie, zupełnie był obojętny na to, co się wokoło niego działo. Z tej zadumy można go było obudzić, zmusić do odpowiedzi na pytania, ale odpowiedzi były dziwaczne, a chory sprawiał wrażenie na pół przytomnego, dopiero co z głębokiego snu zbudzonego. Miewał także chwile niepokoju albo niezwykłego, niczem nieuzasadnionego ożywienia. Wybuchał wtedy płaczem lub śmiechem, gestykulował bardzo żywo i t. d. Kilka razy prowadził ożywioną rozmowę z osobą, której przy nim zupełnie nie było, a istniała tylko w jego wyobraźni. Nie był to wszakże typowy omam (halucynacya), gdyż na pytanie, czy widzi przy sobie osobę, do której mówi, oświadczył, że jej niema, ale że on musi i tak z nią rozmawiać.

Rozpatrzywszy się w różnorodnych objawach, które u chorego zauważono, trzeba je podzielić na dwie grupy. W jednej widzimy objawy niedostatecznego rozwoju psychicznego (*imbecillitas*), w drugiej objawy histeryi ze znamionami psychicznego wypaczenia. Do pierwszych należą szczegóły, uzyskane z wywiadów, z których wynika, że chory już w dziecinnych latach odznaczał się brakiem wszelkich zdolności umysłowych, nie pojmował nauki i stał o wiele niżej pod względem inteligencyi od swoich rówieśników. O tem samem przekonują badania, dokonane w czasie pobytu chorego w szpitalu, a stwierdzające bardzo mały zasób wiadomości u chorego i to nietylko szkolnych, ale także i takich, które bez jakiejkolwiek nauki przynosi ze sobą życie miejskie wśród rodziny i osób znajomych, należących do stanu przynajmniej nawpół inteligentnego.

Do szeregu znamion histeryi, na których opieramy rozpoznanie tej choroby, należały u naszego chorego ogólna przeczulica, a obok niej jednostronne wyspowate znieczulenia, wygórowana pobudliwość mięśniowa, wzmożenie odruchów skórnych i odruchów ścięgnistych, brak odruchów spojówkowych i podniebieniowych, częściowa niemożność stania i chodzenia. Zaburzenia w zakresie smaku i węchu, w części także i wzroku, możnaby również poczytywać za wynik histerycznego obniżenia pobudliwości, czy też wrażliwości tych zmysłów. Ale wobec niedostatecznego rozwoju umysłowego chorego i małej jego inteligencyi wydaje się być rzeczą właściwszą położyć te zboczenia na karb niewykształcenia zmysłów. Napady pajacostwa, stan katalepsyi i somnambulizmu pojąć bardzo łatwo jako dalsze objawy histeryczne. Nieco dokładniej trzeba się zastanowić nad znamionami psychicznego rozstroju i wypaczenia. Oceniając je z osobna, łatwo wśród nich odnaleść zjawiska, które są właściwością pewnych, klinicznie dokładnie określonych postaci chorób umysłowych, a tem samem zwrócić myśl ku jednej z tych postaci. Po jednorazowem badaniu nader było łatwo pójść w tym kierunku. Ale dłuższe spostrzeganie nastręczyło dość wiele sposobności, aby zobaczyć, jak bardzo zmienne były znamiona nieprawidłowego psychicznego stanu chorego, jak często następowały po sobie zjawiska, które wzajemnie się wyłączają, gdy chodzi o odróżnianie jednolitych klinicznych postaci chorób umysłowych. To też istotnie było rzeczą wprost niemożliwą stworzyć z tych wszystkich objawów jakąś całość kliniczną i ująć je w ramy obrazu jednej tylko choroby umysłowej. A więc już wprost przez wyłączenie należało je poczytać za znamiona psychicznego wypaczenia histerycznego. Było to tem bardziej wskazane, skoro rozpoznanie histeryi uzasadniały inne objawy, tak bardzo dla tej choroby znamienne.

Stopniowy rozwój i ostateczny wybuch histeryi śledzić można w opisanym przypadku wcale dokładnie od pierwszych jej początków. Dziecko, dziedzicznie obciążone, jako jedyny syn w rodzinie żydowskiej, źle prowadzane, zapada na dłuższą chorobę zakaźną. Tu dalsza sposobność do niewłaściwego postępowania, do przesadnej troskliwości i zgubnej czułostkowości. Choroba, jako taka, wywiera wpływ niekorzystny na zasób sił wogóle, a sił psychicznych w szczególności. W danym przypadku zdarza się to właśnie w chwili, kiedy zapotrzebowanie tych sił staje się większem. Dziecko rozpoczyna naukę. Nie może się dostosować do jej wymagań, umysł jego mało rozwinięty, osłabiony nie pojmuje nauki. Chory czuje to zapewne, widzi swoje upośledzenie i cierpi nad tem psychicznie. Cierpi zaś tem bardziej, skoro przychodzi mu słuchać wymówek i strofowań, a nawet doznawać kar w szkole i w domu. Usposobienie jego zmienia się widocznie. Przestaje wtedy być tylko nierozwiniętem nerwowem dzieckiem, a staje się dzieckiem histerycznem. Nie umie zastosować się do tego, czego od niego wymaga życie i otoczenie i, niezdolne do naturalnego psychicznego rozwoju, ulega w zupełności wpływom chorobliwej wrażliwości. Stan taki trwa przez szereg lat. Wreszcie dochodzi do wybuchu. Dotąd uważano go za niezdolnego, za popędliwego złośnika, teraz widzi jego otoczenie, że jest chory umysłowo. Gdyby to spostrzeżono w pierwszych latach dzieciństwa, gdyby wtedy przez odpowiednie wpływy psychiczne, albo, powiedzmy lepiej, przez leczenie psychiczne pokuszono się o naprawienie tego, co w psychicznem życiu i rozwoju chłopca było niedobrem, chorobliwem, udałoby się może było przynajmniej w pewnej mierze sprostować wypaczenia, a układ nerwowy wprowadzić na bardziej prawidłowe tory. Spostrzeżenie przyszło za późno, choroba przybrała za wielkie rozmiary. I tak skutkiem nieuwagi i zaniedbania przybyła społeczeństwu jedna jednostka więcej z tych, które małą, a właściwie już żadnej dla niego nie przedstawiają wartości.

Z oddziału terapeutycznego szpitala dla dzieci św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem Doc. Dra A. Kisiela.

O wpływie leczniczym salicylanu sodu na ostry gościec stawowy u dzieci.

Podał

Dr Ludwik Mańkowski.

Pod wpływem odkryć Pasteura weszła nauka o lecznictwie na nowe tory. Idea odporności ustroju, odkrycie toksyn i antytoksyn i t. d. budziły nadzieję, że lekarz będzie mógł zmierzyć się z chorobą zapomocą środków usuwających już rzeczywistą jej przyczynę, a nietylko jej objawowe przypady.

Odkrycie surowicy przeciwbłoniczej, przeciwpłoniczej i wielu innych uczyniły zadość tej potrzebie. Równocześnie

i zapobieganie chorobom zakaźnym wstąpiło na nową drogę, którą znaczyły odkrycie szczepionki cholerycznej i t. p.

Ale niestety właściwej przyczyny wielu jeszcze chorób zakaźnych nie zdołano dotychczas wykryć i w tych chorobach używa się na szerokie rozmiary dawnych sposobów leczenia. Do rzędu takich chorób z niewyjaśnioną etyologią należy i ostry gościec stawowy; a najbardziej rozpowszechnionym i być może nawet jedynym środkiem leczenia jest w tej chorobie salicylan sodu.

Sprawa użyteczności i swoistości tego środka wydawała mi się zagadnieniem zajmującem i na czasie, wskutek czego przedsięwziąłem niniejszą pracę i oddaję ją pod sąd kolegów.

Ostry gościec stawowy należy do rzędu chorób zakaźnych z niewyjaśnioną etyologią. Przebieg choroby u dzieci bywa nader rozmaity. Bardzo często zdarza się, że dziecko, które przy przyjęciu do szpitala krzyczało przy najmniejszym ruchu lub nawet dotknięciu, następnego dnia czuje się zupełnie dobrze; bole znikają, wszelkie ruchy są swobodne. Jako przykład mogą posłużyć przypadki następujące:

1. Marya O., 8 lat. Przyjęta na oddział d. 20. XI. 1903 r. W domu z początku zajęte było prawe kolano, następnie lewe i staw skokowy lewy. Przy przyjęciu silne bole i obrzęk w stawie skokowym lewym, chora gorączkuje. Po upływie doby ogromne polepszenie: bolów nie ma, obrzęk prawie znikł, miękki szmer skurczowy nad końcem serca. Chora gorączkowała 2 dni, a po 5 dniach wyszła zupełnie zdrowa. Wewnętrznie zażywała tylko tran.

2. Szymon U., 12 lat liczący, przyjęty d. 15. XII. 1898 r. Chory od 4 dni. Silne bole i obrzęk obu stawów kolanowych. Gorączka. Wszystko to znikło po dobie, chociaż chory gorączkował jeszcze 3 dni. 22. XII. 1898 r. wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy. Wewnętrznie zażywał tylko tran.

3. Mikołaj B., 13 lat 10 miesięcy liczący, przyjęty 3. IV. 1897 r. w trzecim dniu choroby. Widoczny obrzęk, zaczerwienienie i silne bole w stawach skokowych. Wszystko to dnia następnego znikło bez śladu. W szpitalu nie gorączkował. Wyszedł wyleczony 11. IV. 1897. Wewnętrznie — tran.

4. Michał P., 9 lat. Przyjęty d. 20. III. 1903 r. w trzecim dniu choroby, która zaczęła się od obrzęku i silnych bolów w lewym stawie kolanowym i prawym skokowym. Bole całkowicie ustąpiły i obrzęk znikł na 3. dzień pobytu w szpitalu. Gorączkował 5 dni. Wyszedł zdrowy na 11. dzień. Zażywał 3 prc. rozczyn salicylanu sodu po 6—8 łyżeczek kawianych dziennie.

5. Jan Sz., 8 lat. Przyjęty 23. III. 1899 r. w 7. dniu choroby. Obrzmienie i silny ból w obu stawach kolanowych. Nad końcem serca lekki szmer skurczowy. Uderzające polepszenie na drugi dzień pobytu w szpitalu. Gorączkował 2 dni. Wyżył 19,0 salicylanu sodu. Wyszedł zdrowy 4. IV. 1899 r.

6. Aleksander K., 11 lat. Przyjęty 11. IV. 1900 r. w 7. dniu choroby. Ostry ból i obrzmienie prawego stawu kolanowego i lewego skokowego. Znaczne polepszenie na następny dzień. Gorączkował 1 dzień. Wyszedł zdrowy 15. IV. 1900 r. Wyżył 12,0 salicylanu sodu.

We wszystkich tych przypadkach przebieg choroby był ostry; chorzy dostawali się do szpitala w 3—4—7. dniu choroby i po 3—12 dniach pobytu wychodzili zupełnie wyleczeni. Tylko w ostatnich 3 przypadkach zażywali chorzy salicylan sodu; mimo to znaczne polepszenie nastąpiło u wszystkich chorych już na 2. dzień. Oczywista, że gdyby i w pierwszych 3 przypadkach chorzy zażywali salicylan sodu, to polepszenie mogłoby być odniesione do wpływu leku.

Narówni z wyżej opisanymi przypadkami można spostrzegać i takie, gdzie przebieg choroby bywa bardzo przewlekły. Objawy chorobowe to znikają, to znowu powracają; sprawa przenosi się z jednego stawu na drugi i wraca powtórnie, zjawiają się powikłania. Takimi są przypadki następujące:

7. Anisja K., 8 lat, przyjęta 10. V. 1905 r. w 11. dniu choroby. Obrzmienie i bolesność na ucisk w wielu stawach. Zaetwardzenie. Gorączka. Bole w stawach dość szybko znikły, ala obrzmienie utrzymywało się bardzo długo. Do tego przyłączyła się uporczywa biegunka, która trwała 2 miesiące. Chora przez cały ten czas gorączkowała; z początku skarżyła się na nieokreślone bole, potem rozwinęły się objawy ostrego zapalenia wsierdzia. Chora przeleżała w szpitalu 83 dni i przeniesiona została do przytułku ozdrowieńców w Puszkino ze zdrowymi stawami i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Sprawa chorobowa jednakże widocznie toczyła się dalej skrycie. Po miesiącu zaczął puchnąć brzuch, zjawiła się duszność, a po upływie $1^1/_2$ miesiąca chorą znowu przyjęto do szpitala. Ogromne rozszerzenie serca, lewa granica sięga poza linię sutkową na $6^1/_2$ ctm.; ogólny obrzęk ciała; chora gorączkuje. W szpitalu chora z początku trochę się poprawiła i czuła się lepiej, następnie znowu zaczęła gorączkować, pojawiły się obrzęki tkanki podskórnej i wysięk w jamie brzusznej. Po 45 dniach zabrała matka do domu chorą w bardzo ciężkim stanie. Chora długi czas zażywała bizmut i kofeinę; salicylanu sodu nie zażywała.

8. Bazyli N., 12 lat, przyjęty 18. II. 1899 r. Przeleżał w szpitalu 27 dni; sprawa zapalna przenosiła się ciągle ze stawu na staw; chory nie gorączkował. Wyszedł wyleczony, wyżywszy 32,0 salicylanu sodu. W kilka dni po wyjściu nowy nawrót, po upływie tygodnia przyjęto chorego ponownie na oddział. W ciągu 48 dni systematycznie leczył się salicylanem sodu, jodanem sodu i brał ciepłe kąpiele. Wyszedł wyleczony.

9. Mikołaj R., 13 lat. Przyjęty 31. XII. 1898 r. Chory od 2 miesięcy (drugi nawrót gośćca, pierwszy gościec przed 4 laty). W domu zażywał salicylan sodu. Zapalenie obu stawów sprychowonapięstkowych i lewego łokciowego. Nad końcem serca obecnie wyraźny szmer skurczowy. Chory przeleżał w szpitalu 21 dni wśród ciągłego przenoszenia się sprawy zapalnej ze stawu na staw; wyżył 35,0 salicylanu sodu. Przy wyjściu zalecono dalsze zażywanie salic. sodu. W tydzień po wyjściu znowu przyjęto chorego z powodu nawrotu. Tym razem przeleżał 40 dni, poprawił się znakomicie, wyżył 24,0 salicylanu sodu. Pozostała niedomykalność zastawki dwudzielnej. Potem jeszcze w ciągu 2 lat systematycznie leczył się chory w ambulatoryum z powodu bardzo częstych nawrotów.

10. Anna W., 13 lat, przyjęta 1. XII. 1903 r. Chora od 3 miesięcy. Zapalenie lewego stawu sprychowo-napięstkowego i prawego barkowego. Wielkie polepszenie sprawy zapalnej dnia następnego jeszcze przed podaniem salicylanu sodu. Dziecko to przeleżało w szpitalu 10 dni, jeden dzień gorączkowało, wyżyło 1,2 salicylanu sodu. Zostało wypisane (wskutek przepełnienia oddziału) z nieznacznemi śladami sprawy zapalnej w stawach. Ale już po tygodniu musiano chorą znowu przyjąć. Tym razem przeleżała 125 dni, przebyła 4 nawroty z gorączką, obrzmieniem i tak znaczną bolesnością stawów, że nie mogła powstrzymać się od płaczu. Ostatni nawrót ciągnął się 2 miesiące. Przez cały czas pobytu na oddziale była chora bardzo blada i w bardzo złym stanie zabrano ją ze szpitala. W domu po 11 dniach umarła. Sekcyi nie było. W szpitalu wyżyła ta chora 43,74 salicylanu sodu, 33,6 jodanu sodu i długi czas brała ciepłe kąpiele. Powikłań ze strony serca nie zauważono.

Z przytoczonych przypadków tylko w pierwszym nie podawano salicylanu sodu, w 3 ostatnich przypadkach chorzy cały czas zażywali go, nawet w dość wielkiej ilości; mimo to choroba szła swoim torem i nie można było zauważyć żadnego wpływu salicylanu sodu na jej przebieg.

Pod tym względem godne są jeszcze uwagi przypadki następujące:

11. Olga J., 11 lat, przyjęta 29. X. 1901 w 7. dniu choroby. Zapalenie obu stawów kolanowych. W sercu zmian niema. Dziewczynka ta była w szpitalu 8 dni, gorączkowała 3 dni; wyżyła 7,4 salicylanu sodu. Wyszła wyleczona z poleceniem dalszego zażywania salicylanu sodu. Po 11 dniach powrót choroby, a po 14 dniach znowu przyjęto chorą do szpitala. Rozszerzenie serca, wyraźny szmer skurczowy nad koniuszkiem; zapalenie wielu stawów, między innymi stawów międzykręgowych szyjnych i 4 piersiowych. Chora przeleżała w szpitalu 18 dni; przez 2 dni gorączka dochodziła do 37,8. Zapalenie stawów międzykręgowych było bardzo uporczywe i długo nie ustępowało, z innych stawów sprawa zapalna dość szybko znikła. Chora wyszła ze szpitala bez zmian w stawach, z wadą serca. Wyżyła 32,0 salicylanu sodu, a licząc od początku choroby 54,4.

12. Aleksandra W., 10 lat, przyjęta 21. X. 1901 r. w 7. dniu choroby. Zapalenie wielu stawów. Po 9 dniach wyszła wyleczona, wyżywszy 13,2 salicylanu sodu. Nawrót choroby w 3 dni po wyjściu: rozszerzenie serca, szmer skurczowy nad koniuszkiem i oprócz wielu innych zapalenie stawów międzykręgowych szyjnych. Chora przeleżała w szpitalu 22 dni, wyżyła 37,8 salicylanu sodu. W dobę po wyjściu ze szpitala trzeci nawrót choroby. Tym razem przeleżała chora w szpitalu 37 dni. W 2 tygodnie po wyjściu znowu (czwarty) nawrót, leczyła się w ambulatoryum. 15. I. 1902 r. znowu przyjęta na oddział z zapaleniem stawów międzykręgowych szyjnych. Zapalenie było bardzo uporczywe i ustępowało bardzo pomału. Chora przebyła w szpitalu 63 dni, wyżyła 56,0 salicylanu sodu i 36,0 jodanu sodu. Wyszła z pewnem ograniczeniem swobody ruchów karku.

Przypadki, opisane powyżej, dość jasno wskazują, jak rozmaity bywa początek i przebieg ostrego gośćca stawowego, jak w przypadkach widocznie ciężkich objawy szybko nieraz znikają i sprawa kończy się zupełnem wyzdrowieniem, chociaż niewiadomo, na jak długo, a jak z drugiej znów strony w przypadkach niby lekkich nawroty niekiedy szybko następują jeden za drugim i zdarza się, chociaż rzadko, że sprawa kończy się śmiercią. Co się tyczy wpływu salicylanu sodu, to pozostaje ogólne wrażenie, że sprawa zapalna idzie swoim torem bez względu na to, czy podaje się salicylan sodu, czy nie, bez względu także na olbrzymie często dawki tego leku, które chorzy zażywają. Ale ostatecznie przytoczonych przypadków jest za mało do takich wniosków, które mogłyby wydać się bezpodstawne; dlatego postaram się w dalszym ciągu poprzeć te wnioski przedstawieniem wyników spostrzeżeń gromadnych, zebranych w szpitalu św. Olgi.

Przetwory salicylowe zostały wprowadzone do lecznictwa mniej więcej przed laty 30. Lekarz angielski Maclagan pierwszy zaczął stosować salicynę w r. 1874. Wychodził on z dziwnego zaiste założenia, że podobnie, jak w miejscowościach zimniczych rośnie drzewo chinowe, które daje chininę, środek leczący zimnicę, tak znów w miejscowościach, gdzie panuje ostry gościec stawowy, rosną topola i wierzba, a w korze ich znajduje się salicyna, która przeto powinna leczyć gościec stawowy ostry. W krótkim czasie potem Buss i Riess zwrócili uwagę na własności przeciwgorączkowe kwasu salicylowego, który otrzymuje się z salicyny. Korzystając z tych własności kwasu salicylowego zastosował go Stricker w ostrym gośćcu stawowym. Spostrzeżenia swoje robił Stricker w klinice Traubego i ogłosił je w roku 1876. Na podstawie swoich spostrzeżeń mniemał Stricker, że kwas salicylowy jest skutecznym i być może nawet doszczętnie leczącym środkiem przeciwgośćcowym. Spostrzeżenia Strickera wywarły ogromny wpływ na rozpowszechnienie się tego sposobu leczenia. Botkin w swych wykładach opisuje, jak nazajutrz po otrzymaniu w Petersburgu pracy Strickera opowiedział swoim słuchaczom o nowym środku, który natychmiast zastosowano w jednym przypadku: »Nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności«, mówi dalej Botkin, »był to przypadek nadzwyczaj efektowny, taki, jakiego potem nie spotkałem już ani razu: kobietę, która literalnie nie mogła ruszyć ani ręką, ani nogą i nie pozwalała dotknąć się chorych stawów, przedstawić mogłem na wykładzie w dobę po podaniu kwasu salicylowego bez gorączki i zupełnie zdrową. Trudno było sobie wyobrazić świetniejszy wynik i od tej pory nie było żadnego przypadku ostrego gośćca stawowego, w którymby nie podawano kwasu salicylowego z początku *per se*, potem w postaci salicylanu sodu«.

Jak obecnie, to sprawa wpływu salicylanu sodu na ostry gościec stawowy zdaje się być przesądzoną dla większości lekarzy. I tak w »Traité de médécine« Charcota, Boucharda, Brissauda w rozdziale o leczeniu ostrego gośćca czytamy: »Co się tyczy leczenia farmaceutycznego, to wszyscy jednomyślnie przyznają niewątpliwą skuteczność leczenia przetworami salicylowymi«. Toż samo mówi Dieulafoy. W takichże słowach wyraża się Marfan w »Traité des maladies de l'enfance«: »il n'y a q'un traitement de rhumatisme articulaire, c'est le traitement par le salicylate de soude«. Toż samo mówią Eichhorst, Strümpell i inni. Tylko u Pribrama i u Cheadlea znalazłem pewne usiłowania do oparcia swego zdania o wpływie salicylanu sodu na fundamencie dowodów. U innych zaś autorów sposób rozumowania był mniej więcej następujący. Buss zbadał własności przeciwgorączkowe kwasu salicylowego, spostrzeżenia Strickera jasno dowodzą swoistości działania tego kwasu w ostrym gośćcu stawowym. Dalsze badania stwierdziły słuszność wniosków Strickera. Przytem dowodów nie przytacza się żadnych. (Dok. nast.)

Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (Dyrektor: Prof. Dr M. Jakubowski).

Przyczynek do prób leczenia płonicy surowicą.

Napisał

Dr Adam Gettlich.

(Dokończenie.)

17. C. Ł. lat $3^1/_2$. Przyj. 20. V. w III. dniu. Wys. żywa, skóra »płonąca«. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione, na migdałkach nieco wysięku zapalnego (migdałki przerosłe). C. 39·4, duże osłabienie. T. 136, P. II. > III. — Inj. 50 $ctm.^3$ (21. V.). Na drugi dzień wysypka przybladła. C. 37·9. W przeciągu następnych 6 dni stan ogólny znacznie się poprawia, gardło oczyszcza się, skóra łuszczy się ogromnie. C. 36·5. Dziecko wesołe, bawi się. Siódmego dnia C. podnosi się do 38, w następnych do 40. Wielki obrzęk gruczołów podszczękowych; ponowne zapalne zajęcie gardła, zapalenie nosa, następnie ropienie obu uszu. Z wystąpieniem ropotoku spadek ciepłoty i ogólna poprawa. Wych. 25. VI. — Uw. Od 6. VI. kąpiele jako środek przeciwgorączkowy.

18. A. O. lat 6. Przyj. 29. V. w IV. dniu. Wys. żywa, drobnoguzkowa, najwięcej zajmuje kończyny dolne. Na migdałkach nieco wysięku włóknikowego, na podniebieniu twardem płytkie owrzodzenia z takimż wysiękiem, gruczoły podszczękowe miernie obrzękłe. C. 38·8, znaczne osłabienie. T. 132. P. II. — 29. V. Inj. 50 $ctm.^3$. Następnych dni mała zmiana, w trzecim dniu ropienie ucha prawego. Bolesność stawów nadgarstkowych obu rąk. Wych. 19. VII.

19. A. K. lat 4. Przyj. 8. VI. w II. dniu. Wys. niezbyt żywa, na twarzy wypieki. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach i łukach obfity wysięk włóknikowy. C. 39·6. T. b. drobne, 136. P. II. > III. — 9. VI. Inj. 40 $ctm.^3$. Na drugi dzień przedmiotowo małe zmiany, spadek ciepłoty również tylko o kilka dziesiętnych; podmiotowo stan zupełnie dobry. W dalszym przebiegu prócz nieżytu oskrzeli i świeżego nalotu dyfterytycznego w gardle — nic szczególnego. Wych. 9. VII.

20. P. W. lat 9. Przyj. 15. VI. w III. dniu. Skóra szkarłatna, »płonąca«, z żółtaczkowym odcieniem. G. na podniebieniu miękkiem naloty dyfterytyczne obok zajęcia zapalnego całego gardła; język zupełnie suchy, obłożony. C. 40·2, bezsenność, chory nieprzytomny, zrywa się z łóżka. T. około 160, nitkowate. P. III. — Inj. 40+40 $ctm.^3$ (15 i 16. VI.). Na trzeci dzień znaczna poprawa ogólna, wysypka zbladła, gardło również. W III. tygodniu obrzęk gruczołów podszczękowych z podniesieniem się

C. do 38·8, białkomocz. Z końcem III. tygodnia wysypka plamista, o miernem nasileniu, z podniesieniem się ciepłoty; łuszczenie ogromne. Wych. 21. VII.

21. U. S. lat 6. Przyj. 9. VI. w II. dniu. Wys. miernie rozwinięta. G. silnie zaczerwienione, gruczoły nieco obrzękłe. C. 38·9, mierne osłabienie. T. 120. P. I. > II. — G. VI. Inj. 45 ctm.³. Następnych dni zblednięcie wys. i g. C. 37. T. 96. Stan ogólnie dobry utrzymuje się bez zmiany do dnia wyjścia, t. j. do 1. VII.

22. J. G. lat 1½. Przyj. 22. VI. w IV. dniu. Wys. w formie guzków, nierównomiernie rozrzuconych. Obfity wysięk włóknikowy na migdałkach. C. 40, nieprzytomność, wymioty; znaczna biegunka, stolce zielone, stan wogóle ciężki. T. około 160. P. III. > IV. — Inj. 40+35 ctm.³ (22. i 23. VI.). Prócz wysypki, która znacznie zbladła, wszystkie inne zmiany rozwijają się dalej gwałtownie, a przedewszystkiem błonica gardła. Wybitne objawy zatrucia. — W dobę po drugiem wstrzyknięciu śmierć 24. VI.

23. F. K. lat 1½. Przyj. 22. VI. w II. dniu. Wys. guzkowa żywa, zajmuje całą skórę. Na migdałkach, silnie zaczerwienionych i rozpulchnionych wysięk włóknikowy. C. 40·1, oszołomienie, śpiączka. Tętno niepoliczalne. P. III. — 22. VI. Inj. 40 ctm.³. Po 14 godzinach spadek ciepłoty do 36. Wys. znacznie ustąpiła. W gardle zmiany małe, dziecko swobodne, siedzi na łóżku. Stan ten bezgorączkowy, ogólnie dobry, utrzymuje się bez zmiany do dnia wyjścia, t. j. do 26. VII.

24. A. P. lat 7. Przyj. 22. VI. w IV. dniu. Skóra barwy sinawej; właściwa wys. już ustępuje. G. miernie zaczerwienione; na migdałku duże owrzodzenie, wypełnione miazgą żółtawobiałą; na drugim takież, mniejsze; gruczoły podszczękowe obrzękłe. C. 39·2. T. 132. P. II. > III. — 23. VI. Inj. 30 ctm.³. Poprawy w dniach następnych, prócz małego spadku ciepłoty (38°), nie widać. Obrzęk gruczołów szyjnych wzmaga się; następuje zropienie ich (nacięcie). Łuszczenie ogromne. W X. dniu zapalenie stawów ze znacznem podniesieniem się ciepłoty (39·9). Bole i obrzęk stawów utrzymują się przez 5 dni przy C. 38·5—39, zajmując kolejno ręce i łokcie (podano w dużych dawkach salicyl). Białkomocz. VI. dnia spadek ciepłoty do 36°, bole i zmiany w stawach ustępują. Ogólne polepszenie utrzymuje się dalej bez przerwy. Wych. 25. VIII.

25. E. M. lat 2. Przyj. 29. VI. w II. dniu. Wys. żywa, na całej skórze. G. w całości silnie zaczerwienione, na migdałkach owrzodzenia wypełnione żółtawą miazgą. C. 39, znaczne osłabienie, śpiączka. T. liche. P. II. < III. — Inj 35 + 30 ctm.³ (29 i 30. VI.). Trzeciego dnia (po drugiem wstrzyknięciu) spadek ciepłoty i znaczna poprawa stanu ogólnego. Zmiany w gardle utrzymywały się dłużej. Wych. 26. VII. — Uw. XVII. dnia po wstrzyknięciu wysypka plamista na grzbiecie i kończynach, która po 3 dniach znikła.

26. J. L. lat 8. Przyj. 30. VI. w II. dniu. Wys bardzo nikła, zaledwie na tułowiu widoczna, blada. G. głównie w jednej połowie zapalnie zajęte, po tejże stronie na migdałku owrzodzenie, wypełnione miazgą żółtawą. C. 39·2, znaczne osłabienie, nieprzytomność. T. 128. P. II. — 30. VI. Inj. 40 ctm.³. Na drugi dzień nieznaczna, na trzeci ogromna poprawa i spadek C. (37·3), skóra i gardło zbladły, podmiotowo stan b. dobry.. Dalszy przebieg bez pogorszenia. Wych. 6. VIII.

27. S. W. lat 3. Przyj. 8. VII. w III. dniu. Wys. żywa, zlewająca się, skóra »płonąca« z odcieniem sinym. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach wysięk włóknikowy, szarawo-żółtawy, gruczoły podszcz. nieco obrzękłe. C. 39·2, senność, wielkie osłabienie, przytomność zachowana. T. 132. P. II. < III. — Inj. 50+50 ctm.³ (8. i 9. VII). — 9. VII. Wysypka zbladła, g. nieco lepiej, stan ogólny ten sam. C. 39·3. — 10. VII. C. 38, w g. znaczna poprawa. W miejscu wstrzyknięcia bolesność. — 12. VII. C. 36·3. Znakomita poprawa w każdym kierunku, dziecko swobodne, wesołe. Ropień w miejscu wstrzyknięcia nacięto. Wych. 10. VIII.

28. P. W. lat 9½. Przyj. 14. VII. w III. dniu. Wys. b. żywa, guzkowa, policzki »płonące«, w przegubach wybroczyny (*f. petechial.*). G. na migdałkach wysięk włóknikowy szarawożółty obok silnego zapalnego rozpulchnienia gruczoły podszcz. miernie zajęte. C. 39·3. Silny ból głowy, znaczne osłabienie. T. 128. P. III. — Inj. 50 + 50 ctm.³ (14. i 15. VII.). — 15. VII. C. 37·4. Wys. b. znacznie zbladła, ogólny stan bez zmiany. — 16. VII. C. 37. skóra i gardło zbladły zupełnie; chora swobodna, siedzi, na nic się nie skarży. — 31. VII. Wys. plamista na kończynach i pośladkach. I. VIII. Ból w stawie biodrowym i kolanowym. Ponowna wys. plamista na kończynach. C. 38°. Ogólne osłabienie. Owo zajęcie stawów, bez obrzęków, utrzymuje się przeszło tydzień z mierną gorączką; białkomocz. Wych. 2. IX.

29. B. B. lat 11. Przyj. 15. VIII. w V. dniu. Wys. żywa, wybitnie sina, g: zmiany martwicze, zajmujące całe podniebienie miękkie; z nosa wypływ cieczy brudno-żółtej ze strzępami obumarłej tkanki; gruczoły podszcz. zapalnie zajęte, miękkie. C. 40, nieprzytomność, śpiączka, wymioty, zrywania się. T. b. miękkie, około 160. P. IV. — 16. VIII. Inj. 100 ctm.³. W 20 godzin po wstrzyknięciu śmierć wśród objawów zatrucia i niedomogi serca.

30. J. C. lat 10. Przyj. 22. VIII. w IV. dniu. Wys. drobnoguzkowa, sinawa, równomiernie zajmuje skórę, prócz twarzy. G. miernie zaczerwienione, na migdałkach i łukach szarawy wysięk; język suchy, środkiem obłożony; gruczoły nie zajęte. C. 40, nieprzytomność. bredzenie, częstewymioty. T. b. liche, 148. P. III. < IV. Inj. 100+50 ctm.³. (22. i 24. VIII). — 24. VIII. Podmiotowo stan nieco lepszy. C. 38·8. Wys. bez zmiany. G. oczyszcza się. W nocy chory źle spał; wymioty. — 25. VIII. Wys. znacznie zbladła, g. mniej żywo czerwone. C. 38·2. T. 116, pełniejsze; chory stale niespokojny. — Następnych dni C. utrzymuje się około 30°; skóra zbladła zupełnie; nieco łuszczenia. G. (przy energicznem leczeniu miejscowem) wraca do stanu prawidłowego. Ropotok z ucha prawego. Śpiączka i wielkie osłabienie. — I. IX. Gorączka o torze ropniczym (dreszcze); znaczna przeczulica; bole w stawach. Zapalenie płuc i opłucnej prawej, oraz opłucnej lewej. Mocz krwawy, a w nim dużo białka, wałeczków i nabłonków nerkowych. W ostatnich 3 dniach spadek ciepłoty (do 37). Wymioty krwawe. — Śmierć 8. IX. Sekcya: Zakrzep w zatoce sierpowatej, rozmiękły ropiasto; w płucach liczne ropnie, dochodzące wielkości orzechów laskowych; obustronne zapalenie opłucnej ropne. Nadżerki krwawe żołądka, krwotoczne zapalenie nerek. — Uw. IX. dnia była pokrzywka posurowicza miernie rozwinięta.

32. A. Z. lat 8. Przyj. 23. VIII. w IV. dniu. Wys. żywa; wybitna żółtaczka. Na migdałkach wysięk włóknikowy białawy. Grudki języka niezwykle obrzękłe. Osłabienie wielkie. Staw biodrowy prawy przy ruchach b. bolesny. Ogólna przeczulica skóry i mięśni. C. 39·6. T. 156, miękkie. (W domu wymioty). P. III. — 23. VIII. g. 12 r. Inj. 100 cm³ S. B. — 24. VIII. C. 38·4. Ogólny stan lepszy. — 25. VIII. C. 37, wys. zbladła; w gardle stan ten sam. Osłabienie i apatya b. znaczne. Miejsce wstrzyknięcia bolesne. — 26. VIII. C. 37·1, wys. znikła. Tkliwość brzucha mniejsza. G. oczyszcza się. Chory spokojniejszy spał lepiej. — 28. VIII. C. 39. G. znacznie oczyszczone. Ból w kończynach; chłopak stęka, w nocy nie śpi. Naskórek zaczyna pękać na szyi i górnej klatce piersiowej. — 29. VIII. C. 38. Chory czuje się dobrze, spał w nocy. G. czyste, blade. W miejscu wstrzyknięcia niema żadnej zmiany. — 4. IX. Pokrzywka, dosyć żywa. C. 36·7. — 10. IX. Gr. szyjne powiększone, bolesne. C. w. 38.4, r. 37·4. — 14. IX. W moczu wyrazny ślad białka; bolesność okolicy lędźwiowej C. 37·6. — 15. IX. Na twarzy i mosznach wyraźne obrzęki. C. w. 38, r. 36·8. — W następnych dniach mocz krwawy i dużo białka, co utrzymuje się do 30. IX. — 6. X. chory wyleczony opuszcza szpital.

33. J. G. lat 4. Przyj. 15. VII. w V. dniu. Wys. dość żywa, kończyny i twarz najmniej zajęte. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione, na migdałkach wysięk włóknikowy, gruczoły podszcz. silnie zajęte. C. 39·4, apatya, śpiączka, osłabienie. T. 140. P. II < III. — 15. VII. Inj. 100 cm³. — 16. VII. C. 38.2, wys. zbladła. G. Stan jednakowy. Bolesność brzucha w miejscu wstrzyknięcia. T. 116. — 17. VII. C. 39, T. 120. 18. VII. C. 37, bolesność brzucha ustąpiła. — 20. VII. C. 38. Skóra zupełnie blada. G. prawidłowe. Dziecko swobodne. — 27. VII. C. 40. Obrzęk gruczołów karkowych, ropienie ucha prawego. T. 132. — 1. VIII. Chory od 3 dni postękuje; od wczoraj wys. plamista, b. żywa, na całem ciele. C. 39. — 3. VIII. C. 36. Wys. zbladła, gr. szyjne powiększone, twarde, bolesne. — 5. VIII. Wys. ustąpiła. C. r. 36·5, w. 38·4. — 9 VIII. C. 39·8. Kaszel krupowy, oddech nasilony. Inj. surow. przeciwbł. 2000 J. O. Duże łuszczenie. — 10. VIII. Intubacya, C. 39·8. Popoł. duszność pomimo tubusa, sinica, śmierć.

34. J. M. lat 7½. Przyj. 8. VIII. w IV. dniu. Skóra w całości sina; wys. nikła, najwyraźniejsza na kończynach i pośladkach. Podniebienie miękkie całe rozpulchnione; na migdałkach, łukach i ścianie tylnej brudne, szarawo-żółte naloty i liczne strzępy rozpadowe, gr. podszcz. zajęte. C. 39·4, dziecko niespokojne, zrywa się. T. przerywane, b. liche. P. IV. — 8. VIII. o g. 5 pop. inj. 90 cm³; w kilkanaście godzin śmierć.

35. F. S. lat 3½. Przyj. 24. III. 1904 w III. dniu. Wys. mierna na szyi i tułowiu. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach wysięk włóknikowy. C. 39·4. T. liche. P. II < III. — 25. III. C. w. 39·7, wys. żywsza, zajmuje całą skórę. G. Wysięk szarawy włóknikowy obfitszy, pod nim owrzodzenie. Dziecko więcej osłabione, bredzi, zrywa się. Gr. podszcz. obrzękłe. — 26. III. Inj. 50 cm³, wszystkie objawy mimoto postępują. — 27. III. C. 38·7. — 28. III. Wys. znacznie zbladła. G. taksamo, jak przedtem, stan ogólny nieco lepszy, zapalenie nosa z obfitą wydzieliną przeważnie śluzową. — 30. III. C. r. 38. Wys. ustąpiła z twarzy i tułowia, na kończynach trwa jeszcze. W gardle świeże naloty na tylnej części podniebienia twardego. — 1. IV. C. 37·6. Wys. ustąpiła na kończynach, łuszczenie. G. naloty utrzymują się. W miejscu wstrzyknięcia naciek zapalny. — 5. IV. Nacięto ropień w miejscu wstrzyknięcia. W gardle naloty ustępują. — 15. IV. Od 2 dni mocz krwawy, na brzuchu w miejscu wstrzyknięcia rozległy naciek zapalny. C. powyżej 39. — Śmierć 16. IV.

36. S. S. lat 5½. Przyj. 25. III. w III. dniu. Dwoje rodzeństwa zapadło równocześnie na płonicę; oboje zmarło. Dziecko limfatyczne; gr. szyjne i pachowe macalne; podściółka tłuszczowa obfita; kolana koślawe. Wys. na twarzy i szyi, drobna, ledwo widoczna; na reszcie skóry znamienne napięcie (*turgor*). G. silnie zaczerwienione. C. 39·8. T. 128. P. II < III. — 25. III. w. w szpitalu wymioty. — 26. III. Wys. nieco żywsza. G. wysięk szarawożółtawy. C. 39.8. Dziecko nieprzytomne, niespokojne, zrywa się. Inj. 80 cm³. — 27. III. C. 37·6. Wysypka zbladła. G. stan ten sam. Dziecko swobodne, siedzi na łóżku. T. 96. — 29. III. C. 37.1. Wys. na twarzy i tułowiu znikła zupełnie, widoczna zaś na kończynach dolnych, szczególnie na goleniach i stopach. Dziecko swobodne, wesołe. — 30. III. C. r. 37·2, w. 38·2. Wys. na kończynach bledsza. G. jeszcze żywo zaczerwienione, zresztą stan ten sam. — 1. IV. C. 37·2. Wys. znikła zupełnie. G. również zbladło. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. 14. IV. C. 40, na tułowiu wys. plamista, d. żywa. Bole w stawach ręki lewej. — 15. IV. C. 37. Wys. bledsza, ból w stawie skokowym prawym. G. wróciło do stanu prawidłowego. — 16. IV. C. 36·8. Bole i wys. ustępują. — 17. IV. Wys. plamista b. żywa na całem ciele, ból głowy. — 20. IV. Mocz mętny, ślad białka. — 23. IV. Mocz mętny, nieco krwawy; białka sporo. — 24. IV. Obrzęki mniejsze, mocz jaśniejszy. — 7. V. Mocz prawidłowy. — Wych. 15. V.

37. F. F. lat 9. Przyj. 31. III. w III. dniu. Pięcioro rodzeństwa zapadło równocześnie na płonicę, z nich czworo zmarło (troje w szpitalu). Wys. sinawa, jeszcze żywa, najbledsza na twarzy. Podniebienie miękkie pokryte miazgą rozpadową, szarawożółtą; na migdałkach i łukach ubytki; również na tylnej ścianie szare naloty; gruczoły podszczękowe obrzękłe. C. 39·6, b. znaczne osłabienie, apatya, nieco odurzenia; stolec od 4 dni zaparty. P. III > IV. 31. III. 7 godz. wiecz. Inj. 100 cm³. — 1. IV. C. 38. Wys. zbladła, g. również przybladło; ogólny stan taki sam. — 2. IV. C. 38·8; zmiany dyfterytyczne w gardle postępują; świeże naloty na podniebieniu twardem (Inj. surow. przeciwbłon. 2000 I. O.). — Śmierć 3. IV.

38. W. F. l. 12. Siostra poprzedniej. Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. żywa sinawa, z licznemi wybroczynami; na twarzy najbledsza. G. silnie zaczerwienione, migdałki i łuki pokryte miazgą szarawożółtą; również i tylna ściana gardła. Język »malinowaty«. Gr. podszcz. lekko obrzękłe. C. 39·9. Osłabienie b. znaczne, apatya, odurzenie. Tętno drobne, szybkie. P. III. — 31. III. Inj. 100 cm³. — 1. IV. C. 37·8. Wys. na szyi i tułowiu przybladła. G. stan lepszy; zresztą stan ten sam. — 2. IV. C. 37. Wys. blednie. G. sprawa zapalna utrzymuje się, rozpad postępuje. Ogólne osłabienie b. znaczne. — 5. IV. C. 37.2. Wys. zbladła zupełnie. G. oczyszcza się, ogólny stan względnie dobry. — 6. IV. C. 37·2. Chora zupełnie swobodna, siedzi na łóżku. G. stan lepszy. — 10. IV. C. 36·4. G. prawidłowe. Łuszczenie na twarzy i tułowiu. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. — 17. IV. Jednorazowe wieczorne podniesienie się ciepłoty do 40·2 obok wys. plamistej, trwającej przez jedną dobę. C. na drugi dzień rano spadła poniżej 37. W dalszym przebiegu ropień migdałka ze znaczną gorączką (39). — Wych. 28. IV.

39. S. F. lat 4 (siostra poprzednich). Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. zlewająca się w duże plamy, sinawa; policzki »płonące«. G.: zmiany rozpadowe na migdałkach i łukach; gr. podszcz. wolne. C. 39. Osłabienie b. znaczne, odurzenie. P. III > IV. — 31. III. Inj. 20 cm³. (przez omyłkę) 60 cm³ surowicy przeciwropniczej. — 1. IV. C. 38·3, ogólne pogorszenie; dziecko bredzi, zrywa się. Akcya serca słabnie; kończyny chłodne. — Śmierć 2. IV.

40. S. F. lat 2 (brat poprzednich). Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. b. żywa, zlewająca się, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach i łukach naloty szarożółtawe; gr. podszczękowe obrzękłe. C. 39·6, osłabienie, apatya, odurzenie. P. III. — 31. III. Inj. 100 cm³. — 1. IV. Wys. i stan ogólny bez zmiany. — 2. IV. C. 39·4, ogólne pogorszenie. Wys. utrzymuje się; język suchy. — 5. IV. C. 38·2. Wys. znacznie zbladła; na twarzy i szyi łuszczenie; w gardle jeszcze rozległe błony dyfteryt. Dziecko b. osłabione, senne, ale przytomne. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. — 6. IV. Ogólny stan lepszy. C. 38. Wys. ustąpiła zupełnie. G. znacznie oczyszczone. — 8. IV. C. 37·6. Chory swobodniejszy, w nocy spał dobrze. — 10. IV. C. 39. Obrzęk lewych gruczołów szyjnych. G. powróciło do stanu prawidłowego. Duże łuszczenie. Chory stęka, skarży się na różne bole. — 14. IV. C. 37. Ropienie lewego ucha. — 17. IV. Obustronny obrzęk gr. szyjnych, szybko postępujący. C. w. 40, r. 39·2. Senność. — 18. IV. C. w. 40, r. 37·6. Ropotok uszny obustronny, zapalenie lewego płuca. Utrata sił coraz większa. — 16. IV. Wys. plamista, zlewająca się, na twarzy i kończynach. — 23. IV. Nacięto ropnie na szyi. Objawy zatrucia wzmagają się. — Śmierć 25. IV.

41. W. N. lat 6. Przyj. 2 IV. w II. dniu (troje rodzeństwa zapadło na płonicę prawie równocześnie; z tych 2 zmarło, jedno z nich po 30 godzinach choroby). Na całej skórze znamienne napięcie (*turgor*), a wys. zaledwo gdzieniegdzie widoczna. G. całe żywo zaczerwienione, na migdałkach wysięk włóknikowy, gr. podszcz. miernie obrzękłe. C. 39·6, wielkie osłabienie, odurzenie, senność. T. 144. P. II < III. — 2. IV. Inj. 100 cm³. — 3. IV. C. 38·2, wys. nie rozwija się. G. stan taki sam, gr. nieco więcej obrzękłe. T. 100. — 5. IV. C. 37·4, skóra zbladła, g. oczyszcza się. Osłabienie i senność utrzymują się. T. 92. — 6. IV. C. 37·4, w miejscu wstrzyknięcia naciek zapalny; w dalszym przebiegu w tem miejscu ropień (nacięcie). — Wych. 5. IV.

42. T. J. lat 2½. Przyj. 8. VIII. w IV. dniu. Wys. żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach i łukach wysięk włóknikowy. C. 39·6, wielkie osłabienie, odurzenie. T. 148. P. II — III. — 8. VIII. Inj. 60 cm³. — 9. VIII. C. 39·5. Wys. cokolwiek przybladła. G. sprawa zapalna i rozpad postępuje. Zapalenie nosa z owrzodzeniami i wydzieliną szarawą. Dziecko jęczy, nieprzytomne. Ogólne pogorszenie. — 11. VIII. Zapalenie gr. szyjnych. — Śmierć 13. VIII.

43. J. N. lat 4. Przyj. 7. VII. w II. dniu. Stan dziecka w dniu przyjęcia niezbyt ciężki, pogarsza się szybko, gorączka z 38·2 podnosi się na 39 i utrzymuje się stale wysoko, ciągle wahając się ku 40. Wys. z początku mało żywa, później ciemnoszkarłatna, wkrótce wybitnie sinieje. W gardle sprawa rozpadowa. Osłabienie, apatya i śpiączka wzmagają się. — 13. VII. Godz. 5 popoł. C. 39·4. T. 140. P. III. Inj. 75³ cm. — 14. VII. 8 r. C. 39·8. T. 140. Stan ten sam, godz. 4½ popoł. C. 40·6. T. 160. Inj. 60 cm³. — 15. VII. C. rano 39·2, popoł. 38·8. T. 116; w stanie ogólnym znaczna poprawa; skóra z sinej stała się żywej barwy. — 16. VII. C. r. 38·7, w. 38·2. T. 104, znacznie pełniejsze i równe. W zachowaniu się dziecka ogromna zmiana na lepsze, rozgląda się, rozmawia. G. nieznacznie się oczyszcza. Łuszczenie rozległe. — 18. VII. C. r. 37·8. T. 96. C. wiecz. 37; dziecko bawi się, probuje siadać. W g. poprawa. — 20. VII. C. popoł. 39·4. T. 136. — W dniach następnych obrzęk gr. podszcz. i szyjnych. Dalej wysypka guzkowa kończyn i twarzy. Później bole stawów; ropienie uszu; zapalenie nerek. Zropiałe gr. przecięto. — Wśród objawów ropnicy zgon 1. VIII.

44. M. S. lat. 6. Przyj. 19. IX. w II. dniu. Wys. guzkowa, miernie żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, gr. wolne. C. 38·9, lekkie odurzenie. T. 124. P. I < II. — 19. IX. Inj.. 80 cm³. — 21. IX. C. 38. Wys. zbladła. G. również bledsze; ogólny stan względnie dobry. T. 100. — 24. IX. C. 37. Dziecko swobodne, bawi się. Zmiany ustąpiły zupełnie. W miejscu wstrzyknięcia ropień, który 3. X. nacięto. — 8. X. Wys. plamista na twarzy, szyi i górnej części tułowia. — 10. X. Mocz mętny, nieco krwawy; sporo białka. — 16. X. Białkomocz ustąpił, mocz jasny. — Wych. 22. X.

45. A. G. lat 5½. Przyj. 24. IX. w II. dniu. Wys. guzkowa, d. żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach nieco płynnego wysięku. C. 39, ogólne osłabienie, apatya. T. 128. P. II. — 24. IX. Inj. 60 cm³. — 26. IX. C. 37. Wys. zbladła, tylko jeszcze na tułowiu widoczna. G. żywo czerwone. Język malinowaty. Dziecko swobodne. — Dalej stan bezgorączkowy aż do 8. X. — 8. X. w. C. 37·4. Wys. plamista na tułowiu, twarzy i kończynach. — 10. X. Wys. zupełnie ustąpiła. — Wych. 19. X.

46. A. F. lat 2. Przyj. 29. IX. w II. dniu. Wys. żywoczerwona, zajmuje całą skórę. G. silnie zapalnie rozpulchnione, na migdałkach nieco wysięku szarawego. C. 38·9. T. 120. P. II. — 29. IX. Inj. 60 cm³. — 30. IX. C. 37·8. Wys. zbladła. G. również. Ogólny stan względnie dobry. T. 96. — 1. X. C. 36·3. G. i skóra wróciły do stanu prawidłowego. T. 80. Dziecko wesołe, bawi się. Odtąd stan niezmiennie bezgorączkowy; później obfite łuszczenie. — Wych. 20. X.

47. W. K. lat 6. Przyj. 1. IX. w IV. dniu. Wys. żywa, sinawa, zlewająca się, kończyny »płonące«, spojówki obu oczu silnie przekrwione z licznemi wybroczynami. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione; na migdałkach ubytki, wypełnione wysiękiem włóknikowym, żółtawym. Mierny obrzęk gruczołów podszczękowych. Język »malinowaty«, zapalenie dziąseł, cuchnienie z ust. Zapalenie nosa z owrzodzeniami i wydzieliną ropiastą. C. 39·6, biegunka, stolce zielonawe, senność, bredzenie, zrywanie się. T. około 136, d. dobrze napięte. P. III. — 1. IX. Inj. 75 cm³. — 2. IX. C. 38·6. G. znacznie czyściejsze. Wys. przybladła. Dziecko swobodniejsze, siedzi na łóżku, bawi się. — 3. IX. C. 38·8, stan bez zmiany. — 6. IX. C. 38·2. Obrzęk deskowaty okolicy szczękowej prawej i gr. podszcz. po tejże stronie. Wys. zbladła. Ogólny stan lepszy. — 7. IX. C. 37·8. Dziecko znacznie swobodniejsze, wesołe. — 9. IX. C. 38·2. G. i jama ustna zupełnie oczyszczone. Ogólny stan stosunkowo b. dobry. — 12. IX. Nacięto ropień podszczękowy. — W dalszym przebiegu ropień w powłokach brzusznych, który (20. IX.) nacięto. — Wych. 2. X.

Oceny i sprawozdania.

Nauka o położnictwie dla użytku uczniów i lekarzy, napisana przez Dr H. Jordana i Dra Stanisława Dobrowolskiego. Zeszyt drugi. Kraków, druk Anczyca, wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie. 1908.

Z uczuciem smutku wziąłem do ręki drugą część »Nauki o położnictwie«, dzieła, co tylko wydanego staraniem Towarzystwa, zajmującego się wydawnictwem dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Jak bowiem w przedmowie czytam, nie sądzonem było za wcześnie dla nauki i społeczeństwa zmarłemu prof. Jordanowi być współpracownikiem tej drugiej części, którą też z wyjątkiem pierwszych kilku arkuszy, docent i zastępca profesora szkoły położnych w Krakowie, Dr Stanisław Dobrowolski, już tylko sam opracował. Szanowny autor kończy przedmowę zdaniem, że starał się w dziele przedstawić wszystko tak, jak w prof. Jordana »wielce praktycznej i rozważnej szkole« się nauczył. Takie zdanie jest hołdem dla pamięci nauczyciela, świadczy atoli i o szlachetnem uczuciu wdzięczności utalentowanego ucznia.

Dobrze wywiązał się autor ze swego niełatwego zadania. Dzieło jego daje jasny i dokładny obraz obecnego stanu nauki o położnictwie, a że zalety, które cechowały część pierwszą podręcznika, występują i w części drugiej w równej mierze, przeto nie możemy i o tej części wyrazić się inaczej, jak tylko pochlebnie.

Z każdego rozdziału dzieła przebija wielka znajomość przedmiotu, bystre uchwycenie całości, przedstawionej w sposób zrozumiały i pewny. Język jest poprawny i jędrny, sposób pisania przystępny i nie zawiły.

W kolejno po sobie następujących rozdziałach omawia autor dalszy ciąg patologii i terapii ciąży, mówi więc o zboczeniach z powodu nieprawidłowego stanu sromu, pochwy, macicy i miednicy kostnej, opisuje nieprawidłowości płodu, części dodatkowych jaja, poczem kreśli stan nauki o zboczeniach z powodu nieprawidłowego usadowienia się jaja płodowego, dodając do znakomicie opracowanego rozdziału tego także ustęp o krwotokach i śmierci matki podczas ciąży i porodu. Następnie przedstawia autor wyczerpująco patologię i terapię połogu, mówi o chorobach zakaźnych i niezakaźnych połogu, przeznaczając słusznie dla chorób zakaźnych opis obszerniejszy, z którego przebija znajomość dokładna i anatomii patologicznej i najnowszych zdobyczy na polu bakteryochemicznem. Część trzecia dzieła poświęcona jest opisowi zabiegów położniczych. Przy końcu podręcznika dodał autor, idąc za przykładem Winckla, opis najczęstszych chorób noworodków.

Podział i układ przedmiotu, tak w pierwszej, jak i w drugiej części dzieła, zasługują na uznanie, choć należałoby może opisu nieprawidłowych położeń płodu nie wciągać do rubryki fizyologii porodu, dokąd, biorąc ściśle, jedynie mechanizm porodu i opis położenia czaszkowego, jako położenia najczęściej zachodzącego, należy. Co prawda i w innych podręcznikach taki sam, jak u autora, znajdujemy podział.

Czytając dzieło autora, ma się uczucie, że lepiej i treściwiej przedmiotu całego przedstawićby nie można, a jeżeli zważymy, że książka ta przeznaczona jest w pierwszym rzędzie dla użytku studentów, to zalety takie nie małe mają znaczenie, bo pozwalają młodemu adeptowi nauki oryentować się z podręcznika w sprawach nieraz zawiłych w sposób łatwy, dobry i przystępny. A umie przytem autor kłaść także nacisk na potrzebę i korzyści indywidualizowania. Zdanie takie, jak np. na str. 379: »Zadaniem lekarza jest umiejętność wyboru stosownej chwili do ukończenia porodu i właściwego sposobu w danym przypadku«, lub na str. 543: »Przystępując do prowadzenia porodu u kobiety z miednicą ścieśnioną, musimy zawsze mieć na myśli tem bacniej zasadę: *primum non nocere*, bo tu łatwiej zaszkodzić można, niż przy porodach prawidłowych«, zasługują na specyalne uznanie i podreślenie. Również wypowiedziane na str. 708 zdanie, że cięcie przyłonowe »powinno się dokonywać, podobnie jak rozcięcie spojenia lub cięcia cesarskiego, tylko w zakładach odpowiednio urządzonych« znajdzie wśród lekarzy ogólne potwierdzenie. Peham z kliniki Chrobaka w dziele o miednicy ścieśnionej (Wien u. Leipzig 1908) takie samo wypowiada zdanie. Widocznie pragnie autor podręcznika widzieć w naszych przyszłych lekarzach ludzi zawsze trzeźwo i logicznie myślących, ale działających o tyle tylko, o ile to w danym razie możliwe!

Przechodząc do szczegółów, pozwolimy sobie choćby na kilka tylko punktów zwrócić uwagę. Na str. 531 autor, mówiąc o badaniu miednicy przy pomocy promieni Roentgena, nadmienia, że obecnie bywa ono stosowane tylko w wyjątkowych przypadkach. Może należałoby tutaj dodać, że, jeżeli promieni tych w celach rozpoznawczych użyjemy, należy ich używać jedynie w drugiej połowie ciąży, gdyż rentgenowanie ciężarnej w pierwszej połowie ciąży może niekorzystnie oddziałać na rozwój płodu i na narząd rodny ciężarnej. Czy na zdanie autora na str. 545: »Cięcie przyłonowe daje to samo rozszerzenie miednicy, co cięcie łonowe, a ponieważ jest zabiegiem bezwarunkowo dla matki łagodniejszym, dlatego wyszło z użycia rozcięcie spojenia«, zgodziłby się Zweifel i jego szkoła, pozwalam sobie wątpić. Na str. 549 zaliczyłbym do przyczyn przypuszczalnych wodogłowia oprócz kiły rodziców także i gruźlicę. Na str. 676 czytamy: »Ropienie jest objawem pod pewnym względem korzystnym, bo świadczy o znacznej odporności ustroju«. W zdaniu tem skreśliłbym słowa »pod pewnym względem«, a w zamian dodałbym do zdania tego ustęp: »który usiłuje, o ile tylko zdoła, w ten korzystny i celowy sposób jad, wywołujący zapalenie, odgraniczyć i zniweczyć«. Za mało, sądzę, zwracamy w medycynie uwagi na doniosłe znaczenie biologicznego prawa, jakie Roux najpierw wypowiedział, o znajdujących się w ustroju nader wrażliwych i celowo działających pierwiastkach odczynowych. Mając względy biologiczne, a nie tylko, jak obecnie, morfologiczne na uwadze, będziemy kiedyś to, co teraz chorobą nazywamy, uważać jedynie za wynik samoobrony ustroju. Tak, aby choć jeden tylko przytoczyć przykład, białaczka i jej pokrewne stany nie są w tem znaczeniu chorobą, lecz odczynem ustroju na nieznane nam dotąd jady, krążące w sokach danego osobnika. Zależnie od jakości i nasilenia jadów oddziaływa w tym przypadku ustrój na takowe już to zapomocą samej tkanki limfatycznej, już to zapomocą tejże oraz tkanki rdzeniowatej czyli myeloidowej.

Lecz wracam do przedmiotu. Na str. 732, mówiąc o bezpośredniem zabijaniu mikrobów i niszczeniu ich jadów w tkankach i we krwi, powiada autor, że działanie koloidów metali »jest podobne do działania zaczynów (enzymów)«. Zamiast takiego dość ogólnikowego określenia, wolałbym zdanie bardziej pozytywne, mianowicie: »Niektóre metale, a mianowicie ich koloidy, mają własność katalityczną, t. j. przyspieszają energicznie oksydacyę i na niej to głównie polega ich korzystne w lecznictwie działanie«.

Na str. 737 mówi autor o podnoszeniu odporności ustroju i wymienia słusznie, jako takie środki: kollargol, kwas nukleinowy i rozczyn soli kuchennej. Byłbym tutaj jeszcze wymienił nieszkodliwą, a wzmacniającą odporność ustroju surowicę Deutschmana, pochodzącą ze zwierząt, uodpornianych drożdżami.

Wydanie dzieła jest staranne, papier dobry, druk wyraźny, a choć tu i owdzie wkradło się kilka omyłek drukarskich, jak na str. 351 »viginalis« zamiast »vaginalis«, na str. 353 »heamatoma« zamiast »haematoma«, to są to usterki mało znaczące.

Ogólny sąd o dziele autora streszczam w słowach: Jest to dzieło dobre, podstawowe, za które się autorowi należy i wdzięczność szczera i uznanie gorące; dzieło to czyta się bez znużenia i »last not least« odda ono naszej uczącej się młodzieży wielkie korzyści. A czyż to ostatnie przekonanie nie jest najwymowniejszą książki oceną? *Heliodor Święcicki.*

Oftalmodyagnostyka gruźlicy i jej znaczenie w walce społeczeństwa z gruźlicą. (Wedle wykładu Dra Calmettea w Akademii lekarskiej w Paryżu d. 14 stycznia 1908).

Gruźlica jest dzisiaj biczem bożym społeczeństw i dlatego wszelkie odkrycia, ułatwiające walkę z tą plagą społeczną, budzą powszechne zajęcie. Z tej przyczyny zasługuje na zdanie sprawy wykład Dra Calmettea, omawiający zastosowanie odczynu ocznego i znaczenie, jakie może oftalmodyagnostyce przypaść w walce społeczeństw z gruźlicą.

Na początku przypomniał Calmette, że w czerwcu r. 1907 złożył po raz pierwszy sprawę z prób swoich, czynionych w tym względzie. Nieco pierwej ogłosił Wolff-Eisner w Towarzystwie lekarskiem berlińskiem spostrzeżenie, że wprowadzenie do oka kropli rozczynu ($^1/_{10}$) starej tuberkuliny Kocha wywołuje u osobników gruźliczych znamienny odczyn. Ale Calmette prędko porzucił starą tuberkulinę Kocha z przyczyny fałszywych odczynów, które wywoływały często już to gliceryna, już to obce ciała, w tej tuberkulinie się znajdujące. Tuberkulina, którą on poleca, jest oczyszczona przez trzykrotne strącenie zapomocą wyskoku 95° i następne wysuszenie w próżni. Substancyę, w ten sposób otrzymaną, rozpuszcza się w fizyologicznym rozczynie soli w stosunku 1:100. Rozcieńczoną w stosunku 1:100 i 1:200 zamyka się w jałowych szklannych ampułkach i w ten sposób trzyma się tuberkulina stale niezmieniona. Jedna kropla jednego z tych rozczynów wystarcza do wywołania odczynu. U dzieci lepiej jest używać rozczynu słabszego (1:200) ze względu na ich wielką wrażliwość na tuberkulinę, zaś u doroslych, chcąc otrzymać odczyn wyraźny, lepiej stosować rozczyn mocniejszy (1:100).

Sposób ten daje zdaniem Calmettea wyniki równie dobre, jak odczyn skórny Pirqueta, a nawet lepsze, daje także wyniki równie pewne, jak wstrzykiwanie podskórne tuberkuliny, a nie jest w tym stopniu szkodliwy. Prób ocznych dokonano już dotąd setki tysięcy i nigdy nie wydarzył się żaden nieszczęśliwy przypadek, o ile zachowano potrzebną ostrożność, a więc o ile używano dla każdego badanego osobnego zakrapiacza i stosowano jałową tuberkulinę, a nie rozczyny, pozostawione na wolnem powietrzu, bo rozczyny te łatwo się psują. Gdyby nadto unikano zapomocą odpowiednich przemywań przeciwgnilnych wprowadzenia zarazków zakaźnych do oka w czasie odczynu tuberkulinowego, toby na pewno nie wydarzyły się były i owe powikłania spojówkowe lub rogówkowe, o których niektórzy autorowie donosili. Zbadawszy starannie owe przypadki powikłań ocznych, które kładziono na karb odczynu, prof. de Lapersonne doszedł do wniosku, że »odczyn oczny nie jest wcale niebezpieczny dla oka zdrowego, że przy zachowaniu tylko zwykłych środków ostrożności stosowanie jego nie jest niebezpieczne, chyba u ludzi starszych i tych, którzy dotknięci są zmianami gruźliczemi oka, powierzchownemi, czy głębokiemi«.

Że odczyn ten jest pewny, poświadczyła wielka liczba sekcyi, które pozwoliły całemu szeregowi autorów (Letulle, Comby, Prouff, A. Marie, Raviart, Eyre, Wedd i Hertz, Otto Grönbaum, August Hirschler i w. i.) stwierdzić zmiany gruźlicze u osobników, które, pozornie klinicznie zdrowe, okazywały przecie odczyn dodatni. Prawda, że nieraz było trudno wykryć zmiany i że ich nieraz gołem okiem nie stwierdzono, ale wynik byłby i w tym kierunku dodatni, gdyby dokonywano szczepień na morskich świnkach. Zresztą nigdy dowód ten nie chybił u bydła, i u każdego zwierzęcia, u którego był odczyn, znajdowano i zmiany gruźlicze. Nic nie przemawia za tem, żeby u ludzi rzecz miała się inaczej.

Następnie opisuje Calmette, jak odczyn ten wygląda, kiedy występuje i jak długo trwa. Calmette zaznacza, że nigdy nie zauważano podniesienia się ciepłoty ciała i że odczyn jest wyłącznie miejscowy. Calmette radzi po zakropleniu oka oglądnąć je trzy razy w odstępach 6, 24 i 48 godzin. Przy najsłabszym nawet odczynie widać na mięsku łzowem znamienne ciemno-czerwone nastrzykanie, łatwo się wyróżniające, o ile się porówna oko przeciwne, zdrowe.

Nasilenie odczynu — o ile się zdaje — nie stoi w żadnym związku z nasileniem zakażenia gruźliczego ustroju. Wogóle wydaje się, że odczyn jest o wiele żywszy i szybszy u dzieci i dorosłych, u których są tylko początkowe zmiany, a z drugiej strony u ludzi wyniszczonych lub dotkniętych ciężkiemi i rozległemi zmianami nie bywa odczynu wcale; ale co prawda, to w tych przypadkach odczynu tego wcale nie potrzebujemy.

Z jakości odczynu nie możemy zarówno wysnuwać żadnych wniosków przepowiednich bezpośrednich, jako też nie możemy opierać się na jakości tegoż odczynu, o ile chodzi o stwierdzenie, czy stare zmiany gruźlicze uległy wyleczeniu. Jeśli brak odczynu nie pozwala na wniosek, że wygoiły się zupełnie stare ogniska gruźlicze, to w każdym razie doświadczenie pozwala nam dzisiaj wnosić, że tylko u osobników, dotkniętych gruźlicą rozwijającą się lub zmianami zserowaciałemi, powstaje wyraźnie dodatni odczyn.

Przeciw pewności tego odczynu podniesiono zarzut, że wypada prawie stale dodatnio u chorych na dur, jak to stwierdzili Cohn, Kraus, Luxemberger i Russ. Dotąd mało w tym względzie jeszcze zebrano doświadczeń, a nadto nie stwierdzono, że chorzy na dur, u których był ten odczyn, byli wolni od gruźlicy.

Streszczając dotychczasowe dane, możemy, zdaniem C., śmiało stwierdzić, że odczyn oczny okazał się pewnym i nieszkodliwym. Z kolei należy się zastanowić nad jego znaczeniem w walce z gruźlicą.

Liczne doświadczenia, zebrane w ostatnich czasach, stwierdziły, że dziecko rodziców gruźliczych, z małymi nadzwyczajnymi wyjątkami, nie rodzi się gruźliczem, lecz że dopiero im jest starsze, tem coraz więcej ma sposobności nabyć gruźlicy. Jeśli w istocie odczyn oczny wypada stale ujemnie u noworodków, zrodzonych z matek gruźliczych, to staje się on dodatnim w wieku od 1—2 lat w stosunku 3·24%. Liczba ta rośnie z wiekiem dzieci gwałtownie i wynosi 5·26% u dzieci od 2—5 lat, 13·54% od 6—10 lat i 14·96% od 11—15 lat.

Jak wielkie zatem znaczenie ma środek, pozwalający nam rozpoznać gruźlicę w samym jej początku, skoro wiemy, że gruźlica jest w swych początkach uleczalna i jaką nam daje znakomitą broń w rękę do walki przeciw zakażeniu! Środek ten pozwoli nam wybrać z pośród dzieci, pochodzących z gruźliczych rodziców, owe, które są zupełnie zdrowe lub ledwo co tknięte zakażeniem gruźliczem, usunąć je z otoczenia, wśród którego są narażone na ciągle ponawiające się zakażenie i umieścić je czy to na wsi, czy nad morzem, czy też w odpowiednich uzdrowiskach.

Dzieci takie należy wychowywać w lepszych warunkach zdrowotnych dopóty, aż wkraplanie tuberkuliny do oka, ponawiane co 2 czy 3 miesiące, dowiedzie brakiem odczynu, że nie ma więcej w ustroju żadnego czynnego zakażenia. A jeśli wolno nam wierzyć, czego dowodzą doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne na licznych chorych, leczonych po uzdrowiskach, że zupełne wyleczenie starych ognisk gruźliczych w gruczołach stwarza istotną odporność przeciw nowym zakażeniom gruźlicą, to możemy się spodziewać, że wielka liczba dzieci tak leczonych uzyska naprawdę i odporność na przyszłość. A wreszcie, czyż to nie jest wielkiem dobrodziejstwem społecznem, że możemy tym dzieciom zapewnić możliwie największe prawdopodobieństwo uleczenia? Należy sobie życzyć, żeby wszystkie uzdrowiska i zakłady przeciwgruźlicze, które się obecnie zaczynają mnożyć, poszły tą samą drogą i na wzór zakładu w Lille wprowadziły omawianą metodę postępowania, zarówno pewną, bezpieczną, jak dającą dobre wyniki.

Odczyn ten, stosowany systematycznie, dozwoliłby równocześnie, przez badanie całego środowiska rodzinnego i warunków żywienia się, wyjaśnić sprawę, tak ważną i doniosłą, w jaki sposób i jakiemi drogami następuje zakażenie gruźlicą.

Lecz nietylko ważną społecznie rzeczą byłoby na pewne rozpoznawać gruźlicę w pierwszem dzieciństwie. Boć czyż nie byłoby równie ważną i doniosłą w skutkach rzeczą rozpoznawać u dzieci, wstępujących do szkół ludowych czy też wyższych, które dzieci są gruźlicze i módz je usunąć, by nie szerzyły w około zakażenia? I w armii możnaby zastosować ten sposób z jak największym pożytkiem. Nie potrzebaby było uwalniać z wojska tych, u których przy dodatnim odczynie nie stwierdzono żadnych innych zmian klinicznych, bo doświadczenie uczy, że ćwiczenia fizyczne dobrze wpływają na zdrowie tych, których uważamy dzisiaj za dotkniętych gruźlicą utajoną.

Stosowanie zatem tej nowej metody rozpoznawczej pozwoli, zdaniem Calmettea, w rodzinie, szkole, armii, szpitalach i innych zbiorowiskach ludzkich wydzielić osobniki dotknięte zmianami gruźliczemi czynnemi i to tak pewnie i skutecznie, jak żaden inny z dotąd znanych sposobów.

Walka społeczna z gruźlicą powinna z tej metody wyciągnąć jak największą korzyść. *E. Stahr.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Sauerbruch i Heyde. **O wspólnem życiu** (*parabiosis*) **sztucznie połączonych ciepłokrwistych zwierząt.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 4). Punktem wyjścia chirurgii plastycznej był fakt przygajania się części zupełnie od ustroju oddzielonych. W ten sposób też staramy się dalej postępować przy pokrywaniu ubytków, biorąc z innego miejsca tego samego ustroju uszypułowane, albo i nie uszypułowane płaty, n. p. przy plastyce nosa płaty z ramienia, czoła, uda i t. p. Krokiem dalej są próby przeszczepiania pewnych części jednego ustroju na drugi. Skórę jednego osobnika na drugi przeszczepiali z dodatnim wynikiem Bert u białych szczurów, a Eiselsberg u królików. Korschelt łączył ze sobą dżdżownice w ten sposób, że część przednią jednej łączył z kadłubem drugiej i tak utworzony osobnik pozostał przy życiu. Autorowie poszli dalej w tym kierunku i starali się przekonać, o ile możliwą jest rzeczą połączyć ze sobą dwa zwierzęta ciepłokrwiste, żeby niejako stanowiły jeden ustrój. Wykonano tych połączeń 33. Łączono skórę, mięśnie, jamy otrzewne, dalej żołądek jednego z jelitem drugiego zwierzęcia, jelita z jelitami i t. p. Po zeszyciu umocowywano zwierzęta w opatrunku gipsowym. Zrastały się jedynie zwierzęta tej samej rasy i to młode, tej samej płci i z tych samych rodziców w jednym czasie urodzone. Gojenie odbywało się podobnie, jak u jednego osobnika, z tą tylko różnicą, że czasem drobnowidowo można było stwierdzić niejako przewagę jednego z osobników. Zwierzęta połączone po pewnym czasie zaczynały wykonywać ruchy skojarzone, n. p. zwracały naraz w jedną stronę głowy i t. p. Gdy jedno zwierzę padło, drugie kończyło również życie wśród drgawek w 3—4 godzin. Szybkie, najdalej w ½ godziny podjęte oddzielenie żyjącego od trupa, ratowało mu życie. Jodek potasu, wstrzyknięty w tylną łapę jednego osobnika, wykrywano w moczu drugiego w ¾ godziny. Podobnie stwierdzono i przechodzenie drobnoustrojów z jednego osobnika na drugi. Usunięcie jednej, a w pewien czas drugiej nerki u jednego zwierzęcia wywołało najpierw osowienie i drgawki u nieoperowanego; po 12 godzinach jednak zaczęło zwierzę nieoperowane przychodzić do siebie, pozbawione zaś nerek popadło w drgawki i padło (drugie potem umyślnie już zabito). Doświadczenie ostatnie jest wstępem do dalszych, mianowicie do badań przemiany materyi po usunięciu ważnych dla życia narządów, do badań co do rozchodzenia się jadów n. p. tężcowego i t. p. *Klęsk.*

A. Landau i M. Halpern. **Przyczynek do badań nad składem chemicznym płynu mózgowordzeniowego.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 1). Badania autorów obejmują 22 przypadków. Materyał otrzymywano przez nakłucie lędźwiowe. Ciężar właściwy płynu mózgowordzeniowego wahał się między 1005 a 1009, przyczem nie zauważono wyraźnej zależności tego ciężaru od zawartości soli kuchennej lub azotu całkowitego. Co się tyczy chlorków, to ilość ich wynosiła około 0·6 prc.; zawartość zaś azotu wahała się między 0·03—0·04 prc., przyczem dał się zauważyć pewien antagonizm między zawartością chlorków, a zawartością azotu; i tak najwyższym liczbom dla azotu odpowiadają najniższe liczby dla chlorków i odwrotnie. Co się tyczy poszczególnych przypadków, to przy gruźliczem zapaleniu opon uderza mała zawartość chlorków przy dużej zawartości azotu. Wartoby sprawdzić, czy to zjawisko jest stałem dla wszystkich przypadków gruźliczego zapalenia opon i od czego zależy to powiększenie się ilości azotu, czy od wzmożonej zawartości białka, czy też od produktów azotowych niebiałkowych. *Pisarski.*

Zimin. **W sprawie wpływu chloroformu i eteru na bakteryobójcze działanie krwi i fagocytozę.** (*Doniesienie tymczasowe*). (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 1). Dla swoich doświadczeń używał Z. (Tomsk) królików, morskich świnek, które poddawał uśpieniu od 45 minut do 2½ godzin. Dla zbadania bakteryobójczego działania krwi brał Z. surowicę i odwłókniona krew królików prawidłowych i usypianych i zakażał je lasecznikiem duru brzusznego. Fagocytozę badano na świnkach morskich, którym do jamy brzusznej wprowadzano zawiesinę prątka odmieńca, zbierając potem od czasu do czasu wysięk otrzewny. Wnioski autora są następujące: A) Co do fagocytozy: 1) Świnki znoszą wstrzykiwanie do jamy brzusznej dużych dawek hodowli odmieńca. 2) Odczyn ustroju na te wstrzykiwania w postaci przenikania do jamy brzusznej komórek wielojądrzastych i chwytania przez nie bakteryi odbywa się u zwierząt eteryzowanych słabiej, niż u zwierząt, użytych do kontroli. 3) U zwierząt chloroformowanych odbywa się przenikanie komórek wielojądrzastych tak samo, jak i u prawidłowych, lecz zdolność tych komórek do pochłaniania bakteryi jest zmniejszoną. B) Co do działania bakteryobójczego: 1) Wielkiej różnicy w bakteryobójczem działaniu surowicy (resp. krwi) chloroformowanych, eteryzowanych i prawidłowych królików zauważyć nie można, 2) jednakże surowica zwierząt chloroformowanych zabija bakterye mniej energicznie, co najlepiej można zauważyć na hodowlach, zasianych po upływie 20—45 minut od początku działania surowicy. *Z. Orłowski.*

Raubitschek i Russ. **W sprawie własności bakteryobójczych pyocyanazy.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 8, 1908). Bouchard i Freudenreich zwrócili uwagę na działanie bakteryobójcze hodowli prątków ropy błękitnej na prątki wąglika i inne drobnoustroje. Emmerich i Löw zajęli się badaniem substancyi bakteryolitycznej tych drobnoustrojów i tłómaczą istotę bakteryobójczego działania obecnością zaczynu, który nazwali pyocyanazą i który znalazł nawet zastosowanie lecznicze. Tymczasem badania autorów stwierdzają, że z pyocyanazy przez odpowiednie postępowanie można uzyskać ciało, podobne do tłuszczu, tzw. lipoid, które właśnie stanowi istotę znacznej siły bakteryobójczej w pyocyanazie, nie ma tu zaś działania zaczynowego. Byłby to zdaniem autorów pierwszy dotąd znany lipoid, pochodzący z drobnoustrojów i działający bakteryolitycznie. *Dr Blassberg.*

Rössle. **O przeroście i korrelacyi narządów.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 8, 1908). Najczęstszym jest przerost narządów o tej samej budowie, t. zw. przerost zastępczy. Następuje on w narządach parzystych wtedy, gdy jeden z nich ulegnie zniszczeniu, (np. nerka). Również dość częstym jest przerost roboczy, następowy wskutek zwiększonej pracy, np. przerost serca przy chorobach płuc i naczyń. Trzecią grupę stanowi przerost pewnego narządu, wywołany utratą pewnych chemicznych własności zupełnie innego narządu, np. przerost przysadki mózgowej po usunięciu gruczołu tarczowego i t. p. Przerost ten możnaby również uważać za zastępczy. Ostatnią wreszcie grupę stanowią sprawy, gdzie przerost w pewnym narządzie powstaje wskutek zniknięcia hamującego działania innego narządu. Sprawa ta nie jest jeszcze dość jasną. Przerost powstać tu może w jednym narządzie także wtedy, gdy inny wytwarza zanadto dużo pewnych substancyi. Należy tu przerost serca przy wolu, przy powiększeniach grasicy, zwiększeniu się wydzielania nadnerczy i t. p. Bardzo często spotyka się przerost grasicy przy chorobie Basedowa. Czy należy go odnieść do grupy trzeciej, czy czwartej, orzec trudno. Przerost przysadki mózgowej po wytrzebieniu spostrzegał Fichera u zwierząt, a autor w trzech przypadkach u trzebieńców stwierdził go sekcyjnie. Jakie substancye wywołują ten chemiczny przerost, dokładnie jeszcze nie wiemy. Według Starlinga i Halbana byłyby to t. zw. stimuliny lub hormony. Wywołują one n. p. powiększenie się sutków w ciąży. Zupełnie nie jasne są jeszcze miejscowe przerosty pewnych narządów, jak wątroby, płuc lub naczyń, a wreszcie przerosty wrodzone pewnych części narządów, wchodzące już na pogranicze zwykłych przerostów i nowotworów. *Klęsk*

Medycyna wewnętrzna.

Bendix. **O obecnym stanie stosowania tuberkuliny.** (*Klin. ther. Wochs.* 1907, 44, 45 i 46). Wobec powszechnie dzisiaj uznanego faktu, że gruźlica w początkowym okresie jest chorobą uleczalną, jest obowiązkiem lekarza w tym właśnie okresie dokładne i pewne jej rozpoznanie. Obecności prątków w plwocinie nie można dzisiaj uważać za wczesny objaw. Natomiast wielkie znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy płuc ma dokładne fizyczne badanie płuc, łącznie z uwzględnieniem wywiadów i objawów ogólnych. Promienie Röntgena mogą tutaj oddać także wielkie usługi, ale lekarz-praktyk tego sposobu badania najczęściej użyć nie może. Są jednak przypadki rozpoczynającej się gruźlicy, sprawiające wielkie trudności rozpoznawcze, a w których jedynym środkiem rozpoznawczym pozostaje tuberkulina. Do celów rozpoznawczych używa się dzisiaj powszechnie starej tuberkuliny Kocha, sporządzanej w następujący sposób: hodowle gruźlicy ludzkiej na bulionie z dodatkiem 5 prc. gliceryny przesącza się i przez gotowanie zagęszcza do $^{1}/_{10}$ objętości; do użycia podskórnego rozcieńcza się ją następnie 0·5 prc. wodą karbolową. Tuberkulinę stosuje się podskórnie, inne bowiem sposoby stosowania okazały się zdaniem B. niewłaściwe [1]). Przed wstrzyknięciem tuberkuliny należy dokładnie zbadać, czy dany osobnik nie gorączkuje, a także liczyć się na-

[1]) B. nie uwzględnia odczynu Pirqueta i Calmettea. (*Przyp. spr.*).

leży ze stanami, w których już sama czynność wstrzykiwania (nawet wody), może wywołać podniesienie się ciepłoty (jak n. p. histerya lub neurastenia). Koch radził wstrzykiwać naprzód 1 mgr., później 5 mgr., a wreszcie 10 mgr.; jeżeli po której z tych dawek wystąpił odczyn, powtarzał tę dawkę, a powtórne wystąpienie odczynu uważał za dowód gruźlicy. Inni autorowie podawali inne sposoby, a n. p. Pickert wstrzykuje 0·5 mgr. i postępuje tylko o bardzo małe ilości i w dużych odstępach czasu, ażeby wyłączyć szkodliwe działanie tuberkuliny. Inni znów zalecali wstrzykiwać w przeciągu 12 dni cztery razy po 0·2 mgr. W ostatnich czasach radzą niektórzy zaczynać wstrzykiwania od bardzo małych dawek (0·0001), a następnie szybko w górę postępować. Nierozstrzygniętym jest jeszcze spór, jaką dawkę należy uważać za najwyższą, przy której chorzy na gruźlicę jeszcze oddziaływają, zdrowi zaś nie. Szkoła Kocha uważa 10 mgr. za taką dawkę, niektórzy jednak autorowie dopiero 50 mgr. Na obraz odczynu składa się gorączka, objawy ogólne i miejscowe. Gorączka powstaje przez wessanie rozpuszczonych produktów z miejsca chorego i jako zwykły objaw działania toksyn. Ażeby odczyn gorączki można uważać za dodatni, musi różnica wynosić 0·5°—0·8°. Ogólne objawy polegają na dreszczu, potach, bolu głowy i członków, ogólnem rozłamaniu, nudnościach, wymiotach, ciśnieniu w żołądku i biciu serca; czasem występuje białkomocz. Z objawów płucnych może wystąpić kaszel, zwiększenie się ilości plwociny, bole w miejscach, gruźlicą zajętych, a przedmiotowo można często wtedy stwierdzić prątki w plwocinie i rzężenia nad choremi częściami płuc. Wielokrotnie próbowano ze stopnia objawów odczynu wysnuć rokowanie danego przypadku, zapatrywania jednak są bardzo rozbieżne. O leczeniu tuberkuliną, (jakkolwiek dzisiaj jeszcze ma ono swoich przeciwników), coraz większe koło badaczy wyraża się dodatnio. Początkowe niepowodzenia w tym kierunku należy odnieść do stosowania nieodpowiedniej dawki i do nieodpowiedniego wyboru chorych. Do leczenia tuberkuliną nadają się najbardziej przypadki lekkie, bez gorączki i z wielkiemi zmianami miejscowemi; ale i przypadki cięższe można skutecznie leczyć tuberkuliną, a niektórzy uważają nawet tuberkulinę za doskonały środek przeciwgorączkowy. Przeciwwskazanie stanowi tylko wysoka, trawiąca gorączka. Przy wadach serca, wikłających gruźlicę płuc, należy tuberkulinę ostrożnie stosować, ażeby ogólny odczyn nie wywołał zapadu. Skłonność do krwotoków nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania. Leczenie tuberkuliną rozpoczyna się od bardzo małej dawki, 0·01 mgr., a niektórzy radzą rozpoczynać nawet od 0·001 mgr. Następnie powiększa się dawkę z początku prędzej, później powoli i w dużych odstępach. Wszelkiego odczynu należy unikać, jakkolwiek i pod tym względem zapatrywania są różne i niektórzy nie uważają małego wzniesienia się ciepłoty za szkodliwe. Ogólnie uważa się leczenie tuberkuliną wtedy za ukończone, gdy dawka czystej tuberkuliny dojdzie 1 gr., co osiąga się mniejwięcej po 4—6 miesiącach, jeżeli się wstrzykuje dwa razy na tydzień. Co do tego, w jaki sposób wywiera tuberkulina korzystne działanie na ustrój gruźliczy, podziela autor zapatrywanie Sahliego, że działanie tuberkuliny polega na wytworzeniu czynnej odporności, przez którą wzmaga się naturalną zdolność ustroju do wytwarzania ciał, niweczących działanie toksyny gruźliczej. Arneth i Uhl wykazali, że pod wpływem tuberkuliny poprawia się neutrofilowy obraz krwi. Tuberkulina działa także zdaniem B. doskonale jako środek objawowy, uśmierza kaszel, ułatwia wykrztuszanie, łagodzi ból i kłucie, zmniejsza poty i t. d. Dobre wyniki osiągał C. Spengler, wstrzykując naprzemian tuberkulinę zwierzęcą i ludzką. W samych początkach stosowano tylko starą tuberkulinę Kocha, dzisiaj przetworów tuberkulinowych jest cały szereg; mniejwięcej wszystkie oddają zdaniem B. dobre usługi[1]). *Pisarski.*

Blum. **O wartości odczynu ocznego dla rozpoznania gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 2). Związek między istnieniem tego odczynu, a istnieniem gruźlicy jest częsty, ale niestały. Brak odczynu nie wyłącza gruźlicy. Możliwe jest prawdopodobnie pojawianie się tego odczynu, chociaż wyjątkowo, także i u osób nie dotkniętych gruźlicą, co ogranicza oczywiście doniosłość próby. *Dr M. Godlewski.*

Goebel. **Doświadczenia z odczynem skórnym Pirqueta.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 4). Zdaniem autora tak odczyn Pirqueta, jakoteż odczyn oczny są odczynami swoistymi. Częstość odczynu u dorosłych tłómaczy G. częstością gruźlicy utajonej. Znaczenie odczynów dla rokowania zasługuje jeszcze na sprawdzenie. Nie wyjaśniono też dotąd, czy odczyn należy uważać za swoistą nadczułość na tuberkulotoksynę, czy na ciała proteinowe bakteryi (Bakterieneiweissstoffe) w ogólności. Dodatni odczyn Pirqueta pozwala, według G., u dzieci (1—12 lat) na wnioski niemal pewne, u dorosłych tylko na wnioski prawdopodobne. Ujemny wynik kilkakrotnego szczepienia pozwala u dorosłych niemal napewno gruźlicę wyłączyć. *Dr M. Godlewski.*

Moro. **O odczynie, dającym się zużytkować w celach rozpoznawczych, wywołanym przez wtarcie mydła zawierającego tuberkulinę.** (*Münchener med. Wochs.* 1907, Nr 5). M. wychodzi z założenia, że pewne schorzenia skóry, właściwe zołzom, są wypływem odczynu, wynikającego ze swoistej nadczułości. Istotnie stwierdził M., że wtarcie mydła, zawierającego 50 prc. tuberkuliny, wywoływało u takich osobników właściwy odczyn w postaci drobnych guzków na miejscu wtarcia. M. wyróżnia 3 stopnie tego odczynu, który jako zupełnie niewinny, a z odczynem Callmettea i Pirqueta analogiczny, może mieć doniosłe znaczenie rozpoznawcze. *Dr M. Godlewski.*

Hosch. **W sprawie samorodnej ropowicy żołądka** (*gastritis phlegmonosa idiopathica*). (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 24). Choroba ta rozpoczyna się objawami często niejasnymi, jak brakiem łaknienia, nudnościami, rozszerzeniem żołądka. Najczęściej pojawiają się wymioty śluzowo-żółciowe, niekiedy ropne. Czasem wymioty ustępują, pojawiając się ponownie, gdy powstanie zapalenie otrzewnej. Brzuch bywa bolesny; najsilniejsze bole w nadpępczu. Za życia rozpoznawano chorobę tylko w bardzo rzadkich przypadkach. Dołączające się po 2—4 dniach ogólne zapalenie otrzewnej zaciera obraz choroby. W rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na względzie: ropień ściany żołądka, zapalenie okołożołądkowe, nieżyt żołądka ostry, ropień wątroby, zapalenie pęcherzyka żółciowego, trzustki i zapalenie gruźlicze otrzewnej. — Choroba trwa 1—20 dni, zdarza się częściej u mężczyzn. Leczenie jest objawowe; w razie przebicia do otrzewnej konieczna jest natychmiastowa operacya.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Meunier. **Badanie wydzielania żołądkowego bez pomocy zgłębnika.** (*Presse méd.* 1908, Nr 6). M. podaje badanej osobie do połknięcia malutki woreczek z cieniutkiego kauczuku, rodzaj kapsułki, zawierający w środku kroplę eteru. Otwór tej kapsułki zawiązany jest cienką nicią z katgutu, przyrządzonego tak, że zawiera błonę podśluzową jelita baraniego; taki katgut bardzo łatwo rozpuszcza się w soku żołądkowym. Otóż kapsułka taka, dostawszy się do żołądka po pewnym czasie, otwiera się, bo katgut ulega strawieniu, a eter wydostaje się na zewnątrz, i zetknąwszy się ze ścianą żołądka, gwałtownie się ulatnia. Chwilę tę chory wyraźnie odczuwa, albowiem doznaje wyraźnego odbijania się eterem. Czas, jaki minął między połknięciem kapsułki, a odbijaniem się eterem, służy za miarę siły trawienia żołądkowego. I tak na podstawie doświadczenia przekonał się M., że przy nadmiernej kwaśności żołądkowej odbijanie się eterem następuje przed upływem godziny, przy wydzielaniu prawidłowem po godzinie do $1^1/_2$ godziny, przy upośledzonem wydzielaniu po $1^1/_2$ godziny; przy braku HCl w soku żołądkowym wymowo znamienne odbijanie się wcale się nie pojawia. *Stahr.*

Prym. **Wypróżnianie się żołądka, oddzielanie się części stałych od płynnych, zachowanie się tłuszczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 2). Mniemanie, jakoby skutkiem ruchów robaczkowych już w żołądku następowało dokładne wymieszanie pokarmu, okazało się nieprawdziwe. Badania Grütznera dowiodły, że jedynie cząstki położone przyściennie, oraz cząstki, znajdujące się w okolicy odźwiernika, są w ruchu; cząstki, znajdujące się więcej w środku, są w zupełnym spoczynku, działaniu soku żołądkowego nie ulegają, pozostają też zupełnie nie ogrzane. Dowiedziony fakt, że żołądek przepuszcza do dwunastnicy jedynie cząstki, przeprowadzane w stan płynniejszy, zatrzymując inne, przypisywano odźwiernikowi, który miał tego oddzielania dokonywać; P. na podstawie badań, przeprowadzonych na psach, u których przez zamrożenie ustalano zawartość żołądka, dochodzi do przekonania, że czynności tej dokonywa sam właściwy żołądek (*corpus ventriculi*). Ruchy robaczkowe wzrastają przy zbliżaniu się do odźwiernika, tak, że w okolicy przedsionka odźwiernika kurczowe zaciśnięcie odcina treść tam zawartą od reszty żołądka, a równocześnie rozwierający się odźwiernik wyrzuca treść do dwunastnicy. Ruch zatem przyściennej porcyi pokarmów jest wywołany ruchem ssącym przedsionka odźwiernika, oraz ruchem robaczkowym ścian żołądka. Przybrzeżnie nawet leżące części stałe nie mogą być słabym ruchem robaczkowym porwane; ostatecznie tedy dostają się do części środkowej. Tak następuje zwolna oddzielanie części stałych od płynnych,

[1]) Zapatrywania Bendixa uderzają swym optymizmem; porów. prace Dra Dłuskiego, drukowaną w r. b. w »Przeglądzie«. (*Przyp. str.*).

dopóki części stałe nie staną się pod wpływem działania soku żołądkowego płynniejszemi. Tłuszcz, jako stosunkowo lekki, ma skłonność do usuwania się z pod działania błony śluzowej i wydostawania się na powierzchnię, otaczając nieraz całą masę pokarmową i przez to zostając długo w żołądku. Zdarza się to zwłaszcza przy równoczesnem zwężeniu odźwiernika. Podawanie zatem tłuszczów leczniczych (olej rącznikowy) naczczo i podawanie następnie pokarmu dopiero po upływie kilku godzin jest zupełnie uzasadnione, gdyż tłuszcz, nie mogąc oblepić się niejako na kęsie pokarmowym, szybciej do jelit wydalonym bywa.

Dr M. Godlewski.

Kurt Sury. **Przyczynek do nauki o zapalnej marskości żołądka i włóknistem zapaleniu błon surowiczych.** (*Polyserositis fibrosa-Zuckerguss*). (*Archiv für Verdauungskr.* T. XIII, Z. 1). Przez nazwę zapalnej marskości żołądka rozumieć należy przedewszystkiem chorobę, polegającą na pierwotnem mniej lub więcej rozległem zgrubieniu ścian żołądka przez rozrost tkanki łącznej w błonie podśluzowej i podsurowiczej. Następowe kurczenie się nowo utworzonej tkanki łącznej pociąga za sobą stałe zmniejszenie się pojemności żołądka. Cała ta sprawa jest następstwem bądźto istniejącego jeszcze, bądź też ukończonego już zapalenia ścian żołądka. Przyczyny tej nader rzadkiej choroby są najróżnorodniejsze; jako najczęstsze przytacza S. wrzody okrągłe, ropne zapalenie żołądka, nieżyt żołądka przewlekły (*abusus alcoholicus*), uporczywe wymioty, działanie środków żrących, zastoje przy chorobach wątroby, serca lub płuc, kiłę, przewlekłe zapalenie okołożołądkowe, zapalenie otrzewnej lub tkanki zaotrzewnej, urazy i t. d. — Z objawów klinicznych zasługują na uwagę: odbijania i brak łaknienia; rzadziej zdarza się ucisk miejscowy lub ból. Z powodu zmniejszonej pojemności żołądka następuje przy jedzeniu bardzo prędko uczucie pełności; wogóle chory może spożywać na raz tylko bardzo małą ilość pokarmów, inaczej następują natychmiast wymioty. Stolec bywa zaparty. W większości przypadków rozwija się puchlina brzuszna. Rozpoznanie opiera się głównie na następujących danych: pojemność żołądka jest zmniejszona, próba wydęcia żołądka nie udaje się, zgłębnik wprowadzony być może tylko do 40 lub 50 ctm., dolnego jego końca od zewnątrz nie można wymacać. W dołku podsercowym wymacać można silne stwardnienie o gładkiej powierzchni, które często z powodu zapalenia okołożołądkowego jest nieruchome. — Sprawa różni się od nowotworów długiem trwaniem (3—10—15 lat), występowaniem w młodym wieku (25. rok), brakiem przerzutów i wreszcie brakiem wymiotów krwawych. Badania histologiczne autora streszczają się w następujących zdaniach. Zapalna marskość żołądka polega na przewlekle zapalnym rozroście tkanki łącznej, która w błonie podśluzowej i podsurowiczej najbardziej buja. Początkowo w jądra i fibroblasty obfitująca tkanka przechodzi zwolna w tkankę twardą, zawierającą mało komórek, z utratą naczyń krwionośnych i limfatycznych. W tkance ziarninowej napotyka się bujanie śródbłonków limfatycznych, które przybierają niekiedy kształt nabłonkowaty. W błonie śluzowej giną całemi partyami gruczoły, podściółka rozrasta się. Rozpoznanie jest możliwe jedynie na podstawie badania drobnowidowego.

Schudmak.

M. Einhorn. **Dalsze doświadczenia z próbą trawienną perełkową (Einhorna).** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). Przed rokiem ogłosił E. próbę trawienną (ob. spraw. w »Przegl. lek.«), polegającą na wprowadzaniu do przewodu pokarmowego perełek szklannych, napełnionych ciałami, ulegającemi strawieniu jużto w żołądku, już też tylko w jelitach. Perełki te podaje się choremu w kapsułce żelatynowej, a po 24 godzinach odszukuje się je w kale i bada ich treść. Według autora ulegają trawieniu wyłącznie żołądkowemu katgut i ości ryb, zaś mięso, ziemniaki, tłuszcz barani i grasica ulegają trawieniu jelitowemu. Do pierwotnych swoich doświadczeń dołącza E. obecnie doświadczenia, uzyskane w dalszych 37 przypadkach różnych chorób, które służyć mają za dowód, iż tą drogą dokładnie oznaczyć można siłę trawienną tak żołądka, jak i jelit.

Schudmak.

E. Schütz. **Przyczynek do nauki o włóknach sprężystych żołądka.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). W pracy swej, przeważnie histologicznej, wywodzi S., odmiennie od zapatrywań innych autorów, że włókna sprężyste żołądka mają następujący układ. 1) W błonie śluzowej znajduje się tuż pod warstwą gruczołową warstwa włókien sprężystych, począwszy od wpustu aż do odźwiernika, odpowiednio do warstwy mięsnej śluzowej (*muscularis mucosae*) (t. zw. warstwa sprężysta bł. śluzowej), złożona przeważnie z gęsto ułożonych włókien o różnym przebiegu; tylko w okolicy odźwiernika, oraz koło pierścienia wpustu są włókna grubsze. Szerokość tej warstwy jest w dnie żołądka najmniejsza, wzrasta ku wpustowi; koło odźwiernika jest zmienna. Od tej warstwy wchodzą między gruczoły wązkie wypustki, które miejscami dochodzą do połowy wysokości gruczołów; najsilniej rozwinięte są wypustki koło dna żołądka, gdzie podstawę gruczołów siatkowato otaczają. 2) W błonie podśluzowej jest utkanie sprężyste koło wpustu i w dnie bardzo skąpo rozwinięte, napotyka się tu tylko pojedyncze włókna; jedynie w sąsiedztwie naczyń krwionośnych napotyka się obfitsze nagromadzenie włókien sprężystych. W okolicy odźwiernika jest utkanie sprężyste także i w błonie podśluzowej bogato rozwinięte. 3) W błonie mięsnej tworzą włókna sprężyste w okolicy wpustu i w dnie ciągłą prawie warstwę miernie szerokich pasm. Druga warstwa przebiega w pobliżu błony surowiczej, w części na granicy między wewnętrzną a zewnętrzną warstwą mięsną, mając w okolicy wpustu znaczniejszą szerokość. W okolicy odźwiernikowej brak obu warstw. Obie warstwy połączone są ze sobą tak w dnie żołądka, jak i przy wpuście, przez równie silne pasma włókien sprężystych, z których uboczne pasemka, wchodząc między beleczki mięsne, tworzą miejscami gęstą siateczkę, bardzo bogato w okolicy wpustu rozwiniętą. — W ścianie mięśniowej części wpustowej, tudzież w samym odźwierniku, przebiegają stosunkowo rzadko włókna sprężyste we wszystkich kierunkach. 4) W błonie surowiczej przebiegają w dnie żołądka i koło odźwiernika wązkie pasemka włókien sprężystych w kierunku podłużnym; koło wpustu nie ma ich wcale. — Na podstawie tych wyników dochodzi S. do wniosku, że tkanka sprężysta służy w żołądku nietylko za podstawę i rusztowanie dla tkanek, ale także i do innych celów; obfitość włókien sprężystych w błonie śluzowej i mięsnej dna pozwala na wniosek, że mają one tu za zadanie przeciwdziałać wydęciu, na jakie żołądek w tem miejscu najbardziej jest narażony; obfitość tkanki sprężystej w błonie mięsnej wpustu pozwala przypuścić, że włókna sprężyste spełniają tu rolę zwieracza, a co do odźwiernika, w którym włókna sprężyste obficie napotykamy tak w błonie śluzowej, jak i podśluzowej, to mają one tu wywoływać wciskanie się błony śluzowej w światło odźwiernika, przez co zamknięcie się jego staje się zupełniejsze.

Schudmak.

Prof. Horway. **Przypadek gośćca żołądka z wymiotami krwawemi niewiadomego pochodzenia.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). Na podstawie jednego (!) przypadku stara się J. dowieść, że gościec żołądka jako samoistna choroba, ograniczona wyłącznie do tego narządu, może się zdarzać. Chory autora cierpiał na bole żołądka, występujące jedynie podczas zimniejszej pory roku lub w czasie panowania wiatrów. Zmiany pory, lub miejsca pobytu wpływały zawsze uspakajająco na chorobę. Krwotoki, towarzyszące chorobie, tłómaczy J. jużto jako powstałe z nadżerek skutkiem zwiększonej kwaśności żołądkowej, już też jako pochodzące nie z żołądka, ale z żylaków, usadowionych w dolnym odcinku przełyku w pobliżu wpustu. (Badania pośmiertnego nie wykonano!).

Schudmak.

L. Fischl. **Przyczynek do patologii żółtaczki nieżytowej.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). F. przeczy, jakoby żółtaczka, zdarzająca się przy t. zw. nieżycie żołądkowo-dwunastniczym, była wywołana przez nagromadzenie się śluzu i zatkanie głównego przewodu żółciowego. F. w żadnym przypadku żółtaczki nieżytowej nie spostrzegał nieżytu żołądka, jedynie kwaśność żołądka była silnie zwiększona. Wobec tego tłómaczy F. żółtaczkę tę jako nieżyt dróg żółciowych, wywołany przez silnie kwaśny sok żołądkowy, który, przechodząc do dwunastnicy, zmienia podłoże dla bakteryi, mogących wtedy wywoływać zapalenie dróg żółciowych i żółtaczkę.

Schudmak.

Wegele. **O leczniczem działaniu joghurtu i o wskazaniach do leczenia tym środkiem w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, 1). Joghurt jest kwaśnem mlekiem, wyrabianem w Bułgaryi zapomocą zaczynu, zwanego »podkwassa«. Zaczyn ten składa się z całego szeregu bakteryi, wytwarzających kwas mleczny, a największą jego ilość wytwarza t. zw. prątek bułgarski, laseczka gruba, długości 5—20 μ, o wielkiej żywotności, barwiąca się barwikami anilinowymi, nie odbarwiająca się sposobem Grama. Mleko kwaśne, otrzymane zapomocą tego fermentu, jest łatwo strawną, doskonałą pożywką i posiada w wysokim stopniu własność odkażania przewodu pokarmowego, raz przez wytwarzanie wielkiej ilości kwasu mlecznego, a powtóre przez to, że prątek bułgarski i inne w tym zaczynie się znajdujące bakterye posiadają wielką żywotność i rozmnażając się w przewodzie pokarmowym, utrudniają rozwój innych drobnoustrojów. Co do wskazań, to z chorób żołądka nadają się do stosowania mleka bułgarskiego bardzo przewlekłe

nieżyty ze zmniejszonem wydzielaniem soku żołądkowego i brak wydzielania soku (*achylia gastrica*), korzystną tu bowiem jest z jednej strony obecność kwasu mlecznego, z drugiej obecność w tem mleku już nadtrawionych białek. Przeciwwskazanie do podawania joghurtu będą stanowić choroby żołądka, przebiegające z nadmierną kwaśnością i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Właściwem polem do stosowania joghurtu są choroby jelit, szczególnie przebiegające ze wzmożoną fermentacyą lub gniciem. W dysenteryi tak ostrej, jak przewlekłej, okazał się joghurt bardzo dobrym lekiem. Istnieje jedna publikacya, w której autor podaje, że spostrzegał korzystne działanie joghurtu w przebiegu duru brzusznego. Francuscy autorowie spostrzegali korzystne działanie joghurtu przy owrzodzeniach gruźliczych kiszek. (W handlu znajdują się dziś mnogie przetwory joghurtu: francuska laktobacylina, kilka przetworów niemieckich, zaczyn Karwackiego z Warszawy i i.). *Pisarski.*

Dermatologia i syfilidologia.

Peritz. **Kiła, wiąd rdzenia i porażenie postępujące w stosunku etyologicznym i leczniczym do lecytyny.** (*Berl. kl. Wochs.* Nr 2, 1908). Na podstawie wyników dawniejszych swych doświadczeń z wstrzykiwaniami lecytyny u ludzi dotkniętych wiądem przypisuje P. lecytynie działanie swoiste. Obecnie chcąc zbadać stosunek lecytyny do antytoksyny kiłowej, wstrzyknął P. choremu na wiąd, okazującemu wybitnie dodatni odczyn Wassermanna, 6 razy lecytynę, za każdym razem po 2 gr. W 2 dni po ostatniem wstrzyknięciu stwierdził u chorego zupełne zniknięcie niweczników we krwi. Wynik powyższy zgadza się najzupełniej z najnowszem spostrzeżeniem Wassermanna, że lecytyna wchodzi *in vitro* w połączenie z antytoksyną kiłową. Ze spostrzeżeń Wassermanna zdaje się wynikać, że ciało, oznaczane dotąd w surowicy kiłowej jako niwecznik, jest toksyną kiłową. Wobec tego odczyn ujemny po wstrzyknięciach lecytyny można tłómaczyć albo związaniem niwecznika z lecytyną we krwi, albo też jego zupełnem zniknięciem. Znaczne zwiększenie się ilości lecytyny w kale chorych na wiąd, a następnie zmniejszenie po wstrzykiwaniach lecytyny pochodzi stąd, że wskutek powinowactwa toksyny do lecytyny, ilość lecytyny, obecna w ustroju, nie wystarcza do nasycenia toksyny, a zatem cała jej ilość, wprowadzana z pokarmami, zostaje na ten cel zużyta i następnie z kałem wydalona. Przez wstrzykiwania zostaje wolna jeszcze toksyna całkowicie nasycona, stąd zmniejszenie się ilości lecytyny w kale. Czy lecytyna jednak zdoła usunąć na stałe toksynę kiłową z ustroju, pozostaje na razie sprawą nierozstrzygniętą. W dalszym ciągu wywodzi P., że połączenie toksyny kiłowej z lecytyną pod żadnym względem nie odpowiada t. zw. toksolecytydom, a że niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków działa lecytyna w wiądzie leczniczo, więc o trującem, a zwłaszcza neurotoksycznem działaniu wspomnianego połączenia mowy być nie może. Powstawania wiądu działaniu wprost samej toksyny przypisać nie można, bo nieraz wiąd postępuje, a »antytoksyny« we krwi stwierdzić nie można. Działania leczniczego lecytyny nie można zaś wytłómaczyć powstającą pod jej wpływem poprawą w wymianie materyi, gdyż badania szczegółowe, przeprowadzone w tym kierunku przez autora, nie stwierdziły ilościowej zmiany w wymianie materyi. Jakiż jest zatem stosunek etyologiczny lecytyny do wiądu? Ponieważ toksyna kiłowa posiada wyraźne powinowactwo do lecytyny, zatem cała ilość lecytyny, wprowadzana z pokarmami do ustroju chorego na wiąd, zostaje po wessaniu z jelit, już we krwi przez krążącą toksynę pochwyconą. Na tem cierpi w pierwszym rzędzie układ nerwowy ośrodkowy, będący obok innych narządów głównym składem lecytyny w ustroju. Zużyte w nim ilości lecytyny nie zostają zastąpione przez świeże, w następstwie czego rozwijają się prawdopodobnie zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym, które dają klinicznie obraz choroby, zwanej wiądem. Chociaż później brak działania toksyny, to jednak znaczny, trudno dający się usunąć ubytek lecytyny, obok zaburzeń nerwowych w różnych narządach, wywołuje dalsze zmiany, a tem samem i postęp wiądu. Powyższe rozumowanie pozostaje jednak na razie przypuszczeniem, które powinno wszakże zachęcić do dalszych badań. *W. Kluger.*

Mühsam. **Kliniczna wartość serodyagnostyki przy kile.** (*Berlin. klin. Wochs.* Nr 1, 1908). Kliniczna swoistość odczynu Wassermanna jest niewątpliwą, t. zn., że ciała stwierdzane zapomocą tego odczynu, u człowieka istnieją tylko przy kile. Na 80 badanych przez M. przypadków, w 48 odczyn był dodatni. W 46 z nich można było kiłę niewątpliwie stwierdzić, w 2 pozostałych chodziło: w pierwszym o chorobę wątroby, w drugim przypadku sekcya nie wykryła zmian makroskopowych kiłowych. Natomiast w 10 przypadkach był odczyn dodatni bez równoczesnych zmian klinicznych. Dwa z nich dotyczyły kobiet, które wkrótce potem urodziły dzieci kiłowe. Wykrycie zatem jadu kiłowego w okresie jego klinicznego utajenia jest rzeczą wielkiej wagi. Dopóki nie będzie znanym przypadek, w którymby przy niewątpliwym braku kiły odczyn był dodatnim, dopóty musimy odczyn uważać za swoisty i świadczący o obecności czynnego jadu w ustroju. Co się tyczy odczynu ujemnego, to nie świadczy on jeszcze o nieobecności jadu kiłowego, występuje bowiem: w przypadkach wyleczenia, niejednokrotnie podczas samego leczenia rtęcią, (natomiast w pewien czas po leczeniu swoistem pojawia się odczyn dodatni), dalej, jeśli ciała wiążące komplementy jeszcze się nie wytworzyły. Stwierdzono, że u małp wytwarzanie tych ciał waha się, wzmaga się i obniża, a zatem i u człowieka może powstać odczyn ujemny właśnie w okresie zmniejszonego wytwarzania się wspomnianych ciał. Wreszcie równorzędnie do innych chorób zakaźnych przypuścić należy, że istnieją ustroje, które na niewątpliwe zakażenie kiłowe nie oddziaływają wogóle wytwarzaniem ciał swoistych. *Dr W. Kluger.*

Pototzky. **Kąpiele ręczno-nożne z bezwodnikiem kwasu węglowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 7, 1908). Kąpiele ręczno-nożne z bezwodnikiem kwasu węglowego (ciepłota około 32° C) nadają się do leczenia zboczeń w krążeniu krwi w kończynach, jak przy nawykowo zimnych rękach lub nogach, obfitem poceniu się, odmrożeniach, a także jako środek odciągający przy przekrwieniach mózgu, bezsenności, chorobach nerwów naczynioruchowych i t. p. Kąpiele ręczne oddają nieraz dobre usługi przy dychawicy i dusznicy bolesnej. W razie potrzeby wśród kąpieli lub potem należy stosować ochładzanie głowy. *K.*

Prof. K. Ritter. **Powstawanie odmrożeń i leczenie ich zapomocą sztucznego przekrwienia.** (*Münch. med. Woch.* Nr 19, 1907). Dotąd uważano przekrwienie żylne, występujące przy odmrożeniach, za szkodliwe i starano się je usuwać przez wysokie ułożenie kończyn. R. przeciwnie upatruje w tem przekrwieniu czynnik leczniczy i w tem przekonaniu stara się je nawet zwiększyć, stosując przekrwienie żylne zapomocą zastoiny, jakoteż i tętnicze zapomocą gorącego powietrza. Pierwsze, nadające się szczególnie do ostrych odmrożeń, stosuje się przez 6 do 12 godzin i powinno osiągać stopień obrzęków, drugie zaś stosuje się bardzo energicznie przy starych pęcherzach i wrzodach przez 3—14 dni po $\frac{1}{2}$—1 godziny. (U osób niedokrwistych przez 4—5 tygodni z początku 10—15 minut). Postępowanie to, jak R. się przekonał, nie zawodzi. *Nowaczyński.*

J. Milhit i L. Tanon. **Dwoinka wiewiórowa i dwoinka zapalenia opon.** (*Presse méd.* Nr 5, 1908). Od dawnych lat spostrzegali różni autorowie, przeważnie francuscy, powikłania mózgowordzeniowe w toku ostrego wewióra. W r. 1906 opisał Fürbringer przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w toku ostrego wiewióra, zakończony w 3 dni śmiercią. Nakłucie rdzenia w 2. dniu dało płyn surowiczo-ropny, a w nim znalazł autor ciałka wielojądrzaste, zawierające dwoinki, przypominające postacią najzupełniej dwoinkę wiewiórową, natomiast hodowle miały wejrzenie hodowli dwoinki Weichselbaumowskie. I wtedy już autor postawił sobie pytanie, czy w danym przypadku dwoinka wiewiórowa i dwoinka zapalenia opon nie stanowią jednego i tego samego mikroba. Tożsamości tych drobnoustrojów dowodził również i Pinto. Obecnie autorowie opisują nowy przypadek, jako przyczynek do tej sprawy. Oto spostrzegali oni młodzieńca 21-letniego, dotkniętego ostrym wiewiórem. Po trzech tygodniach nagle zatrzymał się wyciek z cewki i wystąpiły objawy ostrego zapalenia rdzenia (*poliomyelitis acuta anterior*). Gdy chory pod wpływem leczenia z choroby rdzenia wyzdrowiał, zjawił się na nowo wyciek z cewki. W płynie mózgowordzeniowym znaleźli autorowie dwoinki Weichselbauma. Roztrząsając jednak tę sprawę dokładniej, dochodzą wreszcie do ostatecznego wniosku, że była to nie dwoinka zapalenia opon, ale dwoinka wiewiórowa. *Stahr.*

Klarfeld. **Włosowate świeczki z cyny.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 2). Świeczki włosowate z cyny mają tę zaletę, że się nie psują tak łatwo, są tanie, dają się wyjaławiać i przerabiać. Wyrabia je Jettes i Scheerer w Tuttlingen. *Klęsk.*

Prof. Kreibich. **Leczenie wrzodu wenerycznego i zapalenia gruczołów pachwinowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 2). Najlepszym sposobem leczenia wrzodów, usadowionych na napletku, jest zdaniem K. wycięcie, które jednak można stosować w tych tylko rzadkich przypadkach, w których wrzody znajdują się na brzegu wązkiego napletka. W innych przypadkach należy się wyrzec operacyi, gdyż rana po wycięciu wrzodu ulega z reguły zakażeniu i rozpadając się, przemienia się we wrzód jeszcze większy. Zadaniem leczenia jest ograniczyć

jaknajrychlej rozszerzanie się wrzodu. W tym celu trzeba się starać o oczyszczenie dna wrzodu, co można uzyskać przez usunięcie zakażonej chorobowo zmienionej tkanki, stanowiącej dno i najbliższe otoczenie wrzodu. Wynik wtedy jest pomyślny, jeżeli zniszczy się odrazu całą warstwę tkanki zajętej. W przeciwnym razie pod strupem tkanki zniszczonej rozpad postępuje dalej, a wskutek zatrzymania przez pokrywający strup wydzieliny wrzodu łatwiej następuje wessanie materyału zakaźnego przez naczynia chłonne. Ze środków żrących stosuje K. siarkan miedzi w laseczkach, któremi niszczy jednorazowo dno wrzodu. Do oddzielania strupa używa również tego środka w postaci przymoczek z rozczynu 1 : 1000. Po usunięciu strupa poleca K. posypywanie wrzodu jednym ze środków odkażających, z których najlepiej działa w leczeniu wrzodu wenerycznego jodoform. Gdy zaś okres ropienia ustąpił, stosuje K. przykładanie na kalikocie maści ołowiowej. W leczeniu ropnego zapalenia gruczołów pachwinowych stosuje K. w odpowiednich do tego przypadkach mieszankę 10 prc. jodoformowo-wazelinową, którą, po małem nacięciu zropiałego gruczołu i wypłukaniu rany, wstrzykuje po poprzedniem ogrzaniu jako płynną masę. *Stopczański.*

Daels. **W sprawie odczynu skórnego według Pirqueta przy rozpoznawaniu gruźlicy.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 2). Szczególną postać odczynu skórnego spostrzegał prof. Stadelman po szczepieniach Pirquetowskich. Ten odczyn, występujący po upływie dłuższego czasu w miejscu szczepienia, pod postacią guzka, a nazwany dlatego odczynem późnym, różni się od odczynu wczesnego w kierunku rozpoznania i rokowania. Guzek Pirqueta wczesny ma znaczenie rozpoznawcze dla gruźlicy, natomiast odczyn późny występuje głównie u zdrowych, rzadko zaś u tych osób, u których gruźlica istnieje, lub u których przypuszczać ją można. D. badał budowę tych guzków późnych, wziętych z materyału sekcyjnego w czterech przypadkach, w jednym zaś przypadku wycięto u zdrowego guzek w 21 dni po szczepieniu. Przy badaniu guzków wyciętych w 2 przypadkach, w których rozpoznanie sekcyjne stwierdziło gruźlicę, znaleziono następujący obraz: Odczyn tkanki w skórze w miejscu szczepienia był bardzo nieznaczny, natomiast poniżej tego miejsca w skórze i w tkance podskórnej znaleziono nagromadzenia limfocytów około naczyń i gruczołów potnych. Głębiej w tkance tłuszczowej znaleziono nieunaczynione guzki, składające się z szeregów komórek nabłonkowatych, grupujących się dookoła środkowej komórki olbrzymiej. W przypadku dotyczącym zdrowego osobnika, znaleziono również nacieki, składające się z komórek okrągłych dookoła naczyń i torebek włosowych, natomiast nie znaleziono wyraźnych komórek nabłonkowatych, ani olbrzymich. Na podstawie tych badań twierdzi D., że po szczepieniu tuberkuliny w skórę powstający guzek wczesny należy odróżnić od guzka późnego. Budowa tego późnego guzka równa się budowie typowego gruzełka, a taki późny guzek powstaje wskutek działania wszczepionych zabitych prątków gruźliczych, które zawiera tuberkulina. *Stopczański.*

Położnictwo i ginekologia.

Kurdinowski. **O odruchowym wzajemnym stosunku między sutkami a macicą i o ważnem znaczeniu wpływów odruchowych w ogólności, tak pod względem fizyologii, jak i patologii macicy ciężarnej i nieciężarnej.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 2). Na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach przekonał się K., że skurcze macicy, wywołane mechanicznem drażnieniem brodawki sutkowej, nie są jego swoistem następstwem, gdyż każde podrażnienie obwodowe może również na drodze odruchowej wywołać skurcze macicy. U zwierząt, które w celu kontroli K. głęboko usypiał, wszelkie drażnienia pozostawały bez skutku. Liczne spostrzeżenia kliniczne każą przypuszczać, że stosunek tych wpływów odruchowych jest wzajemny, że więc i na odwrót wpływy drażniące, wychodzące z macicy, mogą się przenieść na inne narządy, nawet najodleglejsze. Jako przykłady przytacza K. objawy nerwowe, występujące często nawet przy zupełnie prawidłowej miesiączce; miałyby one być następstwem wpływów odruchowych, wychodzących z narządu rodnego, powiększonego przez dopływ krwi miesiączkowej. Nadto i te liczne objawy, występujące prawie w całym ustroju kobiety, niemal w przebiegu każdej ciąży, jak nudności, wymioty, różnego rodzaju nerwobóle, powiększenie gruczołu sutkowego, tarczowego, wzmożona pobudliwość narządów zmysłowych, miałyby w znacznej części zależeć również od czynników drażniących, przenoszonych na drodze odruchowej z ciągle powiększającej się macicy, wywierającej równocześnie ucisk na sąsiednie narządy i nerwy. Także i zmiany, występujące w ustroju w przebiegu niektórych chorób macicy, należy, zdaniem K., tłómaczyć również wpływem odruchowym, wychodzącym z macicy, n. p. zmiany w sutkach (wydzielanie) i gruczole tarczowym przy mięśniakach macicy, liczne objawy nerwowe (histerya) przy zmianach zapalnych przewlekłych i zmianach położenia macicy i t. p. *Dr E. Ehrenpreis.*

Kehrer. **Znaczenie żółtaczki w ciąży dla matki i dla dziecka.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81, z. 1). Bardzo rzadką formę żółtaczki, występującej w odstępach 4-tygodniowych, równocześnie z miesiączką lub też zamiast nich, opisał pierwszy Senator pod nazwą żółtaczki miesiączkowej (*icterus menstrualis*); towarzyszą jej zwykle pewne przypadłości ogólne i świąd skóry, a w moczu dają się wtedy stwierdzić kwasy i barwiki żółciowe; stolce są lekko acholiczne. Żółtaczka taka trwa kilka dni, poczem zwykle następuje zupełny powrót do zdrowia, a może się ona pojawić tak u osób młodych, jakoteż u kobiet w okresie przejściowym. Przyczyna dotychczas nieznana. Nie wiele więcej wiemy o żółtaczce, występującej w przebiegu ciąży. Autor rozróżnia tu żółtaczki przypadkowe (nieżytowe na tle kamicy i i.) i żółtaczki pozostające w bezpośrednim związku z ciążą; te drugie stara się wytłómaczyć zatruciem, wywołanem przez wytwory przemiany materyi płodu, albo przez substancye wytwarzane przez łożysko, które to substancye, dostawszy się do ustroju matki, mają wśród pewnych warunków wywoływać żółtaczkę. Czasem może żółtaczka przejść w ciężką postać t. z. ostrego zaniku wątroby; wtedy należy przyjąć dodatkowe działanie mikrobów, dotychczas nam nieznanych. Znaczenie żółtaczki ciążowej dla matki polega na skłonności do t. zw. krwawień żółciczych (cholemicznych), na bezsenności z powodu silnego czasem świądu, na wychudnięciu z powodu braku łaknienia i ciągłej biegunki, na ciężkich nieraz schorzeniach nerwowych, na niebezpieczeństwie łatwiejszego zakażenia i trudnego gojenia się ran, powstałych na skórze w następstwie drapania się. W jednym przypadku wywołała żółtaczka ciążowa zapalenie nerwów i zmięknienie kości, które to sprawy dają się w ten sposób wytłómaczyć, że kwasy żółciowe, krążąc dłuższy czas we krwi, rozpuszczają sole wapniowe w kościach i wywołują przemiany wsteczne w nerwach. Dla płodów może żółtaczka być wprost zgubną, o ile bardzo często wywołuje poród przedwczesny, szczególnie przy postaci nawrotowej. Na 30 takich porodów (u 8 ciężarnych) tylko 11 płodów pozostało przy życiu. W przebiegu żółtaczki nieżytowej i ostrego żółtego zaniku wątroby giną płody często w łonie matki: na 57 przypadków stwierdzono śmierć płodu w macicy 45 razy, co tłómaczy się, podobnie jak i inne zmiany w jaju płodowem (żółtaczkowe zabarwienie łożyska, wód płodowych i błon) obecnością kwasów żółciowych, które dostawszy się przez łożysko do krwi płodu, rozpuszczają krwinki czerwone. Fukulara tłómaczy nadto skłonność do krwawień tem, że zmieniony skład krwi wywołuje zmiany w ścianach naczyniowych. Postępowanie w przypadkach żółtaczki ciążowej zależy od postaci, nasilenia i czasu trwania choroby. I tak jeżeli żółtaczka nieżytowa nie trwa dłużej, niż dwa tygodnie, wystarczy zalecić odpowiednią dyetę (jak najmniej tłuszczów), wodę karlsbadzką, zupełny spokój, a nadto z leków rzewień, podofilinę i t. p. Jeżeli natomiast żółtaczka trwa już dłużej aniżeli 2—3 tygodni, a nawet się wzmaga, to o ile płód już jest zdolny do życia pozamacicznego, należy ciążę przerwać. Ciążę należy przerwać także wtedy, jeżeli występują krwawienia żółcicze (cholemiczne), a z powodu ciągłych biegunek szybkie i gwałtowne wychudnięcie, a nadto także przy ciężkich stanach rozdrażnienia psychicznego. Przy ostrym zaniku wątroby należy zawsze ciążę przerwać. Przy żółtaczce wywołanej kamicą, można myśleć o wykonaniu operacyi (cholecystostomii), którą ciężarne wcale dobrze znoszą. Przy powrotnej postaci żółtaczki, gdy żółtaczka pojawia się u tej samej kobiety w przebiegu każdej ciąży i to zwykle w tym samym czasie (7 m. c.), należy działać zapobiegawczo, a jeżeli mimo kilkakrotnego leczenia karlsbadzkiego żółtaczka znowu w przebiegu ciąży powraca, należy zalecić środki ochronne celem uniknięcia zastąpienia. Matki takie dzieci swych karmić nie mogą. *Dr E. Ehrenpreis.*

Scheffeck. **W sprawie ciąży zewnątrzmacicznej i ciąży w rogu szczątkowym.** (*Arch. f. Gyn.* t. 83 Z. 2). Scheffeck opisuje kilka wypadków ciąży zewnątrzmacicznej. W jednym nawet wśród operacyi z wielkim trudem można było stwierdzić siedzibę płodu. W reszcie badanie histologiczne wykazało ciążę jajowodową i jajnikową, gdzie brzuszny koniec jajowodu dopiero wtórnie przylepił się do pierwotnie jajnikowego worka płodowego, co i podług Schrödera częściej się przydarza. Płód donoszony waży 2500 gr. Strzępków uważać tu za pierwotną siedzibę płodu nie można. Przy ciąży na strzępkach spostrzegano dotąd przerwanie ciąży najpóźniej w 5-ym miesiącu. W przypadku S.

była ciąża jajowodowa międzyblaszkowa, gdzie jajo stopniowo torowało sobie drogę w jajowodzie, rozpychając jednocześnie blaszki więzadła szerokiego. Cięcie brzuszne, płód donoszony 2700, zmiękniały. Przypadek 3: Ciąża donoszona w rogu dodatkowym macicy. W rogu wód płodowych mało, ściana mięsna ma 2 mm. grubości, pępowina 18 cm długości, łożysko na dużej przestrzeni. W miarę rozwoju wytworzyło się skutkiem braku miejsca spłaszczenie łożyska, zgniecenie pępowiny, obumarcie ściany mięsnej, płód więc musiał obumrzeć. Przebieg ciąży bez zaburzeń aż do obumarcia płodu. W 4-tym przypadku była ciąża w zamkniętej połowie macicy dwudzielnej (*uterus bilocularis*). (3-ci przypadek w piśmiennictwie). Śmierć płodu poprzedziło tu pęknięcie worka o 8 tygodni. Do powstania pęknięcia przyczyniło się ostatecznie sondowanie. Druga część macicy prawidłowa. W przypadku 5-tym krwiak w rogu dodatkowym. Róg dodatkowy czasem miesiączkuje, wtedy powstaje krwiak; czasem znów nie miesiączkuje i wtedy może w nim umieścić się ciąża. Sänger uogólnił to w ten sposób: zapłodnienie może nastąpić tylko przy zupełnym braku miesiączki w rogu. Błona śluzowa po części wchłania wylaną krew, ale potem skutkiem zaniku traci tę własność. Wtedy powstają stałe krwiaki, a przy każdej miesiączce wskutek wzmożonego napięcia ścian bolesność. W preparacie Scheffecka znajduje się po stronie rogu niedokształcony jajowód; jajnik jest prawidłowy. *A. Markowa.*

Prof. Leopold i Konrád. **W sprawie wartości sztucznego porodu przedwczesnego.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 3). Na podstawie bardzo obfitego materyału klinicznego starają się L. i K. udowodnić, że zarzucenie zasadnicze porodu przedwczesnego na korzyść cięcia łonowego, przyłonowego i cesarskiego, jest ze stanowiska praktycznego bardzo szkodliwe. Wszystkie te operacye bowiem zagrażają matce znacznie większem niebezpieczeństwem, aniżeli odpowiednio przeprowadzony poród przedwczesny, a przecież życie matki należy zawsze wyżej cenić, aniżeli życie dziecka. Odpowiedni dobór przypadków odgrywa tu największą rolę. U pierwiastek nie należy nigdy wzniecać porodu przedwczesnego; tu tylko postępowanie wyczekujące jest odpowiednie. Natomiast u wieloródek, które na czasie zawsze rodziły bardzo ciężko, a których dzieci przychodziły na świat nieżywe lub wkrótce umierały, wzniecenie porodu przed końcem ciąży — najlepiej w 36-tym tygodniu — oddaje znakomite usługi, a szczególnie w przypadkach miednic ogólnie ścieśnionych z dolną granicą sprzężnej praw. 8 ctm., w przypadkach miednic płaskich krzywiczych i ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych z dolną granicą sprzężnej praw. $7^3/_4$—$7^1/_2$ ctm. Ze sposobów, używanych do wzniecenia porodu, najlepszem okazało się rozszerzanie szyjki za pomocą przyrządu Bossiego z następowem założeniem balonu do macicy i to głównie w przypadkach miednic płaskich, a świeczka (*bougie*) w przypadkach miednic ogólnie ścieśnionych. Gdy przy tych drugich należy o ile możności czekać na poród samorodny, to przy miednicach płaskich najlepsze wyniki daje obrót i wydobycie płodu. 84 wieloródek, u których wzniecono poród przedwczesny, rodziło przedtem wogóle 212 razy, przyczem 170 dzieci (=62·5%) urodziło się nieżywo; obecnie urodziło się tylko 13 dzieci nieżywo (=15·5%), a żywych 71 (=84·5%); po 10 dniach opuściło klinikę 58 żywych dzieci (=69%). Gorączkowało — choćby tylko przejściowo — 24 matek (=28·5%); jedna umarła (=1·2%). Również i zarzut, jakoby dzieci przedwcześnie urodzone rzadko tylko przeżyły pierwszy rok życia, okazał się na podstawie wiadomości, zasięgniętych u 45 matek, bezpodstawny, gdyż z tych 45 dzieci tylko 11 (=24·4%) zmarło w pierwszym roku życia, t. j. tyle, ile średnio zmiera wszystkich dzieci urodzonych na czasie; przy życiu pozostało więc 34 dzieci (=75·6%). *Dr E. Ehrenpreis.*

Bab. **Bakteryologia i biologia kiły wrodzonej.** (*Zeitschrift f. Gyn.* t. 60 Z. 2). Bab, uznający krętka bladego za przyczynę kiły, nie zgadza się z twierdzeniem Krzyształowicza i Siedleckiego, jakoby istniały różne postacie krętka, mikro- i makrogamety i płciowe rozmnażanie się. Sądzi on, że postać krętka jest zawsze jedna i ta sama, a rozmnażanie się następuje przez rozszczepianie. Trudno mu uwierzyć w przenoszenie krętka przez plemnik lub jaje, jeżeli się zważy, że krętek jest 3 razy dłuższy od głowy plemnika (10—15:3—5μ). Tak samo obecność jego w nasieniu wylanem i wnikanie jednoczesne z plemnikiem do jaja musiałyby przeszkadzać prawidłowemu rozwojowi jaja. I istotnie dotąd krętka w nasieniu nie wykryto. Gdyby istniały przetrwalniki krętków, sprawa byłaby jaśniejszą. Levaditi znalazł w jajach kury krętki podobne do krętków bladych, stąd jednak żadnych analogii wyprowadzać nie wolno.

Przy pomocy sposobu Levaditiego, polegającego na impregnacyi srebrem, znaleziono Schaudinowski krętek we wszystkich narządach płodów przy kile dziedzicznej. Co do pierwotnego pojawiania się krętka u płodu, to należałoby badać jaja i płody bardzo młode, ale o materyał taki trudno, gdyż przerwanie ciąży następuje przeważnie w drugiej połowie ciąży. Bab myśli nawet w celu uzyskania takiego materyału o usprawiedliwieniu poronień sztucznych u osób kiłowych stale roniących.

Stałość postaci każe wnosić o elastyczności krętka bladego i mocnem usadowieniu jego w tkance, dlatego w preparacie uzyskanym przez pociągnięcie miałoby być krętków mniej, niż w skrawkach tkanki. Jednak i tu już je znaleziono. Ruch krętka jest śrubowaty, gdyż widziano go żywego we krwi kiłowego dziecka. Najlepiej zdaje się krętek żyć i rozmnażać w tkance łącznej. Bab i Nadra stwierdzili, że pod wpływem rtęci i sublimatu 5% krętek znika najzupełniej. Stąd wniosek o powinowactwie krętka do Hg i Ag, przyczem powstaje prawdopodobnie zresztą niewidzialny Ag Cl, wzgl. Hg Cl.

Przeszczepianie krętka udaje się na małpy i króliki. U małp udaje się przy zaszczepieniu do jądra. Gdyby stwierdzono swoiste powinowactwo między tkanką jądra a krętkami, byłoby to ważne dla sprawy dziedziczenia kiły po ojcu. Z przeszczepiania na małpy możnaby skorzystać dla sprawdzenia prawa Collesa i Prophety, t. j. dla rozróżnienia odporności na kiłę utajoną. Dotychczasowe badania każą przypuszczać, że możliwe jest zakażenie kobiety w obrębie całego narządu rodnego i że jad przez jajowody może wnikać do jamy otrzewnej.

Część serobiologiczna badań Baba polega na pomysłowej metodzie odchylenia komplementu. Polega ona na następującej zasadzie: Macica zwierzęcia A, któremu kilkakrotnie wstrzyknięto krew B, nabiera w stosunku do B. własności hemolitycznych, to znaczy rozpuszcza ciałka czerwone B. Po ogrzaniu do 56° surowica A traci tę własność, zostaje zobojętniona, a przez dodanie jakiejkolwiekbądź obojętnej surowicy odzyskuje ją. Stąd wniosek, że hemoliza polega na obecności 2 ciał: ciepło-odpornego i ciepło-podatnego, które niszczy już 56°, ale które za to istnieje w każdej surowicy. Pierwsze nazywamy amboceptorem, drugie komplementem. Komplement ma grupę chwytną do połączenia chemicznego z amboceptorem i grupę zymoforową, od której zależą własności lityczne. Amboceptor znowu ma dwie grupy haptoforowe, z których jedna służy do połączenia z komplementem, druga z molekułem czerwonej krwinki. Jeżeli teraz inne ciało odchyli komplement od tej całości, przyciągnąwszy go do srebra, to hemoliza nie następuje. Takiemi ciałami przyciągającemi są antygeny, czyli wytwory bakteryi i ich anty-ciała, t. j. ciała ochronne. Jeżeli ciało ochronne odpowiada amboceptorowi, komplement zostanie odchylony i hemolizy nie ma. W danym przypadku antygeny, to kiłowe ciała chorobotwórcze. Jeżeli hemoliza nie wystąpi po dodaniu antygenu, to i w próbówce było ciało ochronne i odwrotnie. Sposób ten może mieć ogromne znaczenie rozpoznawcze, jest kontrolą dla badania bakteryologicznego i stwierdza n. p., że łożysko zawierające krętki w niewielkiej ilości ma dużo antygenu. Badanie antygenu mogłoby być równie sprawdzianem dla prawa Collesa i Prophety.

Metodę tę stosował Bab przy badaniu mleka matek. Znalazł on w niem u kobiet kiłowych ciała ochronne, z czego wynika, że matka dotknięta kiłą powinna karmić swe dziecko, gdyż w ten sposób wraz z pożywieniem podaje mu niejako lekarstwo; w każdym razie karmicielka dziecka kiłowego powinna być dotknięta kiłą. Również kiłowe dziecko zdrowej matki powinno być oddane karmicielce chorej na kiłę. Zdrowe dziecko matki kiłą dotkniętej, o ile nie można na zasadzie obecności ciał ochronnych stwierdzić bezwzględnie jego odporności, powinno być żywione sztucznie, gdyż wtedy napewno uniknie zakażenia siebie lub zdrowej karmicielki. O ileby się jeszcze pojawiła kiła późna, zawsze można powierzyć je karmicielce kiłą dotkniętej. To doprowadzanie ciał ochronnych jest niesłychanie ważne, gdyż ustrój dziecka nie może uodpornić się czynnie. Dowodem tego jest olbrzymia ilość krętków u płodu i rozmiary sprawy kiłowej. Płód w porównaniu z noworodkiem ma się o tyle lepiej, że do czasu przynajmniej chroni go łożysko. Przy badaniu narządów Bab spostrzegł, że w miarę rozwoju marskości narządów liczba krętków się zmniejsza. Zatem to, co jest chorobą w pojęciu anatoma patologicznego, jest właściwie sprawą leczniczą. Bab przytacza zestawienie odsetkowe narządów, w których znajdował krętka. Były to zawsze płody wymiękłe. B. spotykał jednak i takie płody, gdzie przy bezwzględnie pewnej kile jednego z rodziców nie znajdował krętków. Jeżeli więc istotnie krętek wywołuje kiłę, to jest to zagadnieniem bardzo ciekawem. Można tu przypuszczać: 1) ukryte ogniska krętków w szpiku kostnym; 2) zniszczenie

krętka przez energiczne leczenie rtęciowe, kiedy dziecko mogły zabić toksyny. Thalman twierdzi, że toksyny te usuwa z ustroju tylko jod, stąd wniosek, że dla otrzymania zdrowego dziecka należy ciężarną leczyć i rtęcią i jodem. 3) Może też jad wywołać w łożysku niedrożność naczyń i uduszenie się dziecka. 4) Albo też były tam tylko przetrwalniki.

Co do czasu trwania kiły u rodziców, to kiła u ojca trwała najdłużej 18 lat, u matki 8. Na leczenie matek rtęcią zapatruje się B. wogóle sceptycznie.

Na zasadzie swych badań przyjmuje Bab dziedziczenie kiły tylko na drodze łożyska, odrzucając natomiast znaczenie zakażenia za pośrednictwem nasienia, prawo Collesa, »choc en retour« i t. d., choć zupełnie z temi pojęciami, stwierdzonemi przez długotrwałe doświadczenie kliniczne, nie zrywa jeszcze. Możliwą jest rzeczą, że nasienie, przechodząc przez zakażone jądro, gruczoł krokowy lub cewkę, zakaża narządy wewnętrzne i otrzewnę. Wtedy dziedziczenie po ojcu jest pośrednie, a udział matki nie da się wyłączyć. Zakażenie na drodze łożyska przy kile wrodzonej należy zawsze brać na uwagę, gdyż choć łożysko jest złą pożywką dla mikrobów, przepuszcza je jednak w małej ilości, a one potem nader szybko mnożą się w ustroju płodu. Łożysko umieszczone nakształt gruczołu chłonnego między matką a dzieckiem, ma chronić je, ale ochrona ta na czas dłuższy nie wystarcza. *A. Markowa.*

Pedyatrya.

K. Daszkiewicz. **Kompres własnego pomysłu na klatkę piersiową u dzieci.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 2). Gdy u małych dzieci wystąpi wskazanie do stosowania kompresu wysychającego na klatkę piersiową, zaleca D. następujący sposób: zrobić z barchanu dla danego dziecka dość luźny kaftanik bez rękawów (t. zw. staniczek), rozpruty na barkach i na boczkach, czyli składający się z dwu części, przedniej dla przykrycia piersi i tylnej na plecy. Tego samego kształtu kaftanik wycina się z batystu Billrotha i zszywa na brzegach z kaftanikiem barchanowym. Taki podwójny kaftan macza się we wodzie, wykręca, odziewa nim dziecko i zawiązuje po bokach na tasiemki. Na wierzch przychodzi jeszcze kaftan, zrobiony z jednego kawałka waty niehigroskopijnej, który można opaską lekko przyciągnąć. Zalety tego kompresu mają być następujące: 1) Wskutek szczelnego zamknięcia wilgotnej części jego nie wysycha kompres taki nieraz i w ciągu kilku godzin. 2) Wilgotna część kompresu nie wysuwa się z pod ceratki, jak to bywa przy zwykle stosowanym sposobie. 3) Dziecko może chodzić w takim kompresie i mimo to trzyma się on doskonale. 4) Unika się zbyt silnego ucisku przy bandażowaniu i nie krępuje się ruchów oddechowych dziecka. 5) Użycie powierzchownego stanika z waty niehigroskopijnej ma tę zaletę, że jest ona puszystsza i sprężystsza i wreszcie, jako niehigroskopijna, nie przemaka wodą z kompresu. *Pisarski.*

J. Peiser. **Płuco jamkowate (Wabenlunge) w wieku niemowlęcym.** (*Monatschr. f. Kinderh.* T. VI, Nr 3, 1907). Zmianę tę spostrzegał P. u 8-tygodniowego oseska, przyjętego do kliniki z zapaleniem płuc, zmarłego po 14-dniowej chorobie. Przy sekcyi, dokonanej po poprzedniem nastrzykaniu zwłok formaliną, znaleziono płuco prawe powiększone, zawierające wiele ognisk zapalnych i jam, zwłaszcza w częściach tylnych; niektóre podchodziły tuż pod opłucną. Jamy były kuliste, często podzielone przegrodami, miały własną delikatną, lśniącą ścianę i zawierały treść ropiastą. Przez badanie mikroskopowe stwierdzono, że jamy te są rozszerzonemi oskrzelkami, w wielu miejscach wysłanemi jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym migawkowym. Niektóre jednak z jam uważa P. za ogniska zapalne, które uległy zropieniu: ścianę ich tworzyła błona ropotwórcza. Opisane rozszerzenie oskrzelików ma być sprawą wrodzoną. *Bujak.*

Z. Bychowski. **O zachowaniu się niektórych ścięgnowych i skórnych odruchów u dzieci w pierwszym roku życia.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 2 i 3). B. postanowił zbadać, czy u noworodka istnieją odruchy, napotykane u prawidłowych ludzi dorosłych, a jeżeli nie, czy daje się zauważyć jakaś prawidłowość przy ich występowaniu. Dane o tem są w piśmiennictwie skąpe i niedokładne i po większej części nie uwzględniają dokładnie wieku dziecka. Stosunkowo najwięcej znane jest zachowanie się odruchu kolanowego u dzieci, inne odruchy uwzględniano tylko w małej mierze. Materyał autora obejmuje 100 dzieci. Badał on odruch kolanowy, odruch ścięgna Achillesa, a ze skórnych brzuszny i jądrowy. B. pomija wyniki badań nad odruchem podeszwowym, ponieważ otrzymywał przy drażnieniu podeszwy zjawiska ruchowe bardzo złożone. Tylko zdrowe i dobrze wyglądające dzieci były przedmiotem badania; badanie odbywało się w dobrze oświetlonych salach; unikano badania podczas snu i płaczu. Dzieci powyżej roku nie uwzględniano, gdyż u nich znajdował B. zawsze wszystkie odruchy wykształcone. U dzieci zatem zupełnie małych spostrzegał B. stałą obecność odruchu kolanowego, który jest tu żywszy, niż u dorosłych; co więcej, zauważano kilka razy występowanie odruchu kolanowego konsensualnego, t. j. przy wywoływaniu odruchu na jednej nodze, występował on równocześnie i na drugiej. Odruch ścięgna Achillesa występuje w pierwszem półroczu życia dziecka bardzo rzadko; B. znalazł go na 64 badanych dzieci tylko 4 razy; po przekroczeniu 6 miesięcy staje się on coraz częstszym, a po roku znaleźć go można u wszystkich dzieci. Co do odruchu brzusznego, to na 22 dzieci między 4—5 a 10 miesiącem życia, odruchy brzuszne można było wywołać w 9 przypadkach, t. j. 41 prc.; z tego wynika, że odruchy brzuszne zjawiają się dopiero stopniowo w ciągu życia pozapłodowego, u ludzi bowiem dorosłych i zdrowych są one zjawiskiem stałem. Odruch jądrowy można było po 4. miesiącu życia zawsze stwierdzić; był zwykle żywy, a podrażnienie z jednej strony wywoływało często odruch z obydwóch stron. *Pisarski.*

Bernheim-Karrer. **Gnilec niemowlęcy po żywieniu homogenizowanem berneńskiem mlekiem alpejskiem.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 17). Pomimo częstego sztucznego odżywiania nie zdarzała się w okolicy, skąd zgłaszają się chorzy do autora, choroba Barlowa; nagle pojawił się jednak liczny szereg takich przypadków. U chorych dzieci znajdowano jedną lub obie dolne kończyny lekko zgięte w kolanie i biodrze, tkliwość przy ucisku na dolną nasadę kości udowej i przy biernem wyprostowaniu, obrzmienie i zasinienie dziąseł, silne podbiegnięcie. Przy podawaniu surowego mleka i soku cytrynowego wracały dzieci rychło do zdrowia. Przyczynę choroby upatruje B.-K. w t. zw. homogenizacyi mleka, która jest postępowaniem bardzo złożonem. Jakie przytem powstają substancye trujące, niewiadomo, być jednak może, że są one pochodzenia bakteryjnego. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Hoeppe. **W sprawie choroby Hirschsprunga.** (*Monats. f. Kinderh.*, 1808, I). Chodziło o przypadek typowy. Trudność w oddawaniu stolca pojawiła się zaraz po urodzeniu. Brzuch był znacznie powiększony. Dnia 20. po urodzeniu pojawiły się wymioty kałowe. Badanie palcem stwierdziło skurcz zwieraczy odbytu, także zwieraczy wysoko położonych. Po przezwyciężeniu oporu zwieraczy palcem, oraz zgłębnikiem i rozszerzeniu odbytnicy stolec odszedł, stan szybko się poprawił, a potem stolec przez jakiś czas odchodził samorodnie. Jeśli jednak przerwano systematyczne rozszerzanie odbytnicy, cały zbiór objawów znowu powracał. Ostatni napad skutkiem zaniedbania skończył się wytworzeniem się załamania pętli esowatej, przedziurawieniem jej i ogólnem zapaleniem otrzewnej. Po wytworzeniu się załamania nie można już było stwierdzić skurczu zwieraczy. K. w opisach przebiegu wielu przypadków choroby Hirschsprunga znajduje wskazówki, że i w nich także rozwinęła się sprawa na tle skurczu zwieraczy odbytu. Ma to ważne znaczenie dla leczenia. Przeciwwskazane są wszelkie środki, pobudzające skurcz (gliceryna, czopki mydlane, kalomel), a wskazane zwalniające: makowiec, wilcza jagoda, atropina, mechaniczne rozszerzenie odbytu palcem lub zgłębnikiem, wprowadzanie oliwy. *L.*

Cramer. **Przyczynek do dyetetyki wcześniaków.** (*Monatschr. f. Kinderheilk.*, 1908, I.). Za przykładem Czernego i Kellera zastosował C. u trojga dzieci niedonoszonych, ważących 1550—1770 gr., karmienie rzadkie, 5—6 razy na dobę. Ilość przyjętego na raz pokarmu wynosiła w pierwszym tygodniu 10—35 cm^3, a ilość kaloryi na 1 kg. ciała i na dobę około 30, mimo to stwierdzono dość znaczny wzrost ciężaru ciała, co C. tłómaczy głównie zatrzymaniem wody. Dopiero w drugim tygodniu można podać większe ilości pokarmu, współczynnik energijny (ilość kaloryi na 1 kg. wagi ciała i dobę) nie powinien jednak wznieść się znaczniej nad 100 kal. Ilości 120—130 kal., polecane przez Oppenheima, uważa C. za niedozwolone, jako wiodące z reguły do zaburzeń w odżywianiu. Małe ilości, polecane przez C., wystarczyć mogą oczywiście tylko wtedy, jeżeli się dziecko uchroni od utraty ciepła (wylęgarki, obłożenie kamionkami z ciepłą wodą). Jeżeli dziecko samo nie ssie, należy pokarm odciągać i podawać z flaszki. Podawanie pokarmu, choćby w małych ilościach, powinno się zacząć już od pierwszego dnia. *L.*

Arzt i Boese. **O zapaleniu opon mózgowych na tle paratyfusu u oseskow.** (*Wien. klin. Wochens.*, 1908, Nr 7). Badania autorów wykazały, że zakażenia paratyfusem istnieją już u oseskow, wychodzą z przewodu pokarmowego i wiodą do

bakteryemii. Zwłaszcza kładą A. i B. nacisk na to, że prątki paratyfusu mogą wywołać włóknikowo-ropne zapalenie opon mózgowych. Ilość zapaleń opon mózgowych u osesków powstałych na tle zakażenia paratyfusem i prątkiem okrężnicowym jest dość znaczna, a zdaniem A. i B. liczba takich przypadków przy zastosowaniu wszystkich nowoczesnych sposobów bakteryologicznych i serodyagnostycznych okaże się znacznie większą.

Dr Blassberg.

T. Kopeć i St. Zembrzuski. **O metodzie Pirqueta w zastosowaniu u dzieci.** (*Gaz. lek.*, 1908, Nr 2). Autorowie szczepili ogółem 251 dzieci, w tej liczbie 198 osesków do roku, a 53 w wieku do lat dziesięciu. Na 198 osesków otrzymali odczyn w jednym, przy powtórnem szczepieniu — jeszcze w jednym przypadku; czyli na 198 szczepień otrzymano 2 razy odczyn. Na 35 sekcyonowanych przypadków znaleziono gruźlicę cztery razy. Z tych 4 przypadków tylko w jednym (*leptomeningitis tbc.*) był odczyn na tuberkulinę za życia, trzy następne (1. *degeneratio caseosa gland. bronch.*, *enteritis tbc. ulcerosa*, *tbc. miliaris*, *leptomening. tbc.* 2. *bronchopneum. tbc. dextr*, 3. *degeneratio caseosa gland. mesenterial.*, *entertitis tbc.*) nie dawały odczynu za życia. Dzieci starszych do lat 10 szczepiono 53, z tego 14 oddziaływało bądź za pierwszym, bądź za drugim razem. Jeżeli za pierwszym razem występował odczyn, to spostrzegano go także przy powtórnem szczepieniu. Stały i najsilniejszy odczyn bywał u dzieci zołzowatych. Cztery razy pomimo klinicznie stwierdzonej gruźlicy odczyn nie wystąpił. Na 6 sekcyonowanych przyp., w których za życia odczynu nie było, 2 razy stwierdzono gruźlicę. Na podstawie swoich doświadczeń twierdzą autorowie, że pomiędzy gruźlicą a odczynem Pirqueta istnieje z pewnością związek wzajemny, że jednak wartość kliniczna tego odczynu jest dzisiaj nader mała, bo nietylko wynik ujemny nie pozwala wyłączyć gruźlicy, ale nawet wynik dodatni nie daje pewności istnienia gruźlicy. *Pisarski.*

W. J. Moltschanoff. **Leczenie płonicy surowicą Mosera.** (*Jahrb. f. d. Kinderh.*, B. 16, Z. 5). Badanie nad działaniem surowicy Mosera przeprowadził M. na 42 przypadkach w uniw. klinice chorób dzieci w Moskwie, używając surowicy, sporządzonej według metody Mosera w miejskim zakładzie bakteryologicznym w Moskwie, i to tak zwanej jednowartościowej (monovalentes Antischarlachserum). Wstrzykiwał surowicę w ilości 200 cm w przypadkach poważnych. Zdaniem M. wywołuje surowica w większej części przypadków spadek ciepłoty, któremu też towarzyszy polepszenie stanu podmiotowego (jak również tętna, oddechów i objawów nerwowych). Twierdzić jednakże nie można, by surowica wywierała pewny wpływ na całą sprawę płoniczą: działanie lokalne na gardło prawie żadne; ewentualnym powikłaniom nie zapobiega, cały przebieg choroby nie zdaje się skracać w przypadkach, gdzie zastrzykiwano surowicę, w porównaniu z przypadkami, gdzie jej nie stosowano. Surowicę, zdaniem M., należy jednak wstrzykiwać tylko w przypadkach mniej lub więcej poważnych, gdzie występują na plan pierwszy objawy zatrucia, i to najdalej dnia czwartego. Mała ilość spostrzeganych przez M. przypadków nie uprawnia do stanowczych wniosków. *Dr W. Filipkiewicz.*

B. A. Egis i N. J. Langovoy. **Surowica Mosera jako środek leczniczy w płonicy.** (*Jahrbuch. f. d. Kinderh.*, T. 16, Z. 5). Doświadczenia nad działaniem surowicy Mosera przeprowadzali autorowie równocześnie w 2 szpitalach w Moskwie na 400 dzieciach, dotkniętych płonicą. Stosowali surowicę Moserowską (wyrobioną w miejskim zakładzie bakteryologicznym w Moskwie) tylko w przypadkach mniej lub więcej ciężkich i to najdalej dnia czwartego. Z poważnej tej liczby spostrzegauych klinicznie przypadków wynika, że przy stosowaniu surowicy Mosera spadł odsetek śmiertelności w przypadkach mniej lub więcej ciężkich z 47·4 na 16·1. Dopóki nie ma metody dawkowania surowicy, należy wstrzykiwać zależnie od wieku 100—150—200 cm w pierwszych 3 dniach, najdalej zaś dnia czwartego. Zapobiegawczo wstrzykiwali autorowie surowicę w 23 przypadkach w ilości 25 do 50 cm. Część tych dzieci dostała mimo to płonicy. Działanie surowicy jest antytoksyczne. Ciepłota spada tem prędzej, im wcześniej surowicę wstrzyknięto, zwłaszcza w przypadkach nie powikłanych. Na ewentualne powikłania surowica nie wpływa. W przypadkach równoczesnej płonicy i błonicy przy wstrzykiwaniu surowicy Mosera i surowicy przeciwbłoniczej skutek leczniczy bywa bardzo znaczny. Ujemną stroną surowicy Mosera jest: 1) stosunkowo znaczna ilość, potrzebna do wstrzyknięcia, 2) swoiste powikłania, które często wywołuje, 3) wreszcie ta okoliczność najważniejsza, że siła jej lecznicza (zawartość antytoksyn) bywa rozmaita, a to zależy od indywidualności konia, z którego surowica pochodzi; wypróbowanie zaś danej seryi odbywać się musi na chorym. *Dr W. Filipkiewicz.*

Henryk Lehndorff. **O podściółce tłuszczowej Bichata u osesków.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 16, Z. 3). Podściółka tłuszczowa Bichata zawiera stale mniej jodu, niż inne podściółki tłuszczowe tego samego osobnika; zawiera więcej kwasów tłuszczowych o wyższem (kw. palmitynowy i stearynowy) mniej o niższym stopniu topliwości. Przy wyniszczeniach zanika bardzo późno. Pod względem jej znaczenia fizyologicznego zgadza się L. ze zdaniem Gehebego i Rankego, to jest, że podściółka ta leżąc na m. policzkowym (*m. buccinator*) przeszkadza przy akcie ssania zapadaniu się słabo rozwiniętego tegoż mięśnia wraz z policzkiem między szczęki, a zwłaszcza przy ujemnem ciśnieniu w jamie ustnej. *Dr W. Filipkiewicz.*

T. Oberwarth. **Zęby Hutchinsonowskie a kiła wrodzona.** (*Jahrb. f. d. Kinderh.* T. 16, Z. 3). Na podstawie 27 przypadków dochodzi O. do wniosku, że wbrew zapatrywaniom niektórych autorów są zęby Hutchinsonowskie wybitnym objawem kiły dziedzicznej. W 24 bowiem przypadkach była ona udowodnioną, w 3 zaś była prawdopodobną. *Dr W. Filipkiewicz.*

Okulistyka.

Wirsing. **Zatrucie ołowiem, a choroby oczu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 45). Przypadki ołowicy w połączeniu z zaburzeniami wzroku są wogóle rzadkie; przypadek autora jest tem rzadszy, że po jednorazowem zażyciu minii (przez pomyłkę, zamiast sody) wystąpiły objawy zatrucia późno, bo dopiero po dwu miesiącach pojawiały się z przestankami; dalej dlatego, że w mięśniach kończyn nie było żadnych zmian, gdy natomiast ogólne objawy zatrucia były silne; kolka ołowicza usadowiła się w okolicy woreczka żółciowego, co dlatego jest ciekawe, że chora ta przed pewnym czasem przebyła operacyę kamieni żółciowych; a wreszcie stwierdzono w tym przypadku zaburzenia wzroku, a mianowicie: rozszerzenie źrenic, zapalenie obu nn. wzrokowych z rozpoczynającym się zanikiem nerwu po stronie lewej i niedowład lewego mięśnia skośnego górnego. W piśmiennictwie znalazł W. niewielką w stosunku do częstości ołowicy, liczbę przypadków zaburzeń wzrokowych. Najczęściej bywa opisywana ślepota ołowicza, a to albo *a)* jako objaw ołowiczego zniczczulenia zakończeń nerwowych w siatkówce, *b)* na tle mocznicy, jeżeli nerki są zmienione, *c)* w następstwie napięcia tętnic wskutek działania ołowiu na warstwę mięsną ścian tętnic; w przypadkach takich może dojść nawet do zupełnej, przejściowej ślepoty, *d)* wreszcie może ona wystąpić jako objaw zapalenia tarczy, lub wskutek rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Hutchinson opisał przypadek, w którym niedowidzenie wskutek zaniku nerwowego, było jedynym objawem ołowicy; przypadki takie dają tem lepsze rokowanie, im ostrzej występują. Oprócz zmian w nerwach wzrokowych opisano przypadki zajęcia różnych nerwów zaopatrujących mięśnie oka. W przypadku autora istniały także ołowicze zmiany mózgu, o czem świadczyły zawroty głowy, utrudnienie mowy, osłabienie pamięci, a nawet w pewnym okresie zupełna utrata przytomności. Chora znajdowała się w początkowym okresie ciąży i chociaż wystąpiło obfite krwawienie z macicy, to jednak odklejenie jaja płodowego nie nastąpiło; ołowica wywołuje jednak często poronienie i nawet w tym celu zbrodniczo ołów bywa używany. Ołów wydziela się z ustroju przez wszystkie narządy gruczołowe, znajdowano go zatem w treści przewodu pokarmowego, w nerkach, w wątrobie (żółci), w śliniankach, szczególnie przyusznej, a nawet w takich narządach, jak szpik kostny i mięsień sercowy. Przypadek autora jeszcze z tego względu zasługuje na uwagę, że pomimo jednorazowego zażycia tlenku ołowiu, wystąpiło zatrucie przewlekłe i to dopiero w dwa miesiące po wprowadzeniu trucizny do ustroju. *Pisarski.*

Johnston. **Czynnościowe zaburzenia oczne w przebiegu ropniaka jamy Highmora.** (*Opthalmology* 1907, Vol III, Nr 4). Nie ulega wątpliwości, że sprawa zapalna, zwłaszcza ropna w jamie, tak blizko z okiem sąsiadującej, jak jama Highmora, nie może być dla oka obojętną. — Ziem stwierdził, że w przypadkach ropniaka jamy Highmora często spotyka się zwężenie pola widzenia od góry. J. przytacza przypadek, odnoszący się do mężczyzny 43-letniego, który od lat 20 cierpiał na częsty wypływ ropny z prawego nozdrza. W ostatnich czasach dopiero zaczął chory doznawać dolegliwości w oku prawem, jak zamglenie wzroku przy czytaniu, objawy zmęczenia, wreszcie chwilowe, jednooczne widzenie podwójne, a nawet potrójne. J. nie mógł wykryć w oku żadnych zmian przedmiotowych, ale zwrócił uwagę na jamę nosa. Wypływ z prawego nozdrza wska-

zywał na ropniaka jamy Highmora. Nakłucie igłą Steina potwierdziło to przypuszczenie. J. wyciął przednią część dolnej małżowiny nosowej i zapomocą elektrycznej trefiny utworzył trwały otwór w dolnej części nosowej ścianki kostnej jamy Highmora. Następnie przez czas dłuższy przepłukiwał chorą jamę dwa razy dziennie ciepłym rozczynem kwasu borowego. W miarę, jak stan jamy Highmora zaczął się poprawiać, ustępowały objawy oczne i w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło zupełne wyleczenie i choroby nosa i zaburzeń wzroku. *K. W. Majewski.*

Teillais. **Ropowica oczodołu po ropniu jamy szczękowej ze zejściem w zanik nerwu wzrokowego po stronie zajętej ropieniem, oraz zapalenie współczulne drugiego oka.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 17). U 25-letniej, zdrowej zresztą dziewczyny po wyjęciu jednego z zębów trzonowych nastąpiło ostre zapalenie lewej jamy szczękowej. Ropienie zajęło także inne zatoki boczne i przedostało się do lewego oczodołu. Natychmiast wskutek zapalenia pozagałkowej części nerwu wzrokowego lewe oko straciło poczucie światła. W przypadkach jednostronnych spraw ropnych jam nosa powikłania oczne bywają zwykle jednostronne, w tym przypadku jednak ucierpiało drugie, prawe oko, chociaż w prawych zatokach bocznych nosa nie było żadnych zmian. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do $^1/_3$, a badanie wziernikiem wykryło zapalenie brodawki nerwu wzrokowego. Gdy wzrok coraz bardziej podupadał i doszedł już do $^1/_{10}$ równocześnie ze znacznem zwężeniem pola widzenia, wyjął T. lewe oko, co nietylko powstrzymało dalsze postępy zapalenia prawego nerwu wzrokowego, ale także wywołało poprawę wzroku znowu do $^1/_3$. Ten skutek wyłuszczenia oka przemawia za współczulną przyrodą zapalenia prawego nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **O sztucznym woreczku łzowym.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 18). Z. podaje opis sporządzonego ze srebra przyrządu, którą wszywa w miejsce wyłuszczonego woreczka łzowego. Ten sztuczny woreczek ma za zadanie przeprowadzić łzy z przewódek łzowych do dolnej części kanału nosowo-łzowego i uwolnić w ten sposób operowanych od trwałego łzawienia, na jakie po usunięciu woreczka łzowego zazwyczaj są skazani. Operacyę wyłuszczenia woreczka wykonywa Z. w zwyczajny sposób, o ile możności doszczętnie, oddzielając nawet okostną zapomocą odpowiedniej skrobaczki, poczem wkłada sztuczny woreczek tak, żeby do jego górnego otworu uchodziły wyloty przeciętych kanalików łzowych, przynajmniej kanalika dolnego. Ponad sztucznym woreczkiem zeszywa skórę i zakłada opatrunek uciskowy, a nitki wyjmuje piątego dnia. Tkanki znoszą bardzo dobrze obecność srebrnego woreczka.
K. W. Majewski.

Dor. **Torbiel gruczołu łzowego.** (*Rev. gén. d'opht.* 1907, Nr 8). D. operował guz powieki górnej u 2-miesięcznego dziecka. Przystępując do operacyi przypuszczał, że napotka nowotwór pozagałkowy, przygotował nawet rodziców na wyłuszczenie oka. Za tem rozpoznaniem przemawiało znaczne wysadzenie gałki, prócz przesunięcia jej ku dołowi. Wśród operacyi okazało się jednak, że guz był torbielą, wychodzącą z gruczołu łzowego, wielkości orzecha laskowego, mocno napiętą i wypełnioną cieczą wodnistą. Po wyłuszczeniu torbieli oko powróciło do położenia prawidłowego, pozostało tylko lekkie opadnięcie powieki. Badanie mikroskopowe stwierdziło w ścianach torbieli tkanki włóknistą, obfitującą we włókna sprężyste. *K. W. Majewski.*

Dujardin. **Przypadkowe usunięcie ślepoty, wywołanej przez raka spojówki.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 18). Pewien 72-letni robotnik stracił wskutek zranienia wzrok na jednem oku; na drugiem oku powstał rak spojówki, na operacyę jednak nie chciał chory przystać; wreszcie nowotwór zajął spojówkę gałki dokoła rogówki, a w końcu całą rogówkę pokrył bujającymi i za lada dotknięciem krwawiącymi naciekami. W ten sposób zaniewidział chory zupełnie. Przypadek zdarzył, że prowadzony nieuważnie przez żonę uderzył się chory silnie w to oko o pień drzewa. Uraz ten wywołał silne krwawienie, ale ku radości chorego przywrócił mu wzrok. Badanie stwierdziło, że wskutek uderzenia została z rogówki zdarta narośl nowotworowa, odsłaniając nietkniętą i przeźroczystą rogówkę.
K. W. Majewski.

Antonelli. **Przyczynek do znajomości nieżytu wiosennego.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Na podstawie badań mikroskopowych uważa A. nieżyt wiosenny za rodzaj okresowej sprawy zapalnej, która kończy się przerostem błony śluzowej. Wszystkie części składowe tej błony, a także i warstwa podśluzowa, ulegają sprawie przerostowej, jakkolwiek w niejednakim stopniu. Unaczynienie części przerosłych bywa bardzo obfite. O przyrodzie zapalnej cierpienia świadczy znaczne miejscami nacieczenie drobnokomórkowe. *K. W. Majewski.*

Bernstein. **Zaćma warstwowa i jądrowa. Leczenie niechirurgiczne zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań dioniny.** (*Ophtalmology* 1906, Vol. III, Nr 4). Na podstawie niektórych wiarygodnych spostrzeżeń można spodziewać się, że znajdą się środki, które zdolają w korzystnych warunkach ułatwić zaćmionej soczewce odzyskanie utraconej przeźroczystości. B. wykonywał w tym kierunku próby i przekonał się, że wstrzykiwanie głęboko pod torebkę Tenona $^1/_2$ prc. rozczynu dioniny jest właśnie takim, zaćmienia soczewkowe wyjaśniającym środkiem. Ponieważ zabieg jest bolesny, należy oko poprzednio znieczulić 10 prc. kokainą. B. powtarza wstrzykiwania raz tygodniowo, a prócz tego poleca raz dziennie zapuszczać rozczyn dioniny 5 prc. z atropiną 1 prc. Nakoniec podaje B. kilka spostrzeżeń, z których wynika skuteczność takiego sposobu leczenia zaćmy warstwowej, oraz rozpoczynającej się zaćmy starczej.
K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 5. lutego 1908.

Przewodniczy prezes kol. Prym. Borzęcki. Obecnych członków 34.

Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. Dr Steuermark przedstawia: *a)* historyę choroby chorej, u której zapomocą naświetlań **promieniami Röntgena** osiągnął **wyleczenie mięsaka,** wychodzącego z okostnej trzeciego członka wielkiego palca u ręki prawej; był to już 4. nawrót po trzech operacyach, dokonanych przez kol. Z. Wachtla, a polegających na wycięciu nowotworu, wyskrobaniu i wypaleniu dna żegadłem Pacquelina w granicach zdrowych. Badanie mikroskopowe wyciętego nowotworu, wykonane w Zakładzie anatomii patol. przez kol. Doc. Glińskiego, stwierdziło utkanie mięsaka okrągłokomórkowego. Wobec złośliwości nowotworu i uporczywości nawrotów rozpoczął kol. Steuermark naświetlanie jedynie tytułem próby przed zamierzonem odjęciem całego palca. Już po kilku posiedzeniach ustąpiły gwałtowne bole i chora mogła wykonywać wszelkie ruchy ręką, gdy poprzednio najmniejsze urażenie natychmiast wywoływało szalone bole. Po 15 naświetleniach guzek w kącie paznokcia znikł, a tylko na ekranie fluorescencyjnym można było stwierdzić jeszcze na powierzchni dłoniowej 3. członka wielkiego palca guz wielkości wiśni; guz ten można było wyczuć, jako z kością zrośnięty, nieporuszalny, twardy i mało już podówczas bolesny. Leczenie trwało od końca kwietnia 1907 do połowy września 1907 z kilkutygodniowemi przerwami; w chwili obecnej, t. j. w $^1/_2$ roku po ukończeniu leczenia, nawrotu nie można stwierdzić ani dotykiem, ani na ekranie fluoryzującym. Przypadek ten zasługuje z wielu względów na uwagę; przedewszystkiem rentgenizacya okazała się skuteczniejszą od operacyi doszczętnej; to też przypadek ten potwierdza zapatrywanie Kienböcka, który jako zasadę postawił, że w każdym przypadku mięsaka, szczególnie, gdy on położony jest korzystnie i cechuje się szybkim wzrostem, naświetlania powinny mieć pierwszeństwo przed zabiegiem chirurgicznym; powtóre, że był to mięsak, wychodzący z okostnej, a pomimo to uzyskano wyleczenie, chociaż mięsaki, wychodzące z kości i okostnej, odznaczają się mniejszą wrażliwością na promienie Röntgena, niż n. p. mięsaki, wychodzące ze skóry lub gruczołów chłonnych. Uleczalne są nawet mięsaki czerniaczkowe, których złośliwość jest bardzo wielka. Co do zupełnej uleczalności za zasadę przyjmuje się według Kienböcka, że brak nawrotu co najmniej przez $1^1/_2$ roku pozwala uważać chorobę za wyleczoną. Autor ten zebrał statystykę 107 przypadków mięsaka, leczonych naświetlaniami, na podstawie której uważa radyoterapię za metodę bezwzględnie wskazaną przed zabiegiem operacyjnym, a w razie istnienia nowotworu, nie dającego się już na drodze chirurgicznej usunąć, tą drogą niejednokrotnie daje się jeszcze osiągnąć zupełne wyleczenie. — W końcu okazuje kol. St. fotografię przypadku Albersa-Schönberga, który wyleczony został naświetlaniami, a przedstawiony na Zjeździe rentgenologów w Berlinie w 1905 r. wywołał prawdziwą sensacyę. (*Streszczenie własne*).

Następnie przedstawia kol. Steuermark b) **przyrząd Jakscha do stosowania naświetlań** w chorobach wewnętrznych, który pozwala wyłączyć te promienie, które już w skórze ulegają absorpcyi, a przepuszcza te tylko, które mogą zadziałać na głęboko położone narządy, jak śledziona, wątroba, płuca, szpik kostny i t. d. W ten sposób można uniknąć niepożądanych powikłań ze strony skóry, które szkodzić mogły choremu, a także i dyskredytowały samą metodę leczniczą. Dotychczas dla zapobieżenia tym powikłaniom starano się niejako przesączyć te promienie i w tym celu stosowano rozmaite t. zw. filtry, jak blacha glinowa, staniol i t. d., a oprócz tego posługiwano się lampami t. zw. twardymi, t. j. wytwarzającymi tylko promienie drążące silnie wgłąb. Środki te jednak okazały się jednak niewystarczające i dopiero badania Jakscha posunęły sprawę znacznie naprzód. Jaksch stwierdził, że płyta srebrna grubości 0,02 mm jest takim znakomitym filtrem, a w zastosowaniu praktycznem, naświetlając chorego na białaczkę codziennie przez ½ godziny, razem przez 27 godzin, nie wywołał najmniejszego nawet odczynu na skórze, natomiast bardzo znaczne i raptowne zmniejszenie się śledziony. Ta blacha srebrna stanowi istotną część przyrządu Jakscha. Kol. St. przekonał się o prawdziwości twierdzenia Jakscha w kilku przypadkach; w szczególności zaś w jednym przypadku **mięsaka limfatycznego na szyi**, który równocześnie przedstawia. W przypadku tym pomimo zastosowanie 2 pełnych dawek według radyometru Sabourand-Noiré na jednem posiedzeniu, nie wywołał nawet zaczerwienienia skóry, natomiast tak znaczne zmięknienie dotychczas niezwykle twardego nowotworu wielkości głowy dziecka, że przypuszcza, iż teraz dopiero przy stosowaniu tak wielkich dawek o postępie w leczeniu mówić będzie można. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos kol. Doc. Braun, Doc. Chlumsky, Prof. Ciechanowski, (które usilnie ostrzega przed zbyt wielkim optymizmem wobec promieni Röntgena, gdyż przez to można niejednokrotnie stracić chwilę, w której nowotwór jeszcze mógłby być operowany i zaznacza, że mięknienie nowotworów może być wynikiem nietylko działania rentgenizacyi), wreszcie kol. Z. Wachtel.

2) Kol. prym. Borzęcki przedstawia przypadek **dermatitis herpetiformis Duhring.**

3) Kol. Doc. Chlumsky omawiał **przypadki bocznego skrzywienia kręgosłupa,** w których niestosownie używana szwedzka gimnastyka i nierozumnie zastosowane raczkowanie według Klappa, nietylko nie dały dodatnich wyników, ale wprost zaszkodziły. Z naciskiem wskazał na to, że do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa tylko wprawni i doświadczeni specyaliści powinni się zabierać, a po wprowadzeniu obowiązkowej gimnastyki szkolnej baczną powinno się zwrócić uwagę na to, żeby ten dział nie był prowadzony przy zwykłych nauczycieli gimnastyki, ale aby został powierzony tym z profesorów, którzy posiadają odpowiednie lekarskie wykształcenie i doświadczenie. Z fotografii, które prelegent przedłożył, można się przekonać, że w niektórych przypadkach długoletnia gimnastyka nietylko nie zapobiegła powstaniu bardzo ciężkiego skrzywienia, ale je nawet powiększyła. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabiera głos kol. Wachtel i kol. Chlumsky, który zwraca się do Towarzystwa z wezwaniem do pilnego zwracania uwagi na to, by gimnastyka w wyższych zakładach naukowych dostawała się w ręce lekarzy; tegożsamego zdania jest kol. prezes Borzęcki. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe d. 21. lutego 1908.

Przewodniczy prezes. prym. Pisek.

I. Dr Selzer M. przedstawił dziewczynkę 13-letnią z ciężką żółtaczką od 2 lat. Wątroba i śledziona znacznie powiększone, gruczoły macalne. Stolce bezżółciowe. Odczyn Calmettea wybitny, podobnie i odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. S. przypuszcza **ucisk** gruźliczo zmienionych **gruczołów koło żyły wrotnej na drogi żółciowe.** Co do leczenia, to możnaby myśleć o cholecystenterostomii.

II. Dr Meisels mówił: **O odczynie skórnym Pirqueta u dzieci.** Sposób to praktyczny, łatwy, nie wywołuje objawów ogólnych, a może być stosowany także u dzieci gorączkujących. Przy znacznej gruźlicy odczynu brak. Dotychczasowe dane, uzyskane przy stosowaniu tego sposobu, zgadzają się ze spostrzeżeniami sekcyjnemi. Odczyn występuje nawet przy bardzo małych zmianach, bywa jednak także przy gruźlicy. Celem przekonania się, jak się zachowuje ustrój przy szczepieniu tuberkuliną ludzką i bydlęcą, przeprowadzono 70 szczepień i otrzymano zawsze jednakie oddziaływanie na jedną i drugą.

III. Dr Reichenstein przedstawia dotychczasowe swe doświadczenia nad **odczynem ocznym przy gruźlicy.** W pierwszej grupie doświadczeń wkraplał »Alttuberculin« (Höchst), w drugiej »Tuberculin-Test« (Poulenc-Frères). Wnioski wysnuwa następujące: 1) Odczyn spojówkowy jest nieszkodliwy, jeżeli narząd wzrokowy jest zdrowy. 2) Należy używać zawsze 1% tuberkuliny, świeżo sporządzonej. 3) Wkraplać do jednego oka raz jeden, gdyż przy powtórnem wkropleniu występuje zawsze odczyn dodatni mimo braku klinicznej gruźlicy. 4) Przy daleko posuniętej gruźlicy odczynu może brakować. 5) Rokowania na razie trudno na odczynie opierać; być może, że w przyszłości można będzie rokować z nasilenia odczynu. Odczyn oczny spotyka się także przy durze brzusznym, kamicy żółciowej i innych zakażeniach. Naogół jest on dodatnim u 60% badanych. 6) Brak odczynu spojówkowego przy braku chery i objawów znacznej gruźlicy lub też prosówkowej ostrej, wyłącza gruźlicę czynną.

W dyskusyi zaznacza Dr Leszczyński pewną wartość omawianych odczynów w tych chorobach skórnych, które pozostają w pewnym związku z gruźlicą. — Dr Mahl podaje niektóre spostrzeżenia nad odczynem Pirqueta i Calmettea, uzyskane na klinice dermatol. wspólnie z Drem Leszczyńskim. Wyniki obu odczynów były zgodne; w 7 tylko przypadkach był odczyn Pirqueta tam, gdzie odczyn Calmettea był początkowo ujemny. M. zauważa nadto, że odniósł wrażenie, jakoby jodek potasu usposabiał błony śluzowe do występowania odczynu Calmettea. — Dr Selzer używał do odczynu Calmettea 1% tuberkuliny. Zauważał, że te chore, u których odczyn wystąpił, nie przedstawiały się ani co do rozwoju choroby, ani co do rokowania gorzej od chorych, u których odczynu nie było. W niektórych przypadkach odczyn utrzymywał się nawet dni 14. Z 3 chorych, u których zastosowano sposób Calmettea, a którzy zmarli, u dwóch za życia nie było odczynu, a po śmierci nie znaleziono zmian gruźliczych; w jednym przypadku odczyn był dodatni, na sekcyi gruźlicy nie znaleziono. — Dr Reichenstein przypuszcza, że silniejszy odczyn po jodku potasu trzeba odnieść do zaostrzenia się po nim gruźlicy. — Dr Blumenfeld zauważa, że owrzodzenia, które po sposobie ocznym miał widzieć Dr Leszczyński, mogły być następstwem zadziałania tuberkuliny. — Prof. Raczyński zauważa, że Pirquet potwierdził dawne spostrzeżenia co do wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy. Dla praktyki odczyn ma to samo znaczenie, co tuberkulina, tylko jest bezpieczniejszy, dla leczenia zaś niema znaczenia. — Prof. Biernacki: Odczyny Calmettea i Pirqueta nie pokazują, a raczej nie rozróżniają gruźlicy »czynnej« od »nieczynnej«, a zatem rzeczy, która dla klinicysty ma pierwszorzędne znaczenie. — Prym. Pisek zwraca uwagę na wartość omawianych odczynów, gdy chodzi o badanie stanu zdrowotnego ludności na większą skalę. Dla rokowania nie mają oba odczyny wielkiej wartości.

Witold Nowicki.

Posiedzenie lekarzy przemyskich

d. 7. lutego 1908 w szpitalu powszechnym w Przemyślu.

Przewodniczy Dr Kramarzyński, obecnych 14.

1. Dr H. Ehrlich i J. Lenartowicz: **Demonstracye preparatów krętka bladego.**

Dr Lenartowicz, powołując się na swój wykład, który miał przed dwoma laty w tem samem gronie, zaznaczył, że w nauce o morfologii krętka bladego nastąpiły od tego czasu znaczne zmiany wskutek licznych prac na tem polu. — Przy szukaniu krętka bladego najtrudniej jest nauczyć się odróżnienia krętka bladego od innych krętków, a zwłaszcza od krętka załamującego światło (*spirochaete refringens*), który znajduje się także w tworach niekiłowych, gdy natomiast krętek blady jest jedynie dla kiły znamienny. Krętek blady wyróżnia się swem ciałem cienkiem, wązkiem i regularnymi skrętami, tudzież cienkimi końcami; *s. refringens* nie posiada tych cech i załamuje światło. Krzyształowicz i Siedlecki twierdzą, że krętek blady może się dzielić podłużnie, za czem przemawiają postacie, okazujące w jednym końcu splecenie, w drugim zaś rozchodzące się. Okres, w którym krętki są splecione, jest okresem nie całkowitego podziału. Autorowie ci odróżniają także podział płciowy, twierdząc, że krętek blady dzieli się na kilka drobnych tworów, skoro wyrośnie do pewnej długości. Zauważyli też wśród krętków formy krótsze, przylegające do form dłuższych, i nazwali

je mikrogametami, resp. makrogametami. Inni autorowie nie potwierdzili dotychczas tych badań.

Dalej przytacza prelegent z piśmiennictwa przypadek u ciężarnej, która przyjęta do kliniki, urodziła tamże dziecko nieżywe, zmacerowane. W chwili przyjęcia miała dwa twarde wrzody, w których nie znaleziono krętków bladych, atoli znaleziono je w płodzie, co przemawia za tem, że okres czasu, upływający między wrzodem pierwotnym, a pojawieniem się wysypki kiłowej, wystarcza, aby płód uległ chorobie i uległ maceracyi. Przytacza następnie inny przypadzk: Matka rodzi dziecko kiłowe po ojcu, kiłą dotkniętym. Sama klinicznie zmian kiłowych nie okazuje, zatem według prawa Collesa powinna być wolną od kiły. Tymczasem badanie soku gruczołów pachwinowych wykrywa typowe krętki blade.

Krętek blady jest swoisty dla kiły, chociaż brak nam jeszcze hodowli. Nauka ucieka się do innego doświadczenia: stara się bowiem wyhodować krętki na zwierzętach, a w szczególności na małpach. Doświadczenia wskazują, że kiłę można szczepić także na zwierzętach niższego gatunku, a nawet króliki oddziaływają na jad kiłowy dodatnio.

W dalszym ciągu wspomina L. o reinfekcyi kiłowej. Według doświadczeń Fingera można jad kiłowy szczepić powtórnie w okresie między wrzodem pierwotnym a pojawieniem się kiły drugorzędnej. Skutek szczepienia występuje w takim charakterze, jaki odpowiada danemu okresowi zmian kiłowych u osoby zaszczepionej. Także kilaki są przeszczepialne.

W leczeniu kiły nie wywołały nowe odkrycia dotychczas zmian, L. zaznacza tylko, że zdania autorów są podzielone co do operacyjnego usuwania zmian pierwotnych.

Dr Ehrlich omawia wyniki wspólnej pracy i okazuje preparaty pod 7 mikroskopami, przyczem opisuje szczegółowo sposób postępowania dla uzyskania materyału do badań bakteryologicznych z wytworów kiłowych. W szczególności: jeżeli wytwór pokryty jest naskórkiem, to po zmyciu rozczynem fizyol. NaCl, należy go zdrapać aż do krwi, poczekać, aż krew przestanie się sączyć, następnie obetrzeć wacikiem wyjałowionym, a skoro wydobywa się surowica, ująć ją na szkiełko, rozetrzeć i t. d. (Por. pracę autorów w Nr 3, 1908 »Przegl. lekarskiego«).

2) Dr Süsswein: **Demonstracya odczynu skórnego** (Pirqueta) **i odczynu ocznego** (Calmettea). Prelegent okazał dodatnie wyniki szczepienia resp. wkroplenia — na dwóch chorych, u których klinicznie stwierdzono zmiany gruźlicze. Pokazał także sposób, w jaki wykonywa szczepienie właściwe i szczepienie kontrolne i zaznaczył, że przez omawiane postępowanie przybył nam jeden środek więcej dla rozpoznawania gruźlicy.

W dyskusyi zabiera głos Dr Grabscheid, a opierając się na wynikach badań, dokonanych w klinice E. Neussera, twierdzi, że odczyn tuberkulinowy ma znaczenie rozpoznawcze tylko u dzieci, u dorosłych zaś nie ma go wcale. — Dr Kramarzyński przypominając, że szczepienia resp. wkraplania wykonano w klinice wewnętrznej Jaworskiego w Krakowie, na oddziale chorób wewnętrznych Korczyńskiego w Sarajewie i w klinice Obrazcowa w Kijowie — ogółem w 257 przypadkach, zaznacza, iż badacze: Skórczewski, Korczyński, Bylina, otrzymali wyniki dodatnie nietylko u dzieci, ale i u osób dorosłych.

3) Kol. Herman przedstawia kilkunastu chorych z oddziału chirurgicznego szpitala, m. i. *a*) chorego po **trepanacyi czaszki,** wykonanej z powodu **podwójnego krwiaka** naoponowego, urazowego. Istniejące przed operacyą prawostronne porażenie połowicze i niemota ustąpiły już niemal całkowicie. *b*) Chorego, u którego z powodu znacznej niedomogi mięśnia sercowego, wywołanej najprawdopodobniej zrostem obu blaszek osierdzia, wskutek przewlekłej sprawy zapalnej wysiękowej, wykonał **kardyolizę** sposobem Brauera. Dziś już, w kilkanaście dni po operacyi, stwierdzić można nawet przedmiotowo zmianę na korzyść, której poprzednio żadnymi środkami wewnętrznymi osiągnąć nie można było. *c*) Chorego, u którego w czasie zakładania przetoki żołądkowo-jelitowej z powodu cieśni bliznowatej odźwiernika, spowodowanej wygojonym wrzodem, zauważył **odmę pęcherzykową jelit** (*pneumatosis cystoides intestinorum*), ograniczoną głównie do okolicy zgięcia wątrobowego kiszki. Zupełnie gładki przebieg pooperacyjny i dalszy stan operowanego, zdają się przemawiać za tem, że wspomniana zmiana anatomiczna niema znaczenia klinicznego. Analogiczny przypadek opisał S. Ciechanowski w »Przegl. lek.« (Nr 1 i n. z r. 1904). I tam również chodziło o chorą, u której z powodu zwężenia odźwiernika wykonano gastroenterostomię. Mimowoli nasuwa się na myśl przypuszczenie o przyczynowym związku między wrzodem okrągłym żołądka, a ową odmą.

4) Kol. Doliński omawia pokrótce historyę, znaczenie i wartość **znieczulenia rdzeniowego,** demonstrując technikę na chorym, u którego z powodu odmrożenia trzeciego stopnia wyłuszcza lewą stopę sposobem Pirogowa, na prawej zaś wyłuszcza wielki palec. Do znieczuleń rdzeniowych używa się w szpitalu na razie stowainy i to na wcale szeroką skalę, głównie w tym celu, aby wyrobić sobie własne przekonanie o tem, po czyjej stronie słuszność: czy po stronie Schwarza, który utrzymuje, że po stowainie bardzo często następuje gwałtowne podrażnienie nerek, czy też po stronie Hosemanna, który stanowczo temu przeczy.

Dr Süsswein. *Dr Kramarzyński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Sprawozdanie roczne z działalności w roku 1907.

Rok 1907 w życiu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago nie przeszedł biernie, a choć nie odznaczył się niczem nadzwyczajnem, to jednak może poszczycić się tem, że w spuściźnie po sobie pozostawił kilka projektów, które może z czasem przy lepszych warunkach dadzą się wykonać.

Zebrań miesięcznych odbyło się 11 ze średnią liczbą 9 uczestników. Odczytów i rozpraw naukowych było 6, wieczorów klinicznych 4, odczytów popularno-naukowych dla publiczności 4.

Zwiedzono też gremialnie zakłady dla obłąkanych i nieuleczalnie chorych w Dunning (przedmieście m. Chicago), utrzymywane kosztem powiatu. Chorych-obłąkanych, paralityków, suchotników w ostatnim stopniu jest przeszło 1000, a tylko kilku lekarzy, którzy są przeciążeni pracą, a co za tem idzie, nie mają czasu na badania naukowe, więc ani chorzy, ani nauka pożytku z zakładów nie odnosi.

W lecie urządziło Tow. »majówkę«, która, nawiasem mówiąc, znakomicie się powiodła.

Co do projektów, o których wspomniałem, wszystkie były bardzo daleko idące i może dlatego, jak na teraz, niewykonalne.

Projekt pomocy koleżeńskiej — wobec tego, że prawie wszyscy lekarze Polacy należą do Amerykańskiego Stowarzyszenia lekarskiego, liczącego kilkadziesiąt tysięcy członków, a dającego w razie potrzeby pomoc prawną swym członkom, — i wobec tego, że w wypadkach choroby lub nieszczęścia Towarzystwo lekarzy polskich i bez praw pisanych spieszy z pomocą swym członkom i ich rodzinom, — uważano za właściwe odłożyć. Natomiast postanowiono polecić wszystkim kolegom, by nie zaniedbywali zabezpieczać się od nagłych wypadków, chorób i śmierci w odpowiednich Towarzystwach.

Drugim projektem było własne wydawnictwo, przy pomocy którego myślano o organizacyi wszystkich lekarzy Polaków w Ameryce, (którą swego czasu proponował w liście, rozesłanym do wszystkich lekarzy-Polaków w Ameryce, prof. Ciechanowski z Krakowa), lecz po obliczeniu kosztów okazał się ten projekt przy małej liczbie możebnych prenumeratorów także na teraz niemożliwym.

Najważniejszym projektem było założenie szpitala w Chicago, któryby był prowadzony przez lekarzy-Polaków. Mamy tu wprawdzie szpital, w którym są Siostry Miłosierdzia pochodzenia polskiego, lecz chorzy skarżą się, że polskiej mowy nie słyszą i nie mają polskich lekarzy; przytem szpital ten jest oddalony dość znacznie od większych środowisk naszych, tak że z wielu dzielnic wprost niepodobna chorych tak daleko przewozić. To samo staje na przeszkodzie co do nowego szpitala. Trudność stanowi wybór takiego miejsca, by było dogodne dla wszystkich, i obmyślenie, w jaki sposób utrzymać szpital.

W Chicago jest jeden szpital, utrzymywany z funduszów ogólnych. Chorzy przyjmowani są bez opłaty. Na obsługę jednak wielu chorych bardzo się skarży*). Najgorzej się dzieje chorym, którzy nie mogą rozmówić się po angielsku, jak nie jednemu trafia się to Polakowi; to też chorzy nasi o tym szpitalu wspomnieć sobie nawet nie pozwalają.

*) Nie bez powodu, bo nawet do gazet doszły wieści o zajściu w zeszłym Grudniu, kiedy cały personal szpitala bawił się na wspolnem zebraniu tak głośno, że sąsiedzi myśląc, iż to jakaś bójka, posłali po policyę; ale i ta z podchmielonym mocno personalem szpitalnym nie mogła dojść do ładu. Wytoczono sprawę, wdrożono dochodzenia sądowe, lecz co było począć? Wszystkich nie można było usunąć, więc całą tę sprawę zatuszowano.

Szpitale prywatne, a jest ich tu bardzo wiele, są dwojakie: jedne utrzymywane i wspomagane przez Towarzystwa wyznaniowe, drugie utrzymują się tylko z opłat, które wnoszą sami chorzy.

Polacy wogóle boją się szpitala; można zaliczyć do wyjątków tych, którzy sami chcą tam iść. Są to albo bardzo biedni, nie mający ani własnego mieszkania, ani pieniędzy na leczenie, ci więc, radzi nie radzi, szukają schronienia w szpitalu powiatowym, albo inteligentniejsi, którzy rozumieją, że w szpitalu znajdą lepszą opiekę i dozór, niż we własnym domu; ci idą do prywatnych szpitali i płacą swego lekarza. Lecz takich pomiędzy ludnością polską jest mało, stanowczo za mało, by własny szpital, według ostatnich wymagań urządzony, utrzymać.

Tak więc rok 1907 był rokiem przeważnie projektów. Miejmy nadzieję, że 1908 będzie rokiem czynu.

Sekretarz: *Dr J. P. Zaleski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. W sekcyi dla spraw bytu lekarzy wypracowała Komisya, obrana do ułożenia minimalnej taksy dla lekarzy terapeutów, wnioski, które poddano obradom na 2 posiedzeniach sekcyi 6. i 20. II. Bardzo liczne zebranie uchwaliło po nader ożywionej dyskusyi następujące wnioski: 1) Każdy lekarz ma prawo oceniać swój czas i pracę według własnego uznania i żądać honoraryum za pracę w wysokości przez siebie oznaczonej, pod warunkiem, że wysokość honoraryum określi z góry i zawiadomi o tem publiczność. 2) Przed przyjęciem, ew. odwiedzeniem lekarz powinien uprzedzić chorego o wysokości należnego honoraryum. 3) Lekarz może żądać uiszczenia mu honoraryum w czasie przyjęć przed udzieleniem porady. Jeżeli wysokość uiszczonego honoraryum nie odpowiada życzeniu lekarza, to może on zwrócić na to uwagę chorego, a nawet odmówić mu udzielenia porady. 4) Ustanawia się taksa minimalna. W razie przyjęcia jej przez Stowarzyszenie wszyscy Stowarzyszeni obowiązani są stosować się do niej i nie udzielać porad za cenę niższą od taksy. W przypadkach wyjątkowych, gdy chory przed poradą uprzedzi lekarza o swej niezamożności, lekarz ma prawo przyjąć honoraryum niższe, zaznaczając, iż czyni to wyjątkowo. 5) Lekarz nie jest obowiązany do większej filantropii, niż inni członkowie społeczeństwa; nikt więc nie ma prawa żądać od lekarza, aby był filantropem; dobrowolnie natomiast ma lekarz prawo leczyć bezpłatnie, kogo uważa za stosowne, zwracając jednak uwagę, by, lecząc bezpłatnie osoby zamożne, np. krewnych i znajomych, nie czynił uszczerbku takiem postępowaniem innym lekarzom. 6) Po rozpatrzeniu taksy z r. 1846 Wydział doszedł do wniosku, że od czasu jej uchwalenia środki żywności podniosły się 6-krotnie, w tym zatem stosunku należałoby podnieść wynagrodzenie lekarza; uwzględniając jednak obecne stosunki społeczne i licząc się z utartymi zwyczajami, Wydział nie może podnieść taksy do sprawiedliwej wysokości i proponuje znacznie niższą. Taksa jest minimalna; uprzedziwszy, lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia wyższego. Taksa lub wyjątki z niej powinny być umieszczone w poczekalni i gabinecie lekarza w miejscu widocznem. O ile lekarz żąda wyższego wynagrodzenia, powinien wywiesić w poczekalni i gabinecie stosowne zawiadomienie.

Z kolei przystąpiono do rozpatrzenia wypracowanej taksy minimalnej dla lekarzy terapeutów i uchwalono następujące wnioski (na posiedzeniu d. 20 lutego): 1) Za poradę w mieszkaniu lekarza, za pierwszą najmniej rb. 2, za następne rb. 1. 2) Za pierwszą wizytę w obrębie Warszawy w dzień (od 8 r. do 8 w.) najmniej rb. 3, za następną najmniej rb. 2; za rogatkami w odległości 2 wiorst i na Pradze taksa podwójna. 3) Za wezwanie w nocy (od 8 w. do 8 r.) taksa podwójna. 4) Za leczenie jednocześnie kilku chorych w jednem mieszkaniu, wynagrodzenie od każdego chorego oddzielnie, a mianowicie jak za poradę w mieszkaniu lekarza. 5) Za dyżur u chorego w ciągu dnia najmniej 50 rb., w ciągu nocy najmniej 50 rubli. 6) Za konsultacyę najmniej rb. 6 dla każdego lekarza, za konsultacyę w nocy najmniej rb. 10 dla każdego lekarza. 7) Za informacyę udzieloną przez telefon rb. 1. 8) Za przyjmowanie chorych we wszelkich ambulatoryach, nie wyłączając filantropijnych, po rb. 3 za godzinę; za miastem dolicza się koszt przejazdu. Taksa za zabiegi, ekspertyzy, asystowanie przy operacyi, rozpatrzona będzie na posiedzeniu następnem.

Dnia 21 lutego odbyła się w Stowarzyszeniu druga konferencya w sprawie popierania krajowych wyrobów farmaceutycznych opatrunków, narzędzi i t. d. Dr J. Jaworski, który na poprzedniej konferencyi wystąpił z wnioskiem utworzenia stałej Komisyi przemysłowo-lekarskiej oraz wejścia w umowę z jedną z istniejących pracowni rozbiorowych w Warszawie, w dalszym ciągu rozwijał swój projekt. Nie chęć odwetu wobec Prus ma być myślą przewodnią Komisyi, lecz obowiązek popierania krajowej wytwórczości. Na podstawie wykazów Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. Lubelskiego (por. artykuł dra S. Rudzkiego w Nr. 7 »Przeglądu lek.«) oraz własnych materyałów doszedł Dr J. do wniosku, że 1) większość cen przetworów farmaceutycznych francuskich i t. d. jest niższa od cen niemieckich albo jest im równa; 2) już obecnie bez strat materyalnych dla spożywców polskich możemy obyć się bez przetworów niemieckich; 3) w dziale *cruda* mamy własne fabryki, 4) w dziale *pura* (do użytku wewnętrznego) mamy już niektóre przetwory własne. Dla zastąpienia przetworów niemieckich francuskimi, angielskimi itd., trzeba postarać się, aby fabryki nie niemieckie miały u nas swych przedstawicieli; na receptach oznaczać firmy polskie, francuskie itd., i zapewnić poparcie wytwórcom polskim aby wyrabiali więcej przetworów farmaceutycznych do użytku wewnętrznego. Najważniejsze trudności są natury pieniężnej. Dogodny kredyt dla hurtownika, korzystne taryfy, mają znaczenie rozstrzygające. Fabryki francuskie, angielskie i t. d. albo wcale nie dają kredytu, albo krótkoterminowy, a co główne, wcale nie mają u nas swoich przedstawicieli. Jednakże pod wpływem rozpoczętej akcyi nadchodzą do Warszawy już dziś niektóre przetwory nie-niemieckie (morfina, kodeina, dionina, heroina, kokaina, ezeryna, błękit metylenowy, przetwory jodowe). Posiłkując się materyałami, otrzymanymi od Dra B. Korolewicza z Krakowa, przedstawił wreszcie mowca projekt statutu stałej Komisyi przemysłowo-lekarskiej przy Stowarzyszeniu lek. pol. w Warszawie. Następnie Dr A. Manduk w obszernem przemówieniu, opierając się na dokładnej znajomości rzeczy, rozwiał panujące u nas przekonanie o potędze przemysłu chemicznego w Niemczech, oraz o wszechwładztwie rynku niemieckiego. Ostatnie bilanse handlowe niemieckie dowodzą, że Niemcy importują do swego kraju wiele takich przetworów, które do nas wyłącznie od nich bywają sprowadzane. Komisya przemysłowo-lekarska, powinna prócz lekarzy, składać się również z chemików oraz farmaceutów. Rozbiory, powinna Komisya powierzać pracowniom analitycznym, oraz farmakologicznym, nie ograniczając się bynajmniej do pracowni warszawskich (pracownie Uniwersytetów galicyjskich); nadto powinna rozciągnąć stały nadzór nad przetworami leczniczymi. Po przemówieniach Dra Dunina oraz B. Sawickiego postanowiono wnioski przedyskutować po rozpatrzeniu innych działów przemysłu lekarskiego (narzędzia i t. d.). *W. K.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 31. I. 1908	389,837	164,270
W lutym 1908	3,287	8,300
razem	393,124	172,570

Dr Żydłowicz, administrator

Lekarz w Wydziale krajowym galicyjskim. »Głos lekarzy« (Nr. 5) donosi, że jednym z członków Wydziału krajowego ma być w nowym Sejmie wybrany poseł Dr Bernadzikowski. Wiarygodną tę wiadomość powitają lekarze z zadowoleniem, w ten bowiem sposób cały zakres spraw sanitarnych kraju przejdzie w Wydziale krajowym nareszcie we właściwe ręce, a przytem i sprawy zawodowe lekarzy zyskają naturalnego ich przedstawiciela. *R.*

Wybory do Sejmu galicyjskiego wydały dotychczas wynik, który należy nazwać korzystnym dla toku spraw sanitarnych w kraju. Z dotychczasowych posłów lekarzy wybrani zostali ponownie: Dr Jan Bednarski i Dr Stanisław Jabłoński. Nanowo wybrany został posłujący w dawniejszych kadencyach Dr Bernadzikowski, a wybór Dr Kurowca i Dr Franciszka Sobolewskiego st. lekarza powiatowego z Sambora, sprawił, że liczba lekarzy w Sejmie zwiększa się już o dwóch pomimo cofnięcia kandydatury przez Dra Wursta. Zainteresowanie się lekarzy lwowskich i krakowskich wyborami sejmowymi ze stanowiska społeczno-higienicznego i zawodowego, nie oddziałało wprawdzie tym razem wprost na wybory; niemniej jednak ono prawdopodobnie sprawiło, że sprawy sanitarne kraju, dotąd w programach przedwyborczych pomijane milczeniem, tym razem tu i owdzie,

zwłaszcza we Lwowie i w Krakowie, poruszono. Podnieść należy stanowisko, zajęte w tej sprawie przez posłów m. Krakowa pp. J. Federowicza i E. Bandrowskiego. Pierwszy z nich, członek sejmowej komisyi sanitarnej w ostatniej kadencyi, nadmienił, że »szpitalnictwo krajowe nie we wszystkiem czyni zadość słusznym postulatom społeczeństwa, co przypisać należy w pierwszym rzędzie finansowym stosunkom gospodarstwa krajowego,— obok tego jednak nie dość energicznej akcyi ze strony komisyi sanitarnej« (sejmowej). Drugi zaś, stawiając w szeregu postulatów zdrowie ludności na pierwszem miejscu, powiedział, co następuje: »W naszym kraju o tej zasadniczej podstawie rozwoju społeczeństw niestety mało się myśli, a starania Sejmu na tem polu nie tworzą systematycznej całości, ani też nie obejmują wszystkich potrzeb i zaniedbań. Służba zdrowia gminna i okręgowa w wysokim stopniu niedostateczna, higiena miast i wsi, higiena szkolna znajdują się w zupełnem zaniedbaniu, opieka nad ubogimi dziećmi i starcami pozostawiona w zupełności prawie dobroczynności publicznej, szpitalnictwo pełne braków i t. d. sprawiają, że kraj nasz wykazuje znaczną śmiertelność wogóle, a w szczególności śmiertelność wysoką u dzieci, że w kraju zagnieździły się przeróżne choroby zakaźne, które ludność naszą rokrocznie nawiedzają, że ludność pod względem fizycznym podupada, że jednem słowem kapitał największy, jakim naród rozporządzać powinien, tj. zdrowie publiczne, przedstawia się w porównaniu z innymi krajami nierównie gorzej, niżby można przypuszczać. I dlatego zdrowiem publicznem należy co rychlej systematycznie się zająć, trzeba koniecznie i co rychlej poprawić stosunki higieniczne wsi i miast, trzeba podnieść warunki czystości i t. d. Nie ulega wątpliwości, że ten cały dział gospodarki krajowej wymaga wielkich nakładów, które z normalnych budżetów nie są do pokrycia. Mimo to musi się znaleść środki do ujęcia i podniesienia zdrowia publicznego, bo to pierwszy warunek naszego powodzenia, naszej sprawności narodowej, bo to wydatek, który lichwiarskie powiedziałbym odrzuci korzyści. Byłoby wreszcie wskazane, aby wobec wielkiej doniosłości spraw sanitarnych, tak ważnych dla dobrobytu i kultury naszego kraju, w Wydziale krajowym sprawy te spoczywały w rękach zawodowych. Wymagają one w dzisiejszym stanie zawodowej wiedzy i nie mogą być traktowane sposobem czysto administracyjnym«. *R.*

Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych uznana została za korzystną dla pewnej części lekarzy, a zwłaszcza dla lekarzy gminnych i okręgowych, ponieważ zmusi ona gminy i kraj do zabezpieczenia lekarzy w ramach owej ustawy, albo do wydania osobnych norm pensyjnych dla lekarzy. Atoli w r. z. odezwały się (spóźnione, jak zwykle) protesty przeciw zastosowaniu ustawy do lekarzy Kas chorych, coby być miało dla tych lekarzy niekorzystne. Dr Mikołajski, rozpatrując sprawę tę w »Głosie lekarzy« (Nr. 5), dochodzi do wniosku, że protestyt e, a głównie zarzuty, podnoszone przez Dra Picka, prezesa kraj. związku lekarzy niemieckich w Czechach, pozbawione są słusznej podstawy i że niema potrzeby, aby Izby lekarskie zmieniały swe stanowisko przychylne, zajęte przed rokiem wobec projektu ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych. *R.*

Przy zwalczaniu partactwa lekarskiego powoływać się należy według »Głosu lekarzy« (Nr 5), donosząc władzom politycznym o partaczach, nie wykonujących partactwa w sposób dowodnie zarobkowy, na rozporządzenie ministeryalne z 30 września 1857, nakazujące i za takie (niezarobkowe) partactwo stosować surowe kary administracyjne. W tymże numerze podaje »Głos lekarzy« szereg rozporządzeń, dotyczących partactwa przez ogłaszanie metod i środków leczniczych w dziennikach. Z nich zwłaszcza godne zapamiętania jest rozporządzenie minist. spraw wewn. z 6. XI. 1902. L. 26.284. Wynika z niego, że w podobnych przypadkach zwracały nadprokuratorye państwa uwagę odpowiednich czasopism, że dalsze ogłaszanie inseratów, popierających partactwo lecznicze, musiałoby za sobą pociągnąć represye prawno-prasowe lub ukaranie w drodze sądowej i że takie przestrogi nadprokuratoryi były skuteczne. Ministerstwo poleca organom sanitarnym, by w przyszłości zwracały ustawicznie uwagę na partackie ogłoszenia i zachwalania w pismach i przesyłały takie publikacye do Namiestnictwa, które porozumie się z nadprokuratoryą co do dalszego postępowania w danej sprawie. *R.*

Liczba lekarzy w Austryi podniosła się w roku 1907 o 0.89%; w roku 1906 wynosiła 11.937, w 1907 12.041. W Austryi dolnej jest 3.642 lekarzy. w górnej 408, w Salzburgu 140, Styryi 698, Karyntyi 150, Krainie 111, w Tyrolu 618, Galicyi 1472, w Czechach 2902; na Morawie 973, Śląsku 264, w Dalmacyi 139, Bukowinie 155, w Bośnii i Hercogowinie 108, Pobrzeżach 379. *K.*

Kiła w Hiszpanii. W Madrycie w r. 1902 z 1500 zapisanych prostytutek (1: 346 mieszkańców) każda była średnio dwa razy leczona, z tego 58% z powodu kiły. Wogóle kiła w Hiszpanii silnie grasuje: i tak w latach 1891—1900 umarło na nią 941 osób w samym Madrycie, a w latach 1900—1902 na prowincyi w głównych miastach 1205 osób. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. do 29. II. 1908 doniesiono o 74 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Kozowa 1, Choróściec 1), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 10), Jaworów (Zawadów 1, Hruszowice 8), Kamionka (Witków nowy 2), Lisko (Łuh 8, Zubracze 1), Mościska (Podgać 6), Lwów (Hermanów 7), Podhajce (Nowosiółka 2), Przemyślany (Zamoście 1), Przeworsk (Przeworsk 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 2, Werhrata 4), Skałat (Połupanówka 4), Tłumacz (Jezierzany 5), o 4 przypadkach ospy w Miękini pow. Chrzanów i o 10 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Targowisku pow. Bochnia. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16 do 29. II. 1908 urodziło się dzieci żywo 127, nieżywo 10; zmarło osób 117 (w tem obcych 47), z nich z gruźlicy 33 (13), zapalenia płuc 12 (4), płonicy 3 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 29. II. 1908 doniesiono o przypadkach: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), ospy 1, płonicy 2 † 3 (1 † 2), duru brzusznego 2 † 1 (— † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 16. do 29. II. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1, (w tom obcych 2 † —), krztuśca 14 (2), płonicy 39 † 3 (3 † —), odry 20 † 1 (1 † —), duru brzusznego 4 (3), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Leg.*

Stan chorób zakaźnych w pow. przemyskim: z d. 22. II. 1008: błonica 1 gmina 1 przyp., krztusiec 4 gm. 37 p., odra 1 gm. 37 p., płonica 5 gm. 52 p., dur brzuszny 3 gm. 13. p. *Dr K.*

Dur osutkowy w Warszawie pojawił się podobno w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie zachorować miał jeden lekarz i kilkoro zakonnic i służby. *R.*

Śmiertelność w Łodzi jest według danych, zebranych przez Dra St. Bartoszewicza, prawie o 50% większa, niż we Lwowie. W styczniu (st. st.) zmarło 1049 osób, z nich z ospy 163, z duru brzusznego 23, błonicy 12, odry 15. Miejski zakład dezynfekcyjny odkaził w r. 1907 bezpłatnie 1840 mieszkań kosztem 1.313 rb.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W d. 25. II. 1908 odbył się uroczysty obchód, urządzony ku czci Prof. M. L. Jakubowskiego przez uczniów jego i młodzież akademicką. Z okazyi obchodu wyszedł prócz »Przeglądu lekarskiego«, poświęcony Jubilatowi zeszyt »Tygodnika lek.« zawierający prace Prof. Raczyńskiego, Dra Brudzińskiego, Progulskiego i Meiselsa (»Gazeta lekarska« wydała już dawniej numer z życiorysem Prof. Jakubowskiego).

W zielenią i kwiatami ozdobionej sali wykładowej szpitala św. Ludwika zgromadziła się tłumnie młodzież akademicka. Na obchód przybył Wydział lekarski z dziekanem, radcą dworu Prof. Wicherkiewiczem na czele, wszyscy lekarze szpitala i liczni lekarze z Krakowa i z prowincyi, byli uczniowie Jubilata.

Pierwszy przemówił do Jubilata Dr Józef Brudziński, lekarz naczelny szpitala dla dzieci w Łodzi, zaznaczając, że hołd Jubilatowi składa i Warszawa. »I ona, ta męczeńska, a droga stolica nasza« — mówił Dr Brudziński — »odzywa się do Ciebie w tym uroczystym dniu dla stwierdzenia, że cześć Ci oddawa nietylko jedna dzielnica Polski; że przedostały się tak hojnie rzucane przez Ciebie ziarna nauki i poza kordon, bo duch polski wieje gdzie chce, choć mu to zakazano«. Mowca wyraził Jubilatowi hołd imieniem lekarzy-pedyatrów z Warszawy i z Łodzi zgrupowanych koło szpitala dla dzieci na Aleksandryi, Domu wychowawczego im. Beaudouina, szpitala izraelickiego dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, instytutu higieny dziecięcej im. Lenvala, lecznic dr. Bączkiewicza, Gawrońskiego, Roszkowskiego

i szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi. »Wielu z nas« — podnosił mowca, — »czerpało u Ciebie wiedzę i powróciliśmy w domowe progi niby heroldowie Twych zasług, jako pierwszego polskiego profesora pedyatryi, starając się dać chlubne świadectwo polskiej szkole pedyatrycznej, przez Ciebie stworzonej i starając się stosować w prowadzeniu szpitali dziecięcych system tak umiejętny pod względem gospodarczym i leczniczym, do jakiego przywykliśmy w Twoim szpitalu«. Zaznaczając, że brak wyższej uczelni polskiej w Warszawie i rozprószona przez to w Królestwie praca na polu pedyatryi nie dozwalają zdobyć się »na tak świetnie, a stale podsycany znicz«, jakim była klinika krakowska, stwierdza mowca, że lekarze-pedyatrzy w Królestwie z tem większem umiłowaniem śledzili działalność kliniki krakowskiej, a z uczuciem wdzięczności przekonali się, że i Jubilat baczną zwracał uwagę na rozwój pedyatryi w Polsce, czemu dał wyraz w swym »Zarysie postępu pedyatryi w Polsce w XIX stuleciu«, uwzględniając wszystkie instytucye pedyatryczne polskie. »Możemy Cię więc słusznie czcić« — kończył mowca, wręczając Jubilatowi dyplom członka honorowego Towarzystwa lekarskiego w Łodzi i oznajmiając o mianowaniu Jubilata członkiem honorowym warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, — »jako Nestora pedyatrów polskich, takim już na kartach literatury pedyatrycznej pozostaniesz i przed takim lekarze z Królestwa w głębokim hołdzie skłaniają głowę«.

Imieniem lekarzy lwowskich przemówił Prof. Dr Raczyński, dyrektor kliniki pedyatrycznej ze Lwowa, podnosząc, że uczniowie Jubilata, pracujący we Lwowie, starają się Jego śladem przyczynić się do rozwoju nauki o chorobach dzieci, a młoda klinika lwowska pragnie pójść za wzorem tradycyi kliniki Jubilata. W dowód tego uczniowie Jubilata składają Mu w hołdzie świąteczny zeszyt »Tygodnika lekarskiego«, zawierający prace z zakresu pedyatryi.

Prof. Lewkowicz, dyrektor kliniki krakowskiej, składając Jubilatowi poświęcony Mu zeszyt »Przeglądu lekarskiego«, przemawiał od dawniejszych uczniów Jego. Gdy już inni mowcy podnieśli zasługi Jubilata około stworzenia pierwszej szkoły pedyatrycznej polskiej, a przy wręczeniu medalu, wybitego na cześć Prof. Jakubowskiego przez Wydział lekarski, złożono hołd zasługom Prof. Jakubowskiego, położonym przez założenie szpitala i kolonii leczniczej dla dzieci, — przeto mowca pragnie być wyrazem uczuć tej licznej rzeszy uczniów, którzy przez lat czterdzieści kilka czerpali w klinice i szpitalu krakowskim pod przewodnictwem Jubilata wiedzę i doświadczenie lekarskie, a których następnie los rozprószył po całym kraju, a niekiedy zapędzał w dalekie okolice świata. »Wszędzie ponieśli oni ze sobą żywe współczucie dla naszych najmłodszych pacyentów, a zarazem głęboką wiedzę, uzbrajającą ich w środki do kojenia tych cierpień«. Przedewszystkiem jednak pragnie mowca wyrazić Jubilatowi wdzięczność ściślejszego grona uczniów i współpracowników. »Nieskazitelność Twego charakteru« — kończył mowca, — »górujące nad innemi pobudkami poczucie sprawiedliwości i uznanie dla każdej uczciwej zasługi stwarzały w Twych zakładach zdrową i każdej rzetelnej pracy sprzyjającą atmosferę. Twoje zamiłowanie przedmiotu, Twój udział w badaniach naukowych, a przedewszystkiem Twoja radość, jaką okazywałeś z każdego przez pracowników osiągniętego wyniku, były dla pracujących najlepszą podnietą do dalszych usiłowań«.

Imieniem ostatniego, najmłodszego pokolenia słuchaczy Prof. Jakubowskiego przemówił student medycyny p. Rychliński, w gorących słowach podnosząc serdeczne węzły, jakie zawsze łączyły Jubilata z młodzieżą; toteż młodzież postanowiła uczcić Jubilata tablicą pamiątkową, wmurowaną w tej sali wykładowej, w której przez pół wieku panowała między młodzieżą, a jej ukochanym Nauczycielem niezamącona nigdy harmonia. Zarazem wręczył mowca Jubilatowi adres, wykonany artystycznie według projektu artysty malarza p. Bukowskiego, okryty kilkuset podpisami.

W końcu przemówił Czcigodny Jubilat w następujące słowa:

»Szanowni Panowie! Gdy przyciśnięty podeszłym wiekiem czułem się spowodowanym do ustąpienia z zaszczytnego stanowiska Profesora Uniwersytetu, spotykam się ze wszystkich stron z objawami uznania, otrzymuję liczne pamiątkowe dary, zlewają się na mnie odznaczenia honorowe i dostojeństwa.

Lecz obok wszystkich odznaczeń, dla serca najmilszą i najsympatyczniejszą jest obecna uroczysta chwila, gdy otoczony gronem dawniejszych i ostatnich uczniów moich obok gorących i szczerych wynurzeń pożegnalnych, odbieram od nich pamiątkowe dary.

Zwracam się najpierw do Was Starszych Panowie, którzy w dawniejszych latach obok mnie na tutejszej klinice pedyatrycznej poświęcaliście się pracy zawodowej i naukowym badaniom o ile na to pozwalały środki. Dzisiaj jedni spełniacie posłannictwo w dziedzinie nauki o chorobach dzieci, jako Profesorowie lub Naczelnicy szpitali dziecięcych, drudzy jako lekarze praktykujący cieszycie się rozległem zaufaniem rodziców, powierzających Waszej pieczy najdroższe skarby, bo zdrowie i życie swych dzieci. Umiem to ocenić należycie, iż niełatwo było oderwać się Wam od codziennych obowiązkowych zajęć, a jednak zdołaliście pokonać trudności, by w dniu dzisiejszym przybyć tutaj, aby uścisnąć rękę starego profesora i wręczyć mu w upominku ostatnie owoce Waszej pracy naukowej, umieszczone w dwu, w kraju naszym wychodzących czasopismach lekarskich polskich. Ze wzruszeniem i uczuciem wdzięczności wysłuchałem przemówienia kolegi, przybywającego z Królestwa Polskiego, który składając mi życzenia w imieniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego i łódzkiego, zawiadomił mnie zarazem o zaszczytnem nadaniu mi dyplomu honorowego tych Towarzystw. Otrzymując ten zaszczyt, poczuwam się nietylko do obowiązku osobistego podziękowania, jako obdarzony, ale równocześnie, jako członek tutejszego Wydziału lekarskiego przez lat czterdzieści, z naciskiem zaznaczam, iż koledzy warszawscy i z Królestwa Polskiego zawsze zajmowali się żywo sprawami naszego Wydziału lekarskiego, przy każdej sposobności składali dowody przywiązania do tej Almae Matris, w której murach dzisiaj kształcą się liczne zastępy młodzieży zakordonowej.

Wam ukochani Panowie, z którymi w ostatnich latach stykałem się jako nauczyciel, dziękuję za złożone życzenia i za tę tablicę pamiątkową, umieszczoną w sali, w której spędziłem najpiękniejsze lata mojego życia, z którą wiążą się wspomnienia przeżytych dni, ziszczonych nadziei, a niekiedy i doznanych zawodów. Że tablica ta jest dla mnie miłą pamiątką, mówić nie potrzebuję. Dla mnie jest ona dziś pamiątką, dla czytelnika w przyszłości będzie świadectwem, że w naszych czasach na polu pracy naukowej panowała jedność i zgoda między generacyą, starszą i młodszą, między nauczającymi i uczącą się młodzieżą, a z umieszczonych dat dowie się, że przy wytrwałej pracy wzajemny szacunek i miłość nie były przemijające i chwilowe, lecz odnawiając się z roku na rok, utrzymywały się przez całe dziesiątki lat. Zaznaczyć tu muszę, że oznaki uznania ze strony uczącej się młodzieży spotykamy w wielu zakładach naszego Uniwersytetu i poza Uniwersytetem. I bodaj tych oznak pamiątkowych było jak najwięcej! Będą one świadectwem dla następnych pokoleń i dla postronnych, że w ciężkich czasach, jakieśmy przeżywali, nie opuszczaliśmy rąk, lecz rzetelną, wytrwałą pracą składaliśmy dowody naszych sił żywotnych, składaliśmy dowody, że żyjemy i żyć chcemy!

Żegnając się z Panami, nie mam zamiaru ani zapuszczać się we wspomnienia przeszłości, ani stawiać niepewnych programów na przyszłość, które ze względu na wiek mój podeszły nie mogą sięgać zbyt daleko. W ogólności tylko nadmienić muszę, że gdy przed czterdziestu kilku laty oddałem się nauce o chorobach dzieci, czułem się odosobnionym i niepewnie stawiając kroki, natrafiając na przeszkody, nosiłem się nawet z myślą przeniesienia się na inne pole działania, mające już podówczas utarte i wskazane szlaki. I dziwić się temu nie było można, zważywszy, że w owym czasie nauka o chorobach dzieci nie tylko u nas, ale na wszystkich uniwersytetach europejskich nie była przez władze naukowe dostatecznie popierana. Również i ówczesne społeczeństwo (z małymi tylko wyjątkami) nie odczuwało potrzeby niesienia pomocy dzieciom ubogim, gdy chodziło o ratowanie ich zdrowia i życia. Przylgnąwszy do wybranego przedmiotu — pomimo tak niekorzystnych warunków, stwierdziłem wkrótce z wielką radością, że aczkolwiek powoli, lecz stopniowo nauka o chorobach dzieci zdobywa sobie odpowiednie stanowisko w programie nauk lekarskich, że na uniwersytetach powstają jedna za drugą osobne kliniki i katedry chorób dziecięcych. Również i w społeczeństwie budzi się coraz większe poczucie obowiązku zajmowania się sprawami, dotyczącemi zdrowia i życia dziecka. Dziś przy roztrząsaniu i rozwiązywaniu zagadnień społecznych, sprawy, odnoszące się do pielęgnowania, żywienia, utrzymywania zdrowia i życia dziecka wysuwają się na plan pierwszy i ze wszystkich stron słyszymy hasło: »Wiek XX., to wiek dziecka«.

Schodząc obecnie z pola czynnego życia, widzę przed sobą horyzont jasny w tej dziedzinie, której poświęciłem me życie. Ustępuję z pełnem przekonaniem, że zakłady, do których powstania i rozwoju przyczyniłem się, nie upadną, ani nie będą skazane na marną egzystencyę, lecz pod opieką moich następców rozwijać się będą nadal dla postępu nauki i dobra ludzkości«.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 4. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Morawski przedstawiał okaz *thoracogastroschisis partialis cum ectopia cordis*, a Dr Schlank preparat obumarłego śródściennego mięśniaka macicy. W dyskusyi przemawiał Doc. Gliński. Następnie odbył się zapowiedziany wykład Prof. Piltza.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła w miesiącu lutym 1908 dwa posiedzenia. W dniu 18. II. na posiedzeniu administracyjnem przyjęła Izba sprawozdanie skarbnika Doc Różeckiego za rok 1907, tudzież budżet na rok 1908, uchwaliła zapomogi dla wdowy po lekarzu L. 200 koron i Ch. Z. 100 kor. Ze względu na zaszły fakt przeniesienia jednego z lekarzy okręgowych w drodze dyscyplinarnej przez Wydział krajowy, a która to kara nie jest przewidziana w ustawie, uchwalił Wydział Izby zwrócić się do Wydziału krajowego z odpowiedniem przedstawieniem. — Na posiedzeniu Wydziału Izby w dniu 28. II. załatwiono cały szereg drobnych spraw, ustalono dzień posiedzenia pełnej Izby, tudzież porządek dzienny tegoż posiedzenia.

— W szpitalu OO. Bonifratrów leczono w r. 1907 1430 chorych przez 26.473 dni leczenia; w ambulatoryach przyjęto 33.000 osób. Na nowym budynku szpitalnym ciąży dług 80.000 koron, bardzo utrudniający gospodarkę, tak że roczny deficyt szpitala dobiegł 10.000 koron. Z tego powodu odwołuje się konwent Bonifratrów do ofiarności publicznej; gdyby ona zawiodła, zagrażałoby szpitalowi podobno czasowe zwinięcie oddziału chirurgicznego. Obecnie zaś od 1. III. zwinięto z braku funduszów oddział chorób skórnych, pozostawiając tylko ambulatoryum.

— Jak słychać, prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza mianowany został Doc. Dr Maksymilian Rutkowski.

— Komitet budowy pomnika Henryka Jordana powierzył ustalenie pomysłu pomnika, który stanie w parku Jordana, pp. J. Fałatowi, dyrektorowi Akademii sztuk pięknych i radcy bud. Stryjeńskiemu. Na pomnik zbierane będą składki.

— Do konkursu na posadę fizyka miejskiego stanęli do 25. II., według dzienników, lekarze powiatowi Dr Karpiński z Podgórza, Dr Kownacki z Wieliczki, Dr Opieński z Żółkwi, oraz Dr Bernaciński, Dr Flis, Dr Schaitter i Dr Zopoth z Krakowa.

— I. Zjazd w sprawie ochrony dzieci, odbyty w marcu r. z. w Wiedniu, wybrał stały komitet centralny, który postarał się o utworzenie komitetów w poszczególnych krajach koronnych. Sekcya krakowska komitetu galicyjskiego, do którego zaproszono grono lekarzy-pedyatrów, odbyła w d. 27. II. pod przewodnictwem J. E. Hausnera, prezydenta kraj. sądu wyższego, posiedzenie organizacyjne. Na posiedzeniu tem podzielił się komitet krakowski na 3 sekcye: prawniczą, pedagogiczną i administracyjną. Do zakresu działania komisyi pedagogicznej, do której z lekarzy wybrano prof. Dr Lewkowicza, Dr Jana Landau, Dr Schaittra i Dr Żeleńskiego, należy m. i. higiena szkolna; komisya zaś administracyjna, do której z lekarzy weszli Dr Bier, Dr Kwaśnicki i Dr Jan Landau, zajmuje się m. i. sprawą domów podrzutków i opieki nad niemowlętami. Nadto wybrano wydział wykonawczy i delegatów do komitetu centralnego w Wiedniu. Wreszcie uchwalił komitet prosić Radę miejską krakowską, aby z fundacyi, którą uchwali dla uczczenia 60-tej rocznicy rządów cesarza, przeznaczyła odpowiednią sumę na utworzenie schroniska dla niemowląt.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe wydało sprawozdanie za r. 1907. Przed właściwem sprawozdaniem znajdujemy w niem wiadomość o odbyć się mającym w r. b. I. wszechświatowym zjeździe dla spraw ratownictwa wraz z historycznym zarysem rozwoju instytucyi ratowniczych. Następuje potem dokładny obraz zapobiegliwej działalności Wydziału Towarzystwa, który w r. z. starał się o zjednanie liczniejszych członków (na 400 zaproszonych zapisało się do Towarzystwa tylko 22 osoby!), uzyskał zwiększenie subwencyi miejskiej z 1000 na 2000 k., trzeciego służącego i woźnicę, drugą miejską parę koni, oświetlenie elektryczne stacyi i t. d. i czynił usilne starania, by miasto wybudowało osobny budynek dla Pogotowia i by można wprowadzić stałe dyżury lekarskie (koszt ich obliczono na 12.120 k. rocznie, z czego Towarzystwo może jednak pokryć tylko 5000 k.). Ilość wypadków, w których wzywano Pogotowie w r. 1907, dobiegła 4.547, wzrastając w porównaniu z rokiem poprzednim znacznie, bo o 703. Szczegółowa statystyka tych wypadków opracowana jest bardzo starannie; ta część sprawozdania, zestawionego wzorowo przez sekretarza, p. Czesława Jakubowskiego, zasługuje na szczególne wyróżnienie. Dochody Towarzystwa w r. 1907 wynosiły 17.467 kor., wydatki 13.497 k., majątek 35.083 k. Prócz członków założycieli, dobrodziejów i dożywotnich liczyło Towarzystwo członków zwyczajnych tylko 197. — Prezesem na r. b. wybrało Towarzystwo ponownie r. dw. Prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem ponownie Doc. Brauna.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Tadeusz Rogalski, rodem z Krakowa i p. Łucya Wanda Anna Hercokówna, rodem ze Zwierzyńca.

— Dyrektorem szpitala w Jaśle mianowany został Dr Józef Kadyi.

Lwów. Wydział lekarski mianował docentem prywatnym historyi medycyny Dr med. i fil. Władysława Szumowskiego.

— Zarząd miasta postanowił otworzyć miejską instytucyę »Kropli mleka«. Bezpłatne kierownictwo ofiarowali lekarze, członkowie »Towarzystwa opieki nad dziećmi«.

— Zarząd miasta zaopatrzył lekarzy miejskich w zapas surowicy przeciwbłoniczej (dostarczanej z zakładu krakowskiego gminie za połowę ceny), celem bezpłatnego stosowania leczniczego i zapobiegawczego u chorych ubogich. W ten sposób spełnia Lwów uchwałę X. Zjazdu lek. i przyr. polsk., aby podjęto zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy na szerszą skalę kosztem funduszów publicznych, którą to myśl podał pierwszy w r .1906 Dr Mikołajski. Miejski urząd zdrowia otrzymał z krakowskiego zakładu surowic w darze zapas innych także surowic leczniczych do rozporządzenia lekarzy miejskich.

— Wśród narad nad tegorocznym budżetem miejskim uchwalono szereg postulatów, mających doniosłe znaczenie higieniczno-sanitarne. I tak zażądała komisya budżetowa od magistratu, by jaknajrychlej przedłożył program i plany budowy szkół, wnioski co do lekarzy i lekarek szkolnych, co do budowy kąpieli szkolnych (zarazem ludowych) i co do apteczek szkolnych, by zwołał ankietę w sprawie reorganizacyi służby sanitarnej miejskiej; uchwalono dalej rezolucye w sprawie tygodniowych konferencyi komisarzy dzielnic wspólnie z lekarzami miejskimi, w sprawie instrukcyi dla lekarzy miejskich i objęcia części ich agend przez lekarzy policyjnych, w sprawie częstszego zwoływania miejskiej komisyi zdrowotnej. Sekcya techniczna zażądała podwyższenia kwoty na czyszczenie miasta z preliminowanych 454.000 na 500.000 koron. (W r. 1907 wydano tylko 289.000 koron). O uchwałach sekcyi sanitarnej już donosiliśmy w swoim czasie.

— W Towarzystwie przyrodników polskich im. Kopernika wybrany został prezesem na r. 1908 prof. Wiśniowski, a członkami wydziału prof. Smoluchowski, Mazurek, Zakrzewski i Kadyi.

— W zeszłym tygodniu ukazał się po raz pierwszy dodatek miesięczny do »Głosu lekarzy« w języku Esperanto, pod tytułem »Vocho de Kuracistoj«, a zawierający artykuły Dr Zamenhofa, Mikołajskiego, Wizla, Skałkowskiego i Felsa.

— W »Ateneum polskiem« (Nr 2) ogłosił prof. Biernacki zajmujące sprawozdanie krytyczne p. t. »Miecznikow i jego teorye«.

— W poliklinice lwowskiej odbyło się 22. I. 1908 posiedzenie, na którem Dr Mahl przedstawił projekt utworzenia przy poliklinice dyspensatoryum dla chorych na gruźlicę; sprawa ta dałaby się przeprowadzić przy udziale kas chorych i opiekunów ubogich, a w tym celu ma być zwołana ogólna narada.

Poznań. Do zarządu Wydziału lek. Towarzystwa przyjaciół nauk na r. 1908 wybrani zostali: prezesem radca Dr Chłapowski, wiceprezesem Dr St. Łazarewicz, sekretarzem Dr Dembiński, jego zastępcą Dr T. Schultz.

Warszawa. Pierwsze posiedzenie wydziału matematyczno-przyrodniczego Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 20. II. 1908 zagaił przewodniczący p. Eysmond wykładem o budowie protoplazmy, poczem przedstawiono 4 prace z zakresu chemii i fizyki.

— Na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa odontologicznego poruszono sprawę wydawnictwa podręcznika chorób zębów i jamy ustnej, przewlekającą się wskutek śmierci ś. p. Dr Dzierżawskiego i wybrano komisyę dla załatwienia sprawy słownictwa dentystycznego polskiego.

— Polski Komitet dla badania i zwalczania raka w Warszawie opracował schemat statystyczny, który z prośbą o nadsyłanie co pół roku (1. I. i 1. VII) materyału rozesłano w kilkunastu tysiącach egzemplarzy lekarzom ordynatorom szpitalnym. Schemat ten obejmuje: 1. Imię i nazwisko chorego. 2. Płeć. 3. Wiek. 4. Rasa. 5. Miejsce zamieszkania (gubernia, powiat, miejscowość, opis higieniczny i topograficzny domu, w którym chory mieszka). 6. Gdzie chory mieszkał przez ostatnie 5 lat. 7. Warunki bytu (zajęcie, odżywianie). 8. Wywiady (tylko co do raka). Wypadki raka: 9. u rodziców lub krewnych, 10. u domowników, 11. w domu zamieszkanym przez chorego. 12. Symptoma-

tologia. 13. Pierwotna siedziba. 14. Przebieg. 15. Przerzuty i ich siedziba. 16. Czas trwania od początku choroby. 17. Czy robiono operacyę. 18. Stan zdrowia po operacyi. 19. Nawrót. 20. Uwagi (przypuszczalna przyczyna raka, częstość raka w danej miejscowości i t. d.).

— Dzienny koszt żywienia chorych w szpitalach warszawskich miał być podniesiony z 21 kop. na 27 kop. (chociaż potrzebaby conajmniej 32 kop.). »Gazeta lek.« (8) donosi, że dotąd nawet owej skromnej podwyżki nie dano, natomiast podwyższono taryfę cen produktów spożywczych, wywołując przez to jeszcze większe od dotychczasowych trudności.

— Komisya, odbierająca zakłady dobroczynne i szpitale warszawskie pod zarząd miasta, ukończyła w zeszłym tygodniu swe prace, które trwały 5 miesięcy. Wynik prac komisyi jest następujący: Szpitale warszawskie zajmują 108.425 sążni gruntu, z których 18.890 jest pod budynkami. Wartość budynków obliczono na 2,770.013 rubli, według szacunków ubezpieczeniowych, lecz w rzeczywistości dochodzi ona do 5 milionów, gdy wartość ziemi wynosi około 12 milionów. Ruchomości oceniono na 507.600 rubli. Majątki szpitalne poza Warszawą zajmują obszar 5497 dziesięcin, a w tem prawie połowa lasu. Wartość ich wynosi około 4·5 miliona rubli, dochód zaś około 70.165 rubli rocznie. Oprócz tego przekazano magistratowi 2.128 rubli rocznego dochodu czynszowego. Kapitały, przelane do magistratu, wynoszą 3,086.934 rubli. Tym sposobem zarząd miejski otrzymał od b. Rady dobroczynności publicznej około 20 milionów rubli. Budżet Rady rzeczonej w ostatniem trzechleciu wynosił 1,423.010 rubli rocznie wpływu i 1,682.056 rubli wydatków, czyli 270.000 rubli deficytu.

— Celem uwolnienia szpitali warszawskich od przepełnienia, radzi dr Tchórznicki w »Kuryerze warsz.« (Nr 62), by nieuleczalnych i przewlekle chorych, stanowiących w szpitalach podobno 86% ogółu chorych, odsyłać do gmin rodzinnych na prowincyę, która o swoich chorych sama starać się powinna. Takich chorych z prowincyi ma być w Warszawie 22—30%. Zresztą (pomimo raz już w Tow. hig. przeprowadzonej krytyki tego projektu) zaleca Dr Tchórznicki oddawać takich chorych o ile można na wieś w opiekę rodzin (»patronage«).

— Ministerstwo oświaty ponowiło swe rozporządzenie z r. 1905, aby w szkołach żeńskich mianować lekarkami szkolnemi kobiety.

— Władze zezwoliły na urządzenie wystawy zdrojowej polskiej w Ciechocinku.

— W Częstochowie powstanie wkrótce szpital gminy izraelickiej na 10-morgowym gruncie, darowanym przez miasto na t. zw. Zawodziu.

— Dr K. Niedzielski poruszył w »Kuryerze warsz.« konieczność założenia przytułków dla ozdrowieńców w Warszawie.

— Zakład wychowawczy dla dzieci upośledzonych umysłowo otwarła w Warszawie p. Lublinerowa, żona lekarza, dla 8 wychowanków stałych i 20 przychodnich.

— Lekarzem naczelnym kolei nadwiślańskich po ś. p. Kryżem mianowano Dra Riazanowa, lekarza kolei zakaukaskiej. W ten sposób odebrano lekarzom naszym jeszcze jedno ze stanowisk publicznych.

— Dr L. Zamenhof rozpoczął wydawnictwo miesięcznika w języku polskim i Esperanto p. t. »Pola Esperantisto« — »Esperantysta polski«.

— W pracowni Dra Serkowskiego w Warszawie (Sto-Krzyzka 16) rozpoczną się 16.III. 1908 dwumiesięczne zajęcia praktyczne z bakteryologii dla lekarzy i farmaceutów; odbywać się one będą 3 razy tygodniowo po 2½ godz., a obejmują oprócz ogólnej metodyki bakteryologii i najważniejszych mikrobów chorobowych także serodyagnostykę, przygotowanie szczepionek itd. Opłata za zajęcia wynosi 25 rb.

— Zebranie 60 obywateli, zwołane przez prezydenta m. Lublina, p. Zarembę, uznało za niezbędne, by zarząd miasta niezwłocznie podjął prace przygotowawcze w sprawie wodociągów i kanalizacyi.

— Na budowę izraelickiego szpitala dla obłąkanych w Łodzi, (myśl, powzięta przed rokiem) zebrał komitet pod przewodnictwem dr. Przedborskiego dotychczas 80.000 rb. Koszta budowy szpitala, który stanie za mostem i będzie miał bezpłatny oddział dla ubogich chorych bez różnicy narodowości, obliczono na 200.000 rb.

— Władze zatwierdziły ustawę Stowarzyszenia lekarzy fabrycznych w Łodzi.

Z różnych stron. I. Ogólne posiedzenie »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, poświęcone uczczeniu pamięci zmarłego prezesa »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«, Dra Strawińskiego, odbyło się 11/24. II. 1908. Dr Wierciński przedstawił zarys działalności naukowej i społecznej ś. p. Strawińskiego, poczem odsłonięto popiersie Zmarłego. Następnie odbyły się wykłady: Prof. Merczynga: »Ilościowe granice badania natury« i p. J. Łukaszewicza: »Zasady filozofii naukowej«. Wreszcie przyjęto sprawozdanie doroczne byłego »Koła« i wybrano członkami korespondentami »Związku«: Prof. Ciechanowskiego, Prof. Cybulskiego i Dr Kwaśnickiego z Krakowa, oraz Prof. Popielskiego ze Lwowa.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Sbor liječnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem r. 1907 członków honorowych 22, korespondentów 7, zwyczajnych 429, posiadało 23,424 K majątku i 17,354 K funduszów zapomogowych. Dochody Towarzystwa w roku 1907 wynosiły 13,130 K, rozchody 7,600 K. W ciągu tego roku odbyło się 12 posiedzeń, a na nich 34 wykłady.

— Wydział gospodarczy IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich zaprosił lekarzy i przyrodników innych narodów słowiańskich do udziału w Zjeździe i do utworzenia w tym celu komitetów. Dotychczas zawiązały się komitety: słoweński, chorwacki, bułgarski i rosyjski.

— W IV. Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich zezwoliło ministerstwo wojny uczestniczyć lekarzom wojskowym.

— Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń, IX, Währingerstr. 13, Neurol. Institut), jako sprawozdawca międzynarodowego czasopisma »Folia neuro-biologica«, prosi autorów i wydawnictwa polskie o nadsyłanie mu prac, będących w jakimkolwiek związku z biologią układu nerwowego.

— Z okazyi tegorocznego międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Washingtonie ogłasza »Smithsonian Institute« w Washingtonie konkurs z nagrodą 1,500 dolarów na najlepszą rozprawę, przedstawioną zjazdowi, na temat: »Stosunek powietrza atmosferycznego do gruźlicy«, napisaną po angielsku, francusku, niemiecku, hiszpańsku lub włosku. Dokładniejszych wyjaśnień o konkursie udziela »Smithsonian Institute« (sekretarz Ch. D. Walcott).

— W Rosyi zakazało ministeryum lekarzom i dentystom wszelkiej reklamy; w ogłoszeniach wolno podawać tylko nazwisko, stopień naukowy, adres i specyalność. Władzom lekarskim oddano cenzurę ogłoszeń o lekach w prasie peryodycznej.

— Na fundacyę im. Kocha ofiarował znany amerykański miliarder Carnegie pół miliona marek.

— Wystawa, poświęcona sprawie pielęgnowania niemowląt i dzieci, odbędzie się we wrześniu w Solingen.

— Doroczny Zjazd niemieckiego Towarzystwa zwalczania chorób płciowych odbędzie się w Berlinie 7. III. b. r.

— W Danii postanowiono zbadać antropometrycznie i antropologicznie całą dorosłą ludność. Na czele wielkiego tego przedsięwzięcia stoją Dr Laub, generalny lekarz sztabowy, — antropolog H. Hansen i statystyk H. Westergaard.

— Klinikę dentystyczną dla dzieci zakłada miasto Zürich.

— We Francyi spróbowano na podstawie ruchu w centralnej aptece szpitali paryskich oznaczyć rozmiary stosowania nowszych i dawniejszych leków w ostatniem dziesięcioleciu. Okazało się, że pomimo wprowadzenia nowych przetworów syntetycznych nie zmienił się prawie popyt na stare leki »klasyczne«, jak makowiec, wyciąg kory chinowej, plaster glejtowy, nalewka jodowa, gliceryna, bromek potasu, azotan bizmutu, salicylan sodowy, azotan srebrowy. Zmniejszył się popyt na jodek potasu, antypirynę, kakodylan sodowy, sublimat (o 2,000 kg), kwas karbolowy (o 7,000 kg), jodoform, b-naftol, pryszczawki, kofeinę. Natomiast szybko wzrasta popyt na wodę utlenioną (z 1,000 na 102,000 kg), formalinę, teobrominę, piramidon, aspirynę, urotropinę, protargol, salofen, weronal i dermatol.

— Lekarze francuscy zawiązali w Paryżu stowarzyszenie celem stworzenia schroniska dla zubożałych, a niezdolnych do pracy kolegów.

— II Zjazd lekarzy praktycznych francuskich, mający się odbyć w Lille 25—28. VI. b. r., obradować będzie nad reformą studyów lekarskich we Francyi i nad sprawą wolnego wyboru.

— Wskutek skargi paryskich handlarzy mleka zakazały władze francuskie bar. H. Rothschildowi dalszego prowadzenia zakładów dobroczynnych, rozdających za bardzo nizką cenę mleko wyjałowione, uznając to za.... nieuczciwą konkurencyę handlową!

— Rady miejskie w N. Jorku i Chicago uchwaliły karać grzywną aż do 100 dol. za hałas, sprawiany w pobliżu szpitali (w promieniu 75 m).

Mianowani: Dr Ribemont-Dessaignes profesorem położnictwa w Paryżu, Prof. Heffter z Marburga profesorem farmakologii w Berlinie, Dr Harttung profesorem dermatologii we Wrocławiu, Dr Peiper dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Gryfii, Prof. Adolf Schmidt dyrektorem kliniki lekarskiej w Halle.

Zmarli: chirurg Prof. Petersen w Kiel, b. dyrektor »Assistance publique« Dr Peyron w Paryżu, b. Prof. anatomii Pettigrew w Edynburgu; słynny chirurg Prof. Esmarch w Kiel, w 85 r. ż.; Prof. Segond w Paryżu.

Dr Józef Zduń, b. poseł na Sejm, w 89 r. ż. w Skawie w Galicyi; Dr Markus Goldsobel, b. wiceprezes Tow. lek., w 64 r. ż. w Łodzi; Dr Adam Majewski, w 63 r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie. Zeszyt II. (Str. 337—914). Kraków 1908. (Wydawnictwo dzieł lek. polsk. im. E. Korczyńskiego). (Cena II. zeszytu 11 K, całości 18 K). — Opieński: O epidemiologii błonicy od czasu leczenia surowicą i o nowoczesnych środkach zwalczania błonicy. Lwów 1908 (Wydawnictwo Tow. higien.).— Kostanecki: 1) Mitotische Kernteilung ohne Zellteilung in künstlich parthenogenetisch sich entwickelnden Eiern von Mactra. Bull. Ak. Um. 1908. 2) Heinrich Hoyer. Intern. Monatss. f. An. u. Phys. 1908. 3) Przemówienie przy odsłonięciu pomnika Sebastyana Petrycego w Pilznie. Kraków 1907. — Brudziński: Prof. M. L. Jakubowski (z powodu ustąpienia z katedry). Gaz. lek. 1907. — XVII Sprawozdanie krakowskiego Towarzystwa ratunkowego za r. 1907. — Biernacki: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach (z powodu laktobacyliny Miecznikowa). Tyg. lek. 1908. — Pola Esperantisto. 1908. Nr 1 i 2. Warszawa. — Karliński: Zur Kenntniss der Desinfektion mit Formalin auf kaltem Wege. Heilkunde 1908.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich polskich w Lutym 1908: *Gazeta lekarska Nr 4—8:* Bregman: O wycieku samoistnym płynu mózgowordzeniowego przez nos. Dłuski i Rospędzihowski (c. d.). Grosglik A.: O leczeniu rzeżączki w przebiegu powikłania jej zapaleniem jądra i przyjądrza. Sławiński: Przypadek wrodzonego braku obu obojczyków. Lorentowicz: O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i o histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań. Pawiński: Czy cierpienie Seneki uważać należy za astmę, czy też za anginę piersiową. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 4—9:* F. Arnstein: O kąpielach kwasem węglowym nasyconych w stwardnieniu tętnic i dusznicy bolesnej. Altkaufer: Przypadek rzadkiego ustawienia główki podczas porodu (szwem strzałkowym w prostym wymiarze wejścia). Biro: W sprawie nowotworów mózgu. Krukowski: O zapobiegawczem wkraplaniu do oczu noworodków. Gruszczyński: W sprawie leczenia przetok zębowych. Oppenheim: Rak wargi górnej. Szokalski: O aglutynacyi pod wpływem soli obojętnych. Klęsk: O czyraku. Lorentowicz: Nowe poglądy w nauce o endometritis. Polański: Przypadek samodzielnej histeryi krtani w postaci dyspnoe laryngo-spastica. — *Tygodnik lekarski Nr 5—9:* Leńko: Zestawienie przypadków chirurgicznych chorób dróg moczowych, spostrzeganych w r. 1902—1906 (w oddziale chir. szpit. powsz. we Lwowie). Kośmiński (dok.). Buraczyński: Spostrzeżenia rozpoznawcze i lecznicze w zakresie chorób skórnych i wenerycznych na oddziele dermato-wenerycznym szpitala wojskowego we Lwowie w przeciągu 2 lat. Wachholz: Z kryminologii wrodzonego niedołęstwa umysłu. Raczyński: Na czem polega usposobienie dzieci do nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Brudziński: O objawie Grocco-Rauchfuss-Hamburgera w zapaleniu wysiękowem opłucnej u dzieci. Progulski: O wynikach skórnego szczepienia dzieci tuberkuliną sposobem Pirqueta. Meisels i Progulski: Spostrzeżenia nad odczynem skórnym (Pirqueta), wywołanym u dzieci tuberkuliną ludzką i bydlęcą. Gluziński: Gruźlica narządu moczowo-płciowego. Bohosiewicz: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi zębowej daje najlepsze wyniki? — *Czasopismo lekarskie Nr 12 (1907), 1 (1908):* Pański: Przypadek zaniku postępowego nerwów wzrokowych samoistnego. Puławski: Sprawozdanie z 3. roku istnienia kąpieli tanich im. B. Prusa w Nałęczowie. Helman: Przyczynek do leczenia jodem i rtęcią gruźlicy nosa, gardzieli i krtani. Poczobut: Trzecie sprawozdanie o znaczeniu termometrycznej ciepłoty ciała w stanach patologicznych. Rosenthal: Ruch chorych w ambulatoryum przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi w r. 1907. — *Nowiny lekarskie Nr 2:* Sędziak: Zaburzenia histeryczne w górnym odcinku dróg oddechowych. Bartoszewicz: Autan, nowy preparat dla otrzymania pary formaldehydu. Palmirski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej. Czyżewicz jun. (c. d.). Ehrenpreis (dok.). Tarnowski: Hernia umbilicalis ventriculi acquisita. Brudziński: Oznaczenie ilości wysięku w opłucnej. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz. 1907, zesz. II:* Rotstadt: Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 1—2:* Otto: Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Papée: Kiła u prostytutek we Lwowie. — *Postęp okulistyczny Nr 1:* Reis: Anatomicznie badany przypadek wyrwania nerwu wzrokowego przy wyrwaniu gałki ocznej. — *Kronika dentystyczna Nr 2—3:* Blikle: Jak powinien pracować dentysta, aby zachować swe zdrowie. Taubenhaus: Dwa przypadki z praktyki. Fabianówna: O zgorzeli miazgi zębowej i jej leczeniu trójkrezolformaliną. Friedländer: Kilka słów o dentystyce w starożytności. — *Głos lekarzy Nr 3—5:* Mikołajski: 1) Lekarze wobec wyborów do Sejmu. 2) W sprawie świadectw asekuracyjnych. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. 4) Zmiany w taryfie leków na r. 1908. 5) Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych w zastosowaniu do lekarzy Kas chorych. — Deputacya lekarzy rządowych w Wiedniu. Fels: Aforyzmy lekarskie. — Memoryał Związku lekarzy rządowych w Galicyi. — Sprawozdanie z czynności Izb lekarskich galicyjskich. — *Przegląd higieniczny Nr 2:* Bujwid: Zużytkowanie powierzchownych wód gruntowych dla celów studzien miejskich. Hornung (dok.). Szpilman (c. d.). — *Zdrowie Nr 2:* Tchórznicki: Obecny stan szkół początkowych m. Warszawy. Wilczyński Wład.: Szybki sposób oceny mleka pod względem bakteryologicznym. Higier: Ulotne wrażenia z wycieczki zbiorowej lekarzy przez Niemcy, Danię i Szwecyę.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Blutan. Liczne doświadczenia, jakie Klautsch (Repetorium der prakt. Med. 1006) w kierowanym przez niego »St. Elisabeth-Kinderheim« w Halle n. S. z tym przetworem przeprowadził, przekonały go o znakomitem działaniu tego środka, zawierającego żelazo. Pomijając już, że dzieci wyjątkowo chętnie blutan przyjmują, występuje bardzo szybko wybitny wpływ na trawienie i apetyt u dzieci, przez co przyjmują one większą ilość pokarmów niż poprzednio, a ilość hemoglobiny rychło się zwiększa. Można zatem stosować blutan bez obawy także w wieku dziecięcym w stanach, w których brak żelaza w ustroju. *S. W.*

Odpis L. 832/08.

Obwieszczenie.

Na podstawie reskryptu Wydziału krajowego z 2/10 1907 L. 99.704 Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Nowemmieście.

Okręg sanitarny nowomiejski obejmuje następujące miejscowości w powiecie dobromilskim: Nowemiasto, Posadę nowomiejską, Komarowice, Grodzisko, Grabownicę i Przedzielnicę, zaś w powiecie starosamborskim Błozew górną, Wołczę dolną, Koniów i Towarnik.

Lekarz okręgowy obowiązany utrzymywać aptekę domową. Do posady tej przywiązana roczna płaca 1.000 Kor. tudzież ryczałt na objazdy 450 Kor., od gminy Nowegomiasta dodatek na mieszkanie 300 Kor., a nadto prawo do emerytury względnie pensya wdowia i zaopatrzenie osieroconych dzieci z funduszu powiatowego w myśl etatu urzędniczego resp. statutu emerytalnego.

Ubiegający się winni wnieść podania do tut. Wydziału powiatowego najdalej do dnia 15 kwietnia b. r. i oprócz zdatności fizycznej i nieprzekroczonego wieku lat 40 wykazać się prawem obywatelstwa austryackiego, dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej, nieskazitelnością charakteru, znajomością języków krajowych i najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo zastrzeżone posiadającym dwuletnią praktykę resp. służbę w szpitalu powszechnym lub egzamin fizykacki.

Dobromil, dnia 25 lutego 1908. 375

Z Wydziału Rady powiatowej.

V. Prezes: *Tyszkowski.*

L. 219.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady **lekarza miejskiego** w miasteczku Kozłowie powiecie brzeżańskim rozpisuje się konkurs do dnia 30 marca b. r.

Do posady tej przywiązaną jest stała płaca roczna 1.200 Kor. i dodatek połowy dochodów z taks za oględziny zwierząt na rzeź i targi wpłyniętych do kasy gminnej która to połowa wynosi przeciętnie 250 Kor.

Ponadto przy zawarciu umowy o tę posadę do powyższej płacy, zobowiązuje się Zbór izraelicki gminy wyznaniowej w Kozłowie płacić rocznie kwotę 240 Kor., zaś dzierżawca dóbr ziemskich Wielmożny Pan Kijanowski rocznie kwotę 360 Kor. Tak płaca roczna jak i wszystkie dodatki powyżej wyszczególnione będą płatne w miesięcznych ratach.

Kompetenci o tę posadę winni się wykazać dokumentami:

1) Dyplomem doktora medycyny uzyskanego na Uniwersytecie Państwa austryackiego;

2) Znajomością języków krajowych.

Podania o nadanie tej posady udokumentowane wnosić należy na ręce Zwierzchności gminnej w Kozłowie do 30 marca b. r.

Kozłów, 4 lutego 1908. 368

Naczelnik gminy:

W. Kasprzyk.

LWkr. 120.875.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem krakowskiem, rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

Kandydaci powinni najpóźniej do 26 marca 1908 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia; 324

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, upoważniającego go do wykonania praktyki lekarskiej.

Do posady tej przywiązana płaca o rocznych 1.000 Kor.

We Lwowie, dnia 25 lutego 1908. *Piotrowski.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 14. marca 1908. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z ambulatoryum dentystycznego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Czy adrenalinę można uważać za środek przeciwzapalny przy zapaleniach ozębnej?

Napisał
Doc. Dr A. Gońka.

W czterdziestą czwartą rocznicę założenia związku dentystycznego we Frankfurcie nad M., obchodzoną uroczyście szeregiem naukowych posiedzeń, wygłosił prof. Michel z Würzburga wykład pod tytułem: »Adrenalina jako *antiphlogisticum*«. Praca ta, w formie sprawozdania ogłoszona drukiem (1), tem większy daje pohop do stwierdzenia ogłoszonych doświadczeń, im więcej one brzmią zachęcająco, im myśl jest świeższa i oryginalniejsza, a podany nowy sposób wydaje się być cenniejszym dorobkiem w skarbnicy leczniczej.

Tymi względami kierowany postanowiłem wypróbować na materyale ambulatoryum dentystycznego, a następnie i w inny sposób, o ile pomysł Michla zasługuje na naśladownictwo i uznanie.

Michel pragnie wyzyskać właściwości niezbadanej jeszcze wszechstronnie adrenaliny, i z jednej strony pamiętając o tem, że między innymi działa ona zwężająco na naczynia krwionośne, z drugiej strony opierając się na znanym pewniku, że jednym z kardynalnych objawów zapalenia jest rozszerzenie naczyń, usiłuje śróddziąsłowem wstrzykiwaniem małych dawek adrenaliny opanowywać świeżo powstałe przypadki zapalenia ozębnej.

Myśl godna tem więcej uznania, że wobec tego cierpienia bywamy w dość kłopotliwem położeniu, a zasób naszych środków leczniczych jest bardzo ograniczony, o ile chcemy działać zachowawczo i nie uciekać się do kleszczy.

Praktykowane dotąd sposoby leczenia zapaleń ozębnej mają w pierwszym rzędzie tę niedogodną stronę, że działają powoli, a niezbyt pewnie, że przy ich użyciu nigdy nie możemy oznaczyć, na jak długo cierpliwość chorego wystawiona będzie na ciężką próbę i z jakim skutkiem, że nie umiejąc z miejsca opanować samejże sprawy zapalnej, nie możemy chorego uwolnić od bólu, o co w pierwszym rzędzie najwięcej chodzi.

Wyłączając gwałtowny uraz, lub toksyczne działanie takich leków, jak arsen przy kauteryzacyi miazgi zębowej, zapalenie ozębnej uważać trzeba za bezpośrednie następstwo, za niejako dalszy ciąg ostrego zapalenia miazgi, której zgorzelinowe cząstki wraz z drobnoustrojami przedostają się przez wylot korzenia do zębodołu. Jak długo trwa przekrwienie ozębnej, tak długo ból nie ma ściśle określonego charakteru, ani też usadowienie jego nie musi być pewne. Dopiero z chwilą wytworzenia się wysięku zapalnego i napęcznienia ozębnej występują nieomylne oznaki: ząb wydaje się jakoby wydłużony, każde zwarcie szczęk jest niezmiernie bolesne, gdyż najlżejszy ucisk na schorzały ząb w kierunku jego osi podłużnej lub poprzecznej jest nader dotkliwy, żucie przy całej ostrożności staje się ciężką pracą niedostateczne odżywienie i bezsenność podkopują siły chorego, a na te wszystkie dolegliwości tak w pierwszym, jak i w późniejszym okresie, niewiele więcej zalecić możemy choremu nad — cierpliwość.

Cóż bowiem możemy i powinniśmy w takich razach robić?

Wychodząc z jedynie racyonalnej i słusznej zasady. „*cessante causa cessat effectus*« powinniśmy komorę miazgową łyżeczkami lub świderkiem otworzyć, dostęp do kanalików korzeniowych ułatwić, gnilną ich treść usunąć. Wszystkie te zabiegi są niestety zazwyczaj tak bolesne, że ich prawie przeprowadzić niepodobna. Każda nowa próba, każde nowe wstrząśnienie, mimowoli potęguje ból, już sam przez się bardzo znaczny. Cóż nam więc pozostaje? Jako środek łagodzący aspiryna, która niekiedy uśmierza rzeczywiście bole bodaj na chwilę, środki przeczyszczające, miejscowo działające środki odwodzące, jak pędzlowanie nalewką jodową, zimne lub w myśl teoryi Biera ciepłe okłady, przepłukiwanie ust bardzo zimną wodą, — oto wszystko, czem choremu staramy się przynieść ulgę, najczęściej bezskutecznie, gdyż ból mimo to utrzymuje się na tym samym stopniu co najmniej kilka dni, dopóki nie zjawi się obrzęk na dziąśle lub szczęce jako zapowiedź, »że choroba przesiliła się«.

Wynalezienie więc takiego środka, któryby, zwłaszcza stosowany miejscowo, zdołał zapalenie ozębnej w początkowym okresie opanować i ograniczyć, trzebaby powitać z niekłamanym zapałem. Czy takim środkiem jest według Michla adrenalina, na to pytanie niech odpowiedzią z mej strony będą w pierwszym rzędzie opisane poniżej przypadki zapalenia ozębnej, leczone zupełnie w taki sam sposób, jak tego Michel żąda, z tą niewielką zmianą, że dla ścisłości wyników nie wstrzykiwałem przetworu Ritserta (*Coc. 0,08, Subcutin 0,02, Paranephrin 0,01*), ale samą adrenalinę

z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. W tej modyfikacyi szedłem zresztą również za wskazówkami Michla, który przyznaje, że pierwszych dziesięć przez niego opisanych przypadków, leczonych przetworem Ritserta, mogłoby nasunąć poważne wątpliwości, czy części rzekomo dodatniego działania nie należy przypisać domieszce samej kokainy, działającej przeciwzapalnie dlatego, że jest ona środkiem znieczulającym.

Do skrupułów tych, może zresztą i słusznych, skłoniła autora, jak on to sam przyznaje, znana i nie bez fantastycznej werwy napisana praca Gwidona Fischera (2), praca, w której ten autor, nawiasem mówiąc, nic od siebie nowego nie dodał, tylko powtórzył twierdzenia dwóch innych pisarzy, mianowicie Spiesa (3) i Rosenbacha (4).

Ażeby więc, jak wspomniałem, wynik doświadczeń był czystym, by wyłączyć wszelkie uboczne działanie, a więc stwierdzić zasadnicze pytanie, czy adrenalina sama przez się działać może przeciwzapalnie, zacząłem od razu od adrenaliny, niepotrzebując chyba dodawać, że wszystkie wstrzykiwania wykonywano z zachowaniem zasad aseptyki i w takich samych odstępach czasu, jak to Michel podaje.

Do badania używałem wyłącznie chorych inteligentniejszych, których zapewnieniom mogłem zaufać w tym kierunku, że cierpienie ich trwa od bardzo niedawna, i u których przedmiotowo, osądzając rzecz z punktu widzenia klinicznego, stwierdzić również mogłem, że zapalenie ozębnej, albo jeszcze wcale nie, albo też niewiele posunęło się po za okres przekrwienia. Przypadków wątpliwych, w których mogłem przypuszczać, że sprawa zapalna rozszerzyła się już na okostną zębodołową, nie poddawałem leczeniu sposobem Michla.

I. (909)* L. L. lat 22 stud. med. I². *Periodont. incip.* Po pierwszem zaraz wstrzyknięciu wystąpił znaczny ból, który z każdą godziną się potęgował. Obolenie wzmogło się tak, że chory uciec się musiał do aspiryny. Dalsze wstrzykiwanie; wysadzenie zęba i ochwianie stwierdzono dnia następnego. Trikresol bez skutku. *Extractio.*

II. (922) S. K. l. 25, M. *Periodont incip.* Bole mimo wstrzykiwań nieustanne, osłabły nieco dopiero pod zimnymi okładami, które sobie chory sam zarządził, jednak tylko na krótki czas. Dnia następnego stan o tyle gorszy, że wyczuć można wyraźny już obrzęk w okolicy wierzchołka przedniego korzenia. *Extractio;* nastrzykanie ozębnej obu korzeni.

III. (925) I. D. l. 40. wdowa. *Periodant incip.* na 'b. Zgłasza się z powodu bolów, bardzo jeszcze nieznacznych. Zwiększyły się one po pierwszem zaraz wstrzyknięciu, poczem w nocy miały być lekkie dreszcze; ból nie ustaje. Chora żąda wyjęcia zęba, co też uczyniono dnia następnego.

IV. (979) D. S. lat 22, student medycyny. *Periodont.* M₁. Ból od dwóch dni bardzo nieznaczny, żadnego obrzęku niema; przy badaniu lekka bolesność koło wierzchołka korzenia po stronie policzkowej. Wstrzyknięcie adrenaliny, po dziesięciu minutach napad omdlenia. Do następnego dnia ból wcale nie ustał, naciek i ochwianie się zęba bardzo wyraźne; *extractio.*

V. (988) L. K. lat 27. *Periodont. incip.* b². Pomimo wstrzykiwań ból utrzymuje się stale przez dwa dni; otwarto komorę miazgi, trikrezol; ból słabnie, plomba próbna, bole wracają; *extractio.*

VI. (1020) K. M. lat 24. żona dozorcy. *Periodont. incip.*¹b Po wstrzyknięciu ból nie ustaje przez pół dnia. Następnego dnia dopiero znaczna ulga, ale równocześnie dopiero z obrzękiem twarzy; *extractio.*

VII. (już w roku 1908) (55). W. F. lat 16, uczeń gimnazyalny. *Periodont.* M₁. Chory zgłasza się celem plombowania;— ponieważ stwierdzić można podrażnienie ozębnej i nieznaczny ból z tem związany, przeto zastosowano pierwsze wstrzyknięcie adrenaliny. Bóle się potęgują; na drugi dzień obrzęk na dziąśle ściśle ograniczony, wysadzenie zęba; *extractio.*

VIII. (87) J. R. lat 32, żona krawca *Periodont. incip.* górnego prawego kła. Po wstrzyknięciu ból osłabł dopiero w trzy godziny. Następnego dnia przy opukiwaniu bolesność znacznie większa, niż dnia pierwszego; wyczekano jeszcze dzień, bole ustawiczne: *extractio.*

IX. (239) I. S. lat 22 subjekt. *Periodont.* b¹. Po pierwszem wstrzyknięciu ból kilka godzin silniejszy niż przedtem, łagodnieje dopiero drugiego dnia, ale natomiast znaczne wysadzenie zęba, niemożność zwarcia szczęk; *extractio.*

Liczba przypadków, w których próbowałem wstrzykiwań adrenaliny jest znacznie większa, nie przytaczam jednak wszystkich, gdyż objawy spostrzegane powtarzały się analogicznie do opisanych. Te, które tu podaję i zestawiam, stanowią wystarczającą liczbę, aby wnioski na niej oparte, uważać za dostateczne. Widzimy z nich, że adrenalina, w której Michel upatruje dzielny środek do opanowywania ostrych zapaleń ozębnej (a przynajmniej gorąco do wypróbowania zaleca) najzupełniej zawodzi pokładane w niej nadzieje. Stwierdzić muszę stanowczo, że wyniki, przezemnie osiągnięte, różnią się dyametralnie od tych, które Michel podaje. Nietylko bowiem nie udaje się świeżo powstałego zapalenia opanować, bolów mu towarzyszących usunąć, ale co gorsza prawie we wszystkich przypadkach, sprawa zapalna, ograniczona najprawdopodobniej do wierzchołka korzenia w chwili zgłoszenia się chorego, po wstrzykiwaniach adrenaliny znacznie się pogorszyła. — Następnego dnia stwierdzić było można, że ząb, który pierwotnie tylko przy ucisku w kierunku osi podłużnej bywał bolesny, stawał się wydłużony i ochwiany na dowód nagromadzenia się większej ilości nacieku zapalnego. Nie mogę również potwierdzić, by wstrzykiwanie adrenaliny usuwało ból, towarzyszący zapaleniu, jak to twierdzi Michel, powołując się w tej mierze na równobrzmiące twierdzenia Hatiga.

Aby się tem więcej upewnić, czy w przebiegu spraw zapalnych można się spodziewać dodatniego wpływu przez wstrzykiwanie adrenaliny, wykonałem doświadczenia na pięciu królikach, u których wywoływano zapalenie na słuchach zapomocą wstrzykiwań hodowli gronkowca złocistego. Każdy z królików otrzymywał tę samą dawkę zawiesiny gronkowca w rozczynie fizyologicznym na obu słuchach i to w miejscach zupełnie symetrycznych, następnie w jedno ucho wstrzykiwano adrenalinę, drugie ucho zaś zostawiano dla porównania.

Trzem królikom wstrzyknąłem zawiesinę ogrzewaną i to pierwszemu do 58° C., II. do 60° C., III. do 63° C., przyczem pokazało się, że dopiero jednogodzinne ogrzewanie do 63° C., wywołało całkowite obumarcie mikrobów. Dwom królikom wstrzykiwano zawiesinę hodowli żywej, nie ogrzewanej.

Szczegóły odnoszące się do każdego z doświadczeń, zestawiam w następującej tablicy (str. 161):

Wyniki były następujące:

Przy porównywaniu obu słuchów co kilka lub co kilkanaście godzin pokazało się, że tylko u pierwszego królika po pierwszych dwóch wstrzyknięciach adrenaliny objawy zapalne, t. j. naciek jakoteż przekrwienie w miejscu wstrzyknięcia, były nieco mniejsze, aniżeli na uchu, w które adrenaliny nie wstrzyknięto; jednakże po 36 godzinach

*) Cyfra przed początkowemi literami nazwiska chorego umieszczona podaje miejsce, gdzie w księdze przyjęcia zakładu chory jest zapisany i przebieg choroby uwidoczniony.

stopień nasilenia zapalenia na obu słuchach się wyrównywał. U następnych zaś czterech królików nie można było ani w pierwszych początkach doświadczenia, ani też w następnych dniach, zauważyć żadnej różnicy pod względem nasilenia sprawy zapalnej na obu uszach. Również końcowy wynik, tak na jednem, jak i na drugiem uchu był po trzech dniach ten sam, to znaczy wytworzył się w miejscu wstrzyknięcia ściśle ograniczony mały ropień.

Królik	Waga	Jakość wstrzykniętego materyału	Dawka hodowli	Dawka adrenaliny
1.	2350 gr.	Zawiesina hodowli agarowej 16 godz. gronkowca złocistego, II generacya (po wyosobnieniu z królika) ogrzewana przez godzinę do 58° C.*)	0·2 cm³ zawiesiny (=0·2 normalnego oczka hodowli	0·2 cm³ rozczynu *Sol. natri chlorat.* 0·75% 1,00 *Suprarenin. borici Hochst a/M guttas III*
2.	2820 gr.	Zawiesina hodowli agarowej 18 godzinnej II gener. po wyosobnieniu z królika	0·1 cm³ zawiesiny (=0 2 normalnego oczka hodowli)	1-sze wstrzykiwanie jak wyżej 2-gie; 3-cie po 0·2 cm³ rozczynu *Sol. natri chlorat.* 1,00 *Suprarenini borici Hochst a/M guttas XV.*
3.	3140 gr.	Zawiesina hodowli agarowej 18 godzinnej II gener. (po wyosobnieniu z królika) ogrzewana przez godzinę do 59—60° C.	0·1 cm³ zawiesiny (=0·5 normalnego oczka hodowli)	Dawki adrenaliny jak u królika Nr 2.
4.	2000 gr.	Zawiesina hodowli agarowej 48 godzin. II gener. po wyosobnieniu z królika	0·1 cm³ zawiesiny (= 0·2 normalnego oczka hodowli)	0·2 cm³ rozczynu *Sol. natri chlorat.* 1,00 *Suprarenini borici Höchst a/M guttas XV.*
5.	1800 gr.	Zawiesina hodowli agarowej 48 godz. II gener. (po wyosobnieniu z królika) ogrzewana przez godzinę i 15 minut na 63° C.**).	0·1 cm³ zawiesiny (=0 5 normalnego oczka hodowli)	Dawki adrenaliny jak u królika Nr 4.

*) Ogrzewanie nie zabiło jednak hodowli całkowicie, gdyż po przeszczepieniu jej wyrosły na agarze dość liczne kolonie gronkowca.

**) Hodowla ta była już nieżywą, gdyż po jej przeszczepieniu nie wyrosła żadna kolonia; zawiesina nie zawierała już ziarenkowców.

Z tego należy wnosić, że owa początkowa różnica w nasileniu zmian zapalnych u pierwszego królika wywołana była raczej czemś przypadkowem, (n. p. mniejszą dawką na uchu drugiem, co jest łatwo możliwe wobec trudności ściśłego dawkowania hodowli), aniżeli działaniem adrenaliny.

Czemuż więc przypisać i jak wytłómaczyć tak jaskrawe sprzeczności między tem, co Michel podaje, a co ja w mych doświadczeniach stwierdzić mogłem? Zastanawiając się nad pracą Michla, a właściwie nad wywodem, na podstawie którego przypisuje on adrenalinie błogie skutki przy ostrych zapaleniach ozębnej, muszę wyrazić przypuszczenie, że naukowa podstawa, na której ten autor się oparł, jest nieścisła, a korzystne wyniki, które otrzymał, trzeba przypisać innym jakimś, w grę tu wchodzącym czynnikom.

Michel oparł swe rozumowanie na rozległej, a nie ze wszystkiem jeszcze zbadanej sprawie zjawisk, towarzyszących zapaleniu, powyjmował i powiązał niezawsze szczęśliwie poszczególne jej fragmenty, nieuwzględnił, a raczej jakby umyślnie pominął przyczynę tych zapaleń ozębnej, która jest bezwątpienia natury zakaźnej, przecenił donioslość swoistego działania adrenaliny na naczynia krwionośne w przebiegu zapalenia, choć sam przyznaje (str. 330), że »pracowniane próby nie stwierdzają wielkiego wpływu adrenaliny na sprawy zapalne«; w spostrzeganiu przedstawionych przez siebie przypadków postępował nieraz tak nieściśle, że mimowoli nasuwa się wątpliwość, czy stosując adrenalinę, badając jej rzekomo dodatnie działanie, mógł w najlepszym razie powiedzieć: *post hoc, ergo propter hoc.*

By te zarzuty uzasadnić, przedstawić muszę całe rozumowanie Michla, które w krótkości jest następujące: »Kardynalnym objawem zapalenia jest silne przekrwienie, polegające na rozszerzeniu naczyń krwionośnych, otwarciu szczelinek *(stomata)* w ich ściankach, przechodzeniu przez ściany pierwocin komórkowych. Jeśli więc przyjmiemy, że główne działanie środka przeciwzapalnego polega na tem, iż przez zwężenie naczyń utrudnia się wytworzenie wysięku, to nie można się dziwić, że poznawszy przetwory nadnercza i ich działanie, użyto ich do opanowywania i zwalczania objawów zapalnych. Że zaś pewnem jest, iż adrenalina nie może być trucizną dla protoplasmy i nie może wpływać szkodliwie na pierwociny komórkowe, przeto jej właściwość oddziaływania powstrzymującego na sprawy zapalne trzeba przypisać tylko oddziaływaniu na naczynia. Długie pozostawanie na miejscu, gdzie była wstrzyknięta, wybitne jej działanie miejscowe, czyni ją może cennym środkiem do zwalczania miejscowych spraw zapalnych, a pod tę rubrykę podpadają, przynajmniej w początkowym okresie, wszystkie sprawy zapalne w jamie ust. Działanie wstrzyknięcia adrenaliny trwa zwykle kilka godzin, może być jednak przez zmniejszanie ilości rozczynu i zgęszczenie, przedłużone do 8—10 godzin, z warunkiem, że nie wstrzyknięto w żyłę, w takim bowiem razie działanie znika w 10 do 12 minut«.

W innem miejscu Michel, omawiając wartość upustów krwi, stosowania okładów lodowych i t. p. jako środków przeciwzapalnych, mówi: »Czy wskazanem *(opportun)* jest tkankę zapaloną robić niedokrwistą, to w dzisiejszych czasach często bywa przyczyną sporu (Bier), a zapatrywanie drugiej połowy zeszłego stulecia, by każde zapalenie, przewlekłe czy ostre, leczyć ciepłem, wysuwa się znowu na pierwszy plan. W każdym razie możemy tak przy teoretycznej, jak i klinicznej refleksyi obydwu zapatrywaniom przyznać słuszność, ponieważ w każdym przypadku ostrego zapalenia (ale tylko w jak najwcześniejszym okresie) przez wzmożony przypływ krwi, wywołany zastosowaniem ciepła, te czynniki, które wniknąwszy w tkankę wywołały zapalenie, przez podwyższone ciśnienie i szybkość prądu zostają w pewnej mierze wypłukane, podzielone i przyjęte w obieg krwi prawdopodobnie uczynione nieszkodliwemi«.

(Dok. nast.)

Z oddziału terapeutycznego szpitala dla dzieci św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem Doc. Dra A. Kisiela.

O wpływie leczniczym salicylanu sodu na ostry gościec stawowy u dzieci.

Podał

Dr Ludwik Mańkowski.

(Dokończenie).

Zobaczmy teraz, o ile były uzasadnione wnioski Strickera. W pracy swej, ogłoszonej w »Berliner klinische Wochenschrift« 1876 r. Nr 1 i 2. Stricker opisuje 5 przypadków ostrego gośćca stawowego, leczonych kwasem salicylowym. Wszystkich przypadków spostrzegał Stricker 14, ale reszta miała niczem się nie różnić od przytoczonych, i Stricker uważał za zbyteczne opisywać je szczegółowo. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi Stricker do wniosku, że kwas salicylowy jest najskuteczniejszym, i być może nawet doszczętnie leczącym środkiem, ponieważ u wszystkich chorych pod wpływem leczenia gorączka spadała w ciągu 24—48 godzin, a jednocześnie znikały obrzmienie i bolesność w stawach.

Przy dokładniejszem jednak zaznajomieniu się z dowodami Strickera trudno, zdaje mi się, zgodzić się z jego wnioskami. I tak w pierwszym jego przypadku przyjęto chorego w 6. dniu choroby. Pierwsze 3 dni chory trochę gorączkował, na 4. dzień obostrzenie się sprawy, gorączka 40,5°. Zaczęto podawać kwas salicylowy. Bolesność i obrzmienie stawów znikły w ciągu 24 godzin, ciepłota spadła w ciągu 48 godzin. Niemniej można twierdzić, że wyleczenie nastąpiło na 11. dzień choroby, t. j. w czasie, w którym nierzadko następuje wyleczenie przy każdym sposobie leczenia. Toż tamo można powiedzieć o trzecim i czwartym przypadku Strickera. W drugim przypadku choroba wprawdzie trwała tylko 7 dni, ale chory niewiadomo z jakiej przyczyny przeleżał w szpitalu około 3 tygodni. Tylko w piątym Strickera przypadku można byłoby zniknięcie w ciągu doby wszystkich objawów chorobowych odnieść do wpływu leczenia, gdyby podobne rzeczy nie zdarzały się i bez zażywania tego środka.

Przeciw pospiesznym wnioskom Strickera gorąco wystąpił Riess w artykule, ogłoszonym w tem samem piśmie w Nrze 7. Riess, krytykując wnioski Strickera, przytacza swoje 27 spostrzeżeń i zaznacza, że bez względu na ogromne dawki kwasu salicylowego często po okresie polepszenia następuje nawrót choroby, że czasami kwas salicylowy zupełnie nie działa, i że nakoniec w każdym szpitalu można widzieć chorych, którzy pomimo bardzo ciężkiego stanu, w jakim zostali przyjęci, bardzo szybko powracają do zdrowia przy leczeniu obojętnem.

Pomimo trzeźwej krytyki Riessa wzięły poglądy Strickera górę i znaczenie przetworów salicylowych w leczeniu ostrego gośćca stawowego utrwaliło się na długo.

Zrozumieć to można, rozważywszy owoczesne pojęcia o ostrym gośćcu stawowym. Pod wpływem poglądów Jürgensena i Liebermeistra mniemano, że największe niebezpieczeństwo przy wszelkich chorobach gorączkowych, a zatem i przy ostrym gośćcu stawowym stanowi wysoka ciepłota ciała. Gorączka, według tego poglądu, sprawia w ustroju wszelkie szkodliwe następstwa: osłabienie i nawet porażenie działalności serca, zwyrodnienie narządów wewnętrznych itp. Tym sposobem każdy środek, który obniżał gorączkę, stawał się wówczas środkiem leczniczym wybawczym, tem bardziej swoistym, im więcej ją obniżał. Wskutek tego we wszystkich chorobach gorączkowych zaczęto stosować metodę przeciwgorączkową i starać się przedewszystkiem o to, aby choroba przebiegała przy ciepłocie, o ile możności zbliżonej do ciepłoty prawidłowej. Ale jeżeli dziś nikt tak już nie będzie postępować w takich chorobach, jak dur brzuszny, zapalenie płuc, to kapryśny przebieg ostrego gośćca stawowego daje obszerne pole do stosowania metody przeciwgorączkowej.

Żeby uznać wpływ korzystny jakiegobądź środka na przebieg choroby, w danym przypadku salicylanu sodu na ostry gościec stawowy, potrzeba, aby środek ten wypełniał przynajmniej jeden z następujących warunków: 1) trwanie choroby powinno skracać się, 2) nawroty powinny być rzadsze, 3) ilość powikłań powinna się zmniejszyć.

Żeby uzyskać dane w tym kierunku, starałem się stwierdzić we wszystkich przypadkach ostrego gośćca, spostrzeganych w szpitalu św. Olgi: 1) w którym dniu od początku choroby dziecko zostało przyjęte, 2) czas spadku ciepłoty, 3) długość trwania gorączki, 4) czas zniknięcia bolesności stawów, 5) długość trwania bolów, 6) nawroty 7) zejście, 8) powikłania ze strony serca, 9) długość pobytu w szpitalu, 10) długość choroby. Zebrawszy te dane i obliczywszy średnie arytmetyczne, otrzymałem tablicę następującą:

	Ilość przypadków	Ilość dni do spadku ciepłoty	Długość gorączki	Ilość dni do zniknięcia bolów	Długość trwania bolów	Nawroty	Wyzdrowienie	Powikłania ze strony serca	Długość pobytu w szpitalu	Długość choroby
A) Przypadki przy leczeniu obojętnem	29	6,2	11,5	4,9	11,3	14%	51,7%	41,5%	8	13,5
B) Przypadki, leczone salicylanem sodu	77	6,4	13	8,3	13,6	15,5%	48%	39%	22,6	22,3

Tablica ta nie stwierdza pożyteczności stosowania salicylanu sodu. Prawie wszystkie liczby w przypadkach leczonych salicylanem sodu są większe od odpowiednich liczb w przypadkach leczonych obojętnie. Tylko odsetek powikłań ze strony serca jest trochę mniejszy, ale różnica ($2\frac{1}{2}\%$) na korzyść salicylanu sodu jest bardzo nieznaczna.

Oprócz tego zauważyłem, że dzieci, które przyjęto rychło po zachorowaniu, leżały w szpitalu daleko krócej, niż te, które przyjęto nie wcześniej, niż w tydzień od początku choroby. Zestawienie w tym kierunku dało następujące wyniki:

C) Przypadki leczone salicylanem sodu:	Ilość przypadków	Długość pobytu w szpitalu
Przyjętych najpóźniej 7. dnia od początku choroby	34	17 dni
Przyjętych później od 7 dni	21	28,8 dni
D) Przypadki leczone obojętnie:		
Przyjętych najpóźniej 7. dnia od początku choroby	17	9,4 dni
Przyjętych później od 7 dni	11	15,1 dni

Fakt, wyżej wspomniany, występuje tutaj dość jaskrawo. Gdyby różnica w długości pobytu w szpitalu tyczyła się tylko przypadków, leczonych salicylanem sodu, toby można ją było położyć na karb wpływu leczenia; ale ponieważ taka sama różnica istnieje i w przypadkach leczonych obojętnie, to musimy przyjąć, że istnieje jakaś wspólna przyczyna takiej równorzędności, przyczyna, od której zależy to krótszy, to dłuższy przebieg choroby pomimo stosowania lub niestosowania salicylanu sodu.

Prawdopodobnie w tych przypadkach, w których choroba zaczyna się gwałtownie, spieszą rodzice z oddaniem chorego dziecka do szpitala, i te właśnie przypadki, jak widać, mają przebieg szybszy. W przypadkach podostrych choroba nie niepokoi rodziców tak silnie, dzieci oddaje się później do szpitala, i choroba ma dłuższy przebieg [1].

Nakoniec zestawiając, w ilu przypadkach była ta lub inna długość trwania bolów i gorączki, otrzymałem wyniki następujące:

E) Przypadki leczone obojętnie:

Długość trwania gorączki	Ilość przypadków	Długość trwania bolów	Ilość przypadków
2 dni	1	4 dni	1
5 „	1 } 4 t. j. 30,8%	5 „	2 } 8 t. j. 36,0%
7 „	2	6 „	3
9 „	2	7 „	2
10 „	1	8 „	2
11 „	3 } 7 t. j. 54%	9 „	2
12 „	1	10 „	1
17 „	1	11 „	1 } 9 t. j. 41%
38 „	1	12 „	1
Razem	13	13 „	1
		14 „	1
		15 „	1
		17 „	1
		19 „	1
		25 „	1
		35 „	1
		Razem	22

Niestety nie we wszystkich przypadkach można było ściśle określić te dane; wskutek tego ilość ich jest mniejszą od ogólnej liczby spostrzeżeń. Z tablic tych jasno widać, że w $^1/_3$ przypadków długość trwania bolów i gorączki nie przekraczała jednego tygodnia. Przytem nie można zauważyć różnicy między przypadkami, leczonymi salicylanem sodu lub leczonymi bez niego. Na przeciąg czasu trwania bolów i gorączki od 1—2 tygodni przypada $^1/_3$ część przypadków, leczonych salicylanem sodu; w przypadkach, leczonych obojętnie, ilość ta zwiększa się nawet do $^1/_2$.

Ogółem mniej więcej w $^3/_4$ wszystkich przypadków, tak w pierwszej, jak i w drugiej grupie czas trwania bolów i gorączki nie był dłuższy od 2 tygodni. Obie więc te grupy

F) Przypadki leczone salicylanem sodu:

Długość trwania gorączki	Ilość przypadków	Długość trwania bolów	Ilość przypadków
4 dni	1	3 dni	1
5 „	2 } 14 t. j. 14%	4 „	4
6 „	5	5 „	3 } 17 t. j. 34,7%
7 „	6	6 „	5
8 „	3	7 „	4
9 „	4	8 „	3
10 „	2 } 15 t. j. 30,5%	9 „	5
11 „	4	10 „	1
13 „	1	11 „	1 } 19 t. j. 38,7%
14 „	1	12 „	2
15 „	1	13 „	4
17 „	1	14 „	3
18 „	1	19 „	1
20 „	2	24 „	1
21 „	1	25 „	1
25 „	1	27 „	1
27 „	1	30 „	2
28 „	1	31 „	1
30 „	1	33 „	1
31 „	1	36 „	1
45 „	1	37 „	1
Razem	41	41 „	1
		45 „	1
		60 „	1
		Razem	49

idą równolegle, a to dowodzi w pewnym stopniu, że salicylan sodu nie wywiera wpływu na przebieg choroby. Przytoczone powyżej dane mają jeszcze to znaczenie, że zakreślają mniej więcej granice czasu trwania choroby, ponieważ po większej części razem z gorączką i bolami ustępuje i obrzmienie stawów; tylko w przypadkach przewlekłych i podostrych obrzmienie trwa długo lub nie znika wcale.

Rzeczywiście, jeżeli zestawić czas trwania choroby z ilością przypadków, to otrzymane wyniki potwierdzą wnioski powyższe:

G) Przypadki leczone obojętnie:		H) Przypadki leczone salicylanem sodu:	
Czas trwania choroby	Ilość przypadków	Długość trwania choroby	Ilość przypadków
5 dni	1	4 dni	1
6 „	1 } 5 t. j. 21,7%	5 „	1 } 8 t. j. 19%
7 „	3	6 „	4
8 „	1	7 „	2
9 „	4	8 „	3
10 „	2	9 „	4
11 „	1 } 12 t. j. 52,1%	10 „	2
12 „	2	11 „	2 } 17 t. j. 40,5%
13 „	1	12 „	1
14 „	1	13 „	2
17 „	2	14 „	3
22 „	1	16 „	1
25 „	1	21 „	1
28 „	1	26 „	1
54 „	1	27 „	1
Razem	23	30 „	2
		31 „	1
		33 „	1
		36 „	1
		43 „	1
		45 „	3
		60 „	1
		61 „	1
		71 „	1
		88 „	1
		Razem	42

Zbierając wszystko wyżej powiedziane, dochodzimy do następujących wniosków: 1) Mniemanie o dobroczynnym wpływie salicylanu sodu na ostry gościec stawowy zdaje się być mało uzasadnione, ponieważ salicylan sodu

[1]) Mowa tu o klienteli szpitalnej, którą składają przeważnie uboższe koła ludności.

nie skraca czasu trwania choroby, nie zmniejsza ilości powikłań i nawrotów, przynajmniej u dzieci. 2) Salicylan sodu widocznie nie wpływa szkodliwie na chory ustrój 3) Przebieg ostrego gośćca stawowego zależy przedewszystkiem od jadowitości zarazka i odporności ustroju. 4) Leczenie farmaceutyczne ostrego gośćca stawowego powinno być odrzucone, jako nie wpływające na właściwą przyczynę choroby. 5) Przy teraźniejszym stanie medycyny najwłaściwszym sposobem leczenia ostrego gośćca stawowego będzie spokój, podtrzymywanie sił chorego i środki objawowe.

Uwzględnione piśmiennictwo. 1) Přibram: Der acute Gelenkrheumatismus (w zbiorowem dziele Nothnagla). — 2) Chandle: Rheumatism (Keating. Cyclopedia of the diseases of the children vol. 1). — 3) Marfan: Rhumatisme articulaire (Grancher Comby Martan Traité des maladies de l'enfance t 1). — 4) Oettinger: Rhumatisme articulaire aigu (Charcot-Bouchard-Brissaud: Traité de Médicine). — 5) Stricker: Ueber die Resultate der Behandlung der Polyarthritis rheumatica mit Salicylsäurepräparaten. Berliner kl. Wochenschr. 1876, Nr 1, 2 und Nachtrag Nr 8. (Istnieje tłómaczenie polskie: Gazeta lekarska 1876, Nr 8 i 11). — 6) Buss: O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego. (Gazeta lekarska 1876, Nr 21 i 22). (Tłom. z Deutsches Archiv für kl. Medizin Ziemssena). — 7) Riess: Nachtrag zur innerlichen Anwendung der Salicylsäure, insbesondere bei dem acuten Gelenkrheumatismus. Berliner kl. Wochenschr. 1870, Nr 7. — 8) Dieulafoy: Podręcznik chorób wewnętrznych t. IV.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Heim i John: **O allergii i próbach według Pirqueta-Detrea na podstawie 145 przypadków**. (*Wiener klin. Woch. 1908. Nr. 8*). Szczepienia, dokonane przez autorów, dotyczyły ogółem 140 dzieci i 5 dorosłych. Na 145 przypadków próba 91 razy (62·8%) wypadła dodatnio, a 54 razy (37·2%) ujemnie. Zestawienie odsetkowe przypadków według wieku odpowiada mniej więcej częstości gruźlicy, stwierdzanej gołem okiem w zwłokach na materyale sekcyjnym wiedeńskiej kliniki dziecięcej. U 12 oseskńw od 14. dnia do 4. miesiąca życia wynik był ujemny, co zgadza się z wynikami badań Schreibera i Berenda, a wskazuje na ważność tego zjawiska ze względu na zagadnienie dziedziczności. W próbach dodatnich przeważał na ogół *typus bovinus*. W gruźlicy kości i gruczołów przeważał *typus bovinus*, w gruźlicy płuc typ ludzki. Jakkolwiek autorowie ze swoich badań nie wysnuwają ostatecznych wniosków, to jednak uważają próbę Pirqueta-Detrea za zabieg prosty, nieszkodliwy i godny szerokiego zastosowania. *Dr Blassberg.*

Uhry: **Rok leczenia przypadków gruźlicy surowicą Marmorka.** (*Revue de med. 1908 Nr 2*). Przez przeciąg roku leczył Uhry surowicą Marmorka 48 chorych, dotkniętych gruźlicą w tem 11 przypadków gruźlicy chirurgicznej, a 37 przypadków gruźlicy płucnej. Z dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, 10 zostało wyleczonych, jeden doznał znacznej poprawy. Na 16 przypadków gruźlicy płuc 1-go stopnia u 14 nastąpiło wyleczenie, u 2 wybitna poprawa. Na 21 chorych z gruźlicą 2-go i 3-go stopnia trzech było zupełnie wyleczonych, 10 doznało wybitnej poprawy, 8 zmarło. U. uważa surowicę Marmorka za zupełnie nieszkodliwą, gdyż przypadem ubocznym bywał tylko lekki ból powlok w okolicy wstrzykiwań. Nieznaczną pokrzywkę spostrzegał dwukrotnie. Wpływ leczniczy surowicy Marmorka jest niewątpliwy, a tem wybitniejszy, im sprawa chorobowa jest świeższa. Poty nocne i duszność rychło w przebiegu leczenia ustępują. Odpluwanie po 5—7 wstrzyknięciach staje się łagodniejsze, potem stopniowo maleje. Kaszel zrazu (do 6 wstrzyknięcia) wzmaga się, potem słabnie. Prawie we wszystkich przypadkach widoczny jest od pierwszej chwili wpływ na ciepłotę i przyspieszenie tętna. Ropienia zaczynają zmniejszać się i rychło ustępować po 10 wstrzykiwaniach. Na podstawie swoich spostrzeżeń przyłącza się U. do zdania Hoffy, Sonnenburga, Pfeiffera, Van Huellena, Schenkera i innych, że w surowicy Marmorka mamy lek swoisty przeciwgruźliczy. *Dr Blassberg.*

T. Wretowski: **O inoskopii.** (*Gazeta lekarska. 1907. Nr 51 i 52*). Inoskopia jest sposobem poszukiwania drobnoustrojów w płynach ustroju, polegającym na tem, że skrzep, powstający w badanej cieczy, ma własność wchłaniania w siebie wszystkich nierozpuszczonych części, zawartych w tym płynie, a więc i drobnoustrojów; skrzep taki poddaje się następnie sztucznemu trawieniu, a otrzymany przez to płyn centryfuguje się i w osadzie poszukuje drobnoustrojów zapomocą zwykłych metod barwienia. Metoda ta spotykała się z różną krytyką, powszechnie jednak mało jej używano. Najwięcej używano jej dla wykrycia laseczników gruźliczych w cieczach ustroju; mimo wszelkich zarzutów, pozwalała inoskopia nieraz rozstrzygać o charakterze wysiękowego zapalenia opłucnej. Przypadki autora dotyczyły chorych na wysiękowe zapalenie opłucnej i na zapalenie otrzewnej, u których przypuszczano tło gruźlicze. Płyn brano w ilości 400—500 cm³, a jeżeli po 24-godzinnem staniu w miejscu chłodnem skrzep się nie tworzył, dodawano nieco jałowej krwi, która krzepnąc, spełniała właściwe zadanie. Na 15 przypadków wysiękowego zapalenia opłucnej, 6 razy był wynik dodatni, t. zn. znaleziono prątki gruźlicze, ale zawsze po dłuższem szukaniu; reszta przypadków dała wynik ujemny. Z 3 przypadków zapalenia otrzewnej tylko w jednym był wynik dodatni. Prątki, wykrywane tą drogą, wyglądają nieco odmienniej, aniżeli w plwocinie, są nieco grubsze, ciemniej się barwią, czasami zarysy ich są niewyraźne. Na podstawie swoich badań dochodzi W. do wniosku, że ostateczne rozstrzygnięcie drogą inoskopii, czy w danej cieczy ustrojowej znajdują się laseczniki gruźlicze, w przypadkach wątpliwych jest trudne. *Pisarski.*

Geigel: **Ziewanie.** (*Münch. med. Woch. 1908. Nr 5*). Autor uważa ziewanie za objaw, zwłaszcza w ciężkich chorobach zakaźnych, prognostycznie korzystny. Zapowiada ono bowiem sen, pokrzepiający uzdrowieńca. Ziewanie nie zapowiada snu nieprawidłowego, n. p. snu po środkach odurzających. Sen, właściwy chorobom mózgzwym, zapad senny (*sopor*), śpiączka, w przebiegu cukrzycy i mocznicy nie bywają poprzedzane ziewaniem. *Dr M. Godlewski.*

H. Vörner: **Nadmierne pocenie się połowicze wrodzone.** (*Deut. medic. Wochensch. 1907. Nr 50*). Autor opisuje przypadek prawdopodobnie od urodzenia istniejącego, stałego nadmiernego pocenia się w trzech miejscach ograniczonych na twarzy i szyi po stronie prawej w zakresie n. n. trójdzielnego, mniejszego potylicznego i wielkiego usznego. Po tejże stronie spostrzegano obfite łzawienie. Spostrzegł również u tego chorego podczas zapalenia płuc, które chory przebywał, w miejscach tych samych całkowity brak potu; w okresie ozdrowienia powoli wystąpiło mierne pocenie się i zwolna powrócił stan dawny. *Dr Skórczewski.*

Tandler i Gross: **Badania skopców.** (*Posiedz. Tow. lek. Wiedeń 14. II. 1908*). Skopcy są sektą religijną w Rosyi i Rumunii. Dzielą się na dwie grupy, z »małą« i »wielką pieczęcią«. Wierni z »małą pieczęcią« są trzebieni, a z »wielką« pozbawieni są jąder, jakoteż i prącia. Wytrzebienie odbywa się w różnym wieku. Skopcy przedstawiają dwa typy. Jedni są szczupli i bladzi, drudzy naodwrót bardzo otyli, zwłaszcza podściółka tłuszczowa jest rozwinięta na sutkach, pośladkach, biodrach i powiekach górnych. Wzrostu są zwykle wysokiego i to przez to, że nogi są w porównaniu z tułowiem za długie. Często spotyka się u skopców kolana koślawe. Nie mają zupełnie zarostu, a owłosienie pod pachą i na wzgórku łonowym jest bardzo skąpe. Niektóre narządy mają formy dziecięce, np. krtań, nasady kości długich i t. p. *K.*

Glauberman: **Spostrzeżenia kliniczne co do wpływu atoksylu na przebieg duru powrotnego.** (*Prakt. Wracz. 1907 Nr 35*). W czasie epidemii duru powrotnego na wiosnę tego roku w Moskwie, badał G. wpływ atoksylu na przebieg tej choroby. We wszystkich przypadkach stwierdzono we krwi obecność krętków Obermeiera. Leczeniu poddano 70 osób (mężczyzni); 20% rozczyn atoksylu wstrzykiwano pod skórę codziennie, zaczynając od 1-go dnia obniżenia ciepłoty po pierwszym napadzie. W pierwszych 30 przypadkach wstrzykiwano atoksyl w niewielkich dawkach (od 3,0 do 8,5 ctm. sz. 20% rozczynu w ciągu 6—11 dni), w drugich 40 przypadkach ogólna ilość wstrzykniętego atoksylu była znacznie większą (4,0—23,0 ctm. sz. 20% rozczynu w ciągu 7—14 dni). Chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze bez żadnych ubocznych objawów. Do porównania służyło 68 chorych, nie leczonych atoksylem. W pierwszych 30 przypadkach odstęp między 1. i 2. napadem i u leczonych atoksylem i u nieleczonych trwał średnio 8 dni, lecz za to drugi napad trwał u leczonych znacznie króciej, bo o 22 godziny. Co się tyczy ciepłoty, to atoksyl nie wywiera na nią żadnego wpływu. Inne wyniki otrzymał G. przy stosowaniu dużych dawek atoksylu

(40 przyp.) Tu również odstęp między 1. a 2. napadem i w leczonych i w nieleczonych przypadkach był taki sam, lecz trwanie drugiego napadu (jeżeli drugi napad wogóle wystąpił) wynosiło w leczonych przypadkach 48, a w nieleczonych 88 godzin, a ten drugi napad u leczonych zjawił się tylko w 32% przypadków, natomiast u nieleczonych w 87%. Na podstawie swoich spostrzeżeń poleca G. atoksyl w dużych dawkach przy durze powrotnym, chociażby dla tego, że drugi napad zjawia się daleko rzadziej i trwa króciej, średnio o 40 godzin. *Z. Orłowski* (*Ptbg*).

H. Kovacs. **Doświadczenia z pastylkami jodowofersanowemi w stwardnieniu tętnic.** (*Ung. medic. Revue. Nr 1, 1907*). W stwardnieniu tętnic spotykamy się często z niedokrwistością, nerwowością i osłabieniem ogólnem. Fersan, łatwo rozpuszczalny związek żelaza i białka, oddaje w tych przypadkach, zdaniem K. dobre usługi. Wspomniane objawy ulegają w przypadkach niezbyt daleko posuniętych wyraźnej poprawie. *Ms. W.*

Gardemin. **O spirosalu, nowym zewnętrznym leku przeciwgośćcowym i uwagi o nowaspirynie.** (*Deutsche med. Wochschft. Nr 49, 1907*). Spirosal (monoglykolowy ester kwaśny kw. salicylowego) stosował G. w gośćcu stawowym tak ostrym, jak i przewlekłym. Przy gośćcu przewlekłym stawów, i przy gośćcu mięśniowym poleca G. rozcieńczać spirosal wyskokiem. Miejsca zajęte pędzlował, a następnie je zawijał; po 24 godzinach zmywał je ciepłą wodą i znów pędzlował. Po 2—3 godzinach można było kwas salicylowy wykryć w moczu. Działania drażniącego nie stwierdzono, natomiast lecznicze było szybkie, nieraz po 2—3 pędzlowaniach występowało znaczne polepszenie. G. poleca zatem spirosal, jako lepszy od mesotanu. O ile gościec był ciężki, podawał G. równocześnie wewnętrznie nowaspirynę, którą zły żołądek znosi lepiej od aspiryny. (Wyrób Bayera). *Dr Kluger.*

Neurologia.

Ziemssen. **Leczenie rwy kulszowej.** (*Wien. med. Wochs.* Nr 2, 1908). Rwę kulszową na tle nowotworowem i urazowem należy leczyć chirurgicznie; przy leczeniu innych postaci rwy kulszowej należy w leczeniu zawsze uwzględnić ogólne schorzenie ustroju, mające być podstawą omawianego cierpienia (przetwory salicylowe przy przypuszczeniu tła gośćcowego, dyeta przy skazie moczanowej, leczenie przeciwkiłowe wobec wiądu rdzenia). Miejscowo miesienie w kąpieli ciepłej i ciepły natrysk. Ruchy kończyny dla przyspieszenia wessania wytworów zapalnych. Tej samej zasady trzymać się należy i w leczeniu innych nerwobolów. *Dr Kramarzyński.*

W. A. Muratow. **Zmiany nadnerczy w obłąkaniu okresowem.** (*Sowr. Psych.* ks. 1, 1907). M. podaje szczegółowy opis jednego przypadku obłąkania okresowego u 64-letniej kobiety, która zastąpiła w stanie podniecenia i zmarła po dwóch miesiącach na włóknikowe zapalenie płuc. Klinicznie stan umysłowy chorej przedstawiał obraz okresu szałowego w obłąkaniu okresowem; anatomicznie wykryto zmiany w nadnerczach. Zmiany te były niewątpliwie ostre; wskazywał na to brak starszych rozpadłych wylewów krwi, złogów barwikowych i kryształków hematoidyny, zarówno jak i zmiany swoiste w komórkach: zwyrodnienie miąższowe i tłuszczowe, nabrzmienie jąder komórkowych, oraz brak zmian zanikowych. Na podstawie tego przypadku, oraz drugiego, opisanego przez siebie w r. 1904, stara się M. ustalić stosunek pomiędzy klinicznym obrazem choroby umysłowej, a stopniem zmian w nadnerczach; mianowicie przypuszcza, iż ostry jednorazowy wybuch szału wywołuje ostre schorzenie nadnercza, powtórnie zaś występującemu obłąkaniu okresowemu o przewlekłym przebiegu, odpowiada przewlekła sprawa zwyrodniająco-zapalna w nadnerczach. Przy tej sposobności wyprowadza M. przypuszczenie, że toksyczno-gruczołowego pochodzenia jest także przedwczesne otępienie umysłowe (*dementia praecox*), łącząc je w związek ze zmianami w gruczole tarczowym. W obu tych chorobach umysłowych uważa M. za możliwe równoczesne zajęcie chorobowe kilku gruczołów. *Dr Czarniecki* (Moskwa).

K. A. Bielajew. **Z kazuistyki chorobliwego pociągu do wędrowania.** (*Sowr. Psych.* ks. 1 i 2, 1907). W szpitalu we Włodzimierzu spostrzegał B. dwa przypadki »wędrowania chorobliwego« u ludzi młodych (17—20) lat); sprawa trwała w pierwszym przypadku 25 dni, w drugim zaś trochę krócej. Stara się dowieść, iż u pierwszego chorego »wędrowanie« było objawem padaczki, u drugiego objawem otępienia (*dementia praecox*). *Dr Czarniecki* (Moskwa).

A. N. Bernstein. **Cierpienia umysłowe w zimie r. 1905—1906 w Moskwie.** (*Sow. Psych.* ks. 2, 1907). B. uważa za wymagające wyświetlenia trzy pytania kliniczne: 1) jak odbiły się przebyte wypadki (od września 1905 do stycznia 1906 roku) na stopniu chorobowości ludności Moskwy; 2) czy wypadki miały wpływ na ogólną ilość obłąkanych, którzy zachorowali bez żadnego związku przyczynowego z rewolucyą; 3) czy wreszcie okres rewolucyi wytworzył właściwe sobie osobne odmiany chorób umysłowych. B. rozporządzał 177 przypadkami (95 mężczyzn, 40 kobiet) z centralnej stacyi przyjęć i lecznicy dr. Teriana; z tego przytacza B. w swej pracy 5 historyi chorób. Porównawcze liczby, wskazujące, ilu chorych przyjęto do tych zakładów w omawianym okresie czasu i w ciągu lat poprzednich, nie wskazują znaczniejszej różnicy. Rewolucya w Moskwie nie wytworzyła osobnych postaci obłąkania. Wydarzenia rewolucyjne przeważnie wplecione zostały w te obrazy psychopatyczne, które same przez się miały charakter przygnębienia i podejrzliwości. Zaliczanie pewnych chorób do działu »rewolucyjnych« nie odpowiada rzeczywistości i jest pewnego rodzaju przesadą. Uraz »polityczny« należy uważać tylko za czynnik wyprowadzający na jaw, a nie wywołujący choroby umysłowej. *Dr Czarniecki* (Moskwa).

W. W. Sieleckij. **Przypadek obłędu omamowego.** (*Sowr. Psych.* ks. 5, 1907). S. opisuje dwa przypadki omamów słuchowych i podkreśla upośledzone odżywianie ustroju (w pierwszym przypadku: obrzęki przy wadzie serca i mierne opilstwo; w drugim: miażdżyca naczyń i postne jedzenie, chociaż początek cierpienia po urazie) i stara się dowieść, iż czynniki wycieńczające są prawdopodobnie bezpośrednim bodźcem do powstawania obłędu omamowego. *Dr Czarniecki* (Moskwa).

S. A. Suchanow. **O obecnym podziale chorób umysłowych.** (*Sowr. Psych.* ks. 6, 1907). S. nie ma zamiaru podawać całkowitej klasyfikacyi chorób umysłowych; stara się tylko wskazać podstawy dla niej, oparte na znajomości ogólnego kierunku wiedzy psychiatrycznej w dobie obecnej. S. nie uznaje następczego zniedołężnienia umysłowego (w dawniejszem znaczeniu), szału, a nawet zadumy; uznaje wydzielone przez szkołę Kraepelina obłąkanie z szałem i przygnębieniem (*psychosis maniacal.-depressiva*) oraz przedwczesne otępienie umysłu (*dementia praecox*), od siebie zaś dodaje jeszcze jedną grupę kliniczną, ustrojowych (konstytucyonalnych) chorób umysłowych. Do takich zalicza: 1) charakter trwożliwo-imaginacyjny (*psychosis ideo-obsessiva*) i odpowiadające mu stany natrętne; 2) charakter histeryczny i obłąkanie histeryczne; 3) charakter padaczkowy i obłąkanie padaczkowe; 4) rozprawianie chorobowe i obłąkanie rozprawcze (rezonujące). S. zastrzega się, iż z ustrojowych psychopatyi i psychoz niema przejścia do »następczych zniedołężnień umysłowych«, jak również niema tego przejścia i w różnych postaciach obłąkania z szałem i przygnębieniem. Oprócz tych postaci rozstroju umysłowego odróżnia S. jeszcze: 1) cierpienia, związane z wiekiem: a) pewne postacie zadumy, b) przedstarcze urojenia prześladowcze, c) obłędy w miażdżycy naczyń, d) starcze otępienie władz umysłowych w ścisłem znaczeniu tego słowa (*dementia senilis*); 2) psychopatye i psychozy intoksykacyjne w związku z różnemi zatruciami (wyskok, morfina, kokaina i t. d.); 3) choroby umysłowe, stojące w związku z tak zwanemi chorobami fizycznemi (wycieńczenie, choroby gorączkowe i t. d.). *Dr Czarniecki* (Moskwa).

O. B. Felcman. **Przypadek choroby umysłowej u bliźniąt.** (*Sowr. Psych.* ks. 6, 1907). W pracy Judina (Żurnał Korsakowa ks. 1, 1907) zebrano z piśmiennictwa 45 przypadków choroby umysłowej u bliźniąt. F. opisuje 46. przypadek. Mianowicie obaj bliźniacy zachorowali na umyśle w 14. roku życia; choroba przebiegała u nich w analogicznie-naprzemiennej postaci; przytem u młodszego po czterech miesiącach nastąpiło wybitne otępienie umysłowe, u starszego zaś przebieg choroby był dłuższy. Wpływ naśladownictwa (indukcyi) można było wyłączyć. Na podstawie swego przypadku oraz piśmiennictwa, wypowiada F. przypuszczenie, iż bliźniacza odmiana obłędów rodzinnych, t. zwana »folie gémellaire«, najczęściej występuje jako otępienie przedwczesne (*dementia praecox*). *Dr Czarniecki* (Moskwa).

W. I. Siemidałow. **Zaburzenia umysłowe w mocznicy.** (*Sowr. Psych.* ks. 3, 1907). Trzy przypadki, spostrzegane przez autora, dotyczyły chorych ze stwierdzonem cierpieniem nerkowem, w pierwszych dwóch bredzenie mocznicowe występowało jednocześnie z białkomoczem i zmniejszoną ilością moczu; w trzecim, bez białkomoczu i skąpego moczenia. S. nie stwierdził związku ani równoległości pomiędzy powiększeniem lub zmniejszeniem się ilości moczu, a objawami umysłowymi,

na co wskazują niektórzy inni pisarze. Zboczenia umysłowe uważa S. w swych przypadkach za bezmyśl (pomieszanie amentyczne), a zboczenia odeń uważa za wywołane przez odmienny grunt, jakim był ustrój tych chorych przed zachorowaniem. Podane przypadki potwierdzają słuszność zdania Bischoffa i Auerbacha, iż bredzenie mocznicowe występuje w postaci pomieszania z omamami, czy jednak bredzenie może być jedynym objawem choroby Brighta, jest to zagadnienie przyszłości.

Dr Czarniecki, (Moskwa).

A. N. Bernstein. **Metodyka doświadczalno-psychologiczna w rozpoznawaniu chorób umysłowych.** (*Sowr. Psych.* ks. 7, 1907). B. opisuje przedmiotowe metody badania obłąkanych, które w ostatnich czasach zostały przezeń wprowadzone w Centralnej Izbie przyjęć w Moskwie. Wszystkie te metody są bardzo proste, większość z nich stosować można nawet u nieumiejących czytać. Zadaniem ich jest zbadanie sfery rozumowej. Dla zbadania zdolności czynienia i zachowywania postrzeżeń (w znaczeniu pierwotnego utożsamienia) pokazuje się chorym szereg przedmiotów (świeca, łyżka, zapałka i t. p.), oraz ich wizerunków. Wtórne utożsamienie bada się zapomocą bardziej złożonych obrazów, przedstawiających rozmaite czyny i położenia. Pomocą do badania są książki z obrazkami, n. p. Orell Füssli: »Bildersaal für den Sprachunterricht« (Zürich). Do badania zdolności zdawania sobie sprawy używa B. dwóch sposobów: zdawanie sobie sprawy z jednocześnie napływających wrażeń drogą sumowania w przestrzeni bada się zapomocą obrazów, w których na podstawie przedstawionych szczegółów trzeba określić ogólną treść lub znaczenie wizerunku; takie są n. p. obrazy, na których przedstawione są pory roku lub charakterystyczne sceny i t. p. Zdawanie sobie sprawy z następujących jedno po drugiem wrażeń w drodze ustalenia związku następczego w czasie, bada się zapomocą szeregu obrazków, przedstawiających kolejne okresy jakiegokolwiek zdarzenia. Do badania zdolności kombinacyjnej używa się ustnego rachunku w granicach dodawania i mnożenia, lub układania rysunków, pociętych na cześci, w określony sposób. Jakościowe zaburzenia tej zdolności stwierdził B. najwybitniej w zniedołężnieniu poraźnem, a także w mniejszym stopniu w stwardnieniu tętnic mózgowych i w otępieniu starczem, zahamowanie zaś zdolności kombinacyjnej w padaczce i w stanie przygnębienia naprzemiennego. Zdolność zrozumienia, t. j. zestawienia i ocenienia wzajemnego stosunku poszczególnych wrażeń i obrazów, bada się zwykle zapomocą ustnego odejmowania i dzielenia oraz ustnego rozwiązywania zadań warunkowych na te działania. Cenniejszą jest tu według B. metoda Ebbinghausa: polega ona na tem, iż choremu daje się do przeczytania zdania z niedokończonymi lub opuszczonymi wyrazami z prośbą o dopełnienie lub wstawienie braków. Do tego celu korzystać też można z obrazków, przedstawiających tak zwane widoczne niedorzeczności, na przykład podkucie krowy i t. d. Do badania zdolności stopniowego skupiania uwagi, używa B. popierwsze metody Kraepelina, polegającej na tem, że choremu zaleca się po kolei odejmować jakąkolwiek liczbę od stu; powtóre własnej swej metody: choremu każe się rachować bez pomocy rąk na tablicy z podziałkami ilość zgromadzonych kulek różnokolorowych: ilość kulek w każdej następnej podziałce wzrasta: w pierwszej — pięć, w drugiej — dziesięć, w trzeciej — szesnaście, w czwartej — dwadzieścia trzy, w piątej — trzydzieści pięć i t. d. Ta metoda może być zastosowana i do badania zdrowych osób. Dla zbadania zdolności zachowywania wrażeń (Merkfähigkeit), przedstawia się w ramce dziewięć figur geometrycznych do zapamiętania w ciągu trzydziestu sekund, a następnie poleca się wskazać te figury na innej tablicy, na której oprócz tych samych figur, narysowano jeszcze szesnaście innych podobnych. Ta metoda służyć może i do badania zdolności odtwarzania. B. próbował także różnych sposobów badania spraw kojarzeniowych, lecz, jak dotąd, nie może podać zadowalniającej metody.

Dr Czarniecki (Moskwa).

Chirurgia.

Prof. Czerny. **O leczeniu raków iskrami elektrycznemi.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 6). D'Arsonval wprowadził do lecznictwa prądy o silnem napięciu i wielkiej częstości, które zaczęto stosować w chorobach nerwowych, przy stwardnieniu tętnic, a dalej w leczeniu guzów krwawniczych, brodawczaków, naczyniaków i raków płaskich, a także tocznia. W r. 1906 na Zjeździe elektrologicznym w Medyolanie podał Keating-Hart swój sposób leczenia raka zapomocą t. zw. syderacyi, polegający na tem, że na raka puszcza się przez 5—40 minut z odległości 2—4 ctm. silną wiązkę iskier z elektrody metalowej. Zabieg ten wykonywa się w uśpieniu. Potem naświetlone części usuwa się nożem lub łyżeczką, a powierzchnię ranną wystawia się znowu przez 10—15 minut na działanie iskier. Obecnie zamiast nazwy syderacya używa się nazwy, podanej przez Pozziego: fulguracya. Iskry otrzymuje się z przyrządu Röntgena. Iskry działają w pierwszym rzędzie termicznie, dalej jako światło, i wreszcie chemicznie. Na zdrowej skórze ujawnia się głównie działanie ciepła. Już po 5 sekundach powstaje pęcherz, po minucie strup oparzelinowy. Krwotok pod wpływem fulguracyi ustaje. Działanie cieplne fulguracyi usuwa Keating Hart zapomocą strumienia bezwodnika kwasu węglowego. Im iskry są dłuższe, tem działanie ich sięga głębiej w tkankę. Fulguracya niszczy tkankę rakową, oszczędzając tkankę łączną, a nawet pobudzając ją do odczynowego bujania i bliznowacenia. Przy głęboko położonych guzach poleca Keating-Hart najpierw odsłaniać je nożem, potem fulgurować 10—15 minut, następnie wyciąć i znowu fulgurować. Czerny, zajmując się obecnie tem leczeniem, używa prócz elektrod, podanych przez K. H., także swoich, kończących się trzema igłami, które wbija w guz. Elektrod tych używa dwubiegunowo. C. przytacza wyniki lecznicze Keating-Harta, który już od 3 lat leczy raki w ten sposób: Wyleczenie zupełne osiągnął w 6 rakach skórnych; z bardzo ciężkich raków sutka wyleczył 3 na 6 leczonych; uzyskał dobre wyniki także w przypadkach raka szczęki górnej, nawracającego po operacyach, w 2 przypadkach raka macicy, w przypadku nawrotu raka języka i krtani. Desplats donosi także o bardzo dobrych wynikach leczenia raków skórnych tym sposobem. Sam Czerny używał tej metody dotąd 50 razy u 35 chorych. 3 niewielkie raki skórne udało mu się wyleczyć z pomocą jednej tylko fulguracyi z wyskrobaniem, trwającej 10—13 minut. W innych przypadkach stosował C. fulguracyę tam, gdzie na operacyę było zapóźno, lub też gdzie wystąpił nawrót po operacyi. O wyleczeniu z powodu krótkiej obserwacyi nie można mówić jeszcze stanowczo. Czerny przypuszcza jednak, że ono w 6 przypadkach nastąpi (raki twarzy, oczodołu, macicy i kiszki stolcowej). Wogóle po fulguracyi stwierdzał C. oczyszczanie się wrzodów rakowych, ustanie bolów i krwotoków. Jest to już bardzo wiele, że w przypadkach rozpaczliwych, gdzie dawniej już nic zrobić się nie dało, można zapomocą fulguracyi choć chwilowo ulżyć choremu. Zdaje się także, że fulguracya działa korzystnie w toczniu skóry podobnie, jak na naczyniaki, brodawki, guzy krwawnicze i t. p. Czerny ma nadzieję, że fulguracya da korzystne wyniki także przy leczeniu pewnych postaci wola i przerostu stercza. Promienicy fulguracya nie leczy. Wogóle fulguracya nadaje się obecnie do leczenia powierzchownych, zwłaszcza owrzodziałych raków skóry i błon śluzowych; osiągnąć tu można wyleczenie z mniejszą utratą tkanki, niż przy zabiegu doszczętnym. Trzeba także brać w rachubę, że w początkach choroby wielu chorych zgodzi się o wiele prędzej na fulguracyę, niż na zabieg doszczętny. Czy wyleczenie to będzie trwałe, okaże się dopiero po kilku latach obserwacyi. Fulguracya działa szybciej i pewniej, niż rad lub promienie Röntgena. Przy fulguracyi należy uważać, by blizko powierzchni ciała nie znajdowały się przedmioty metalowe, gdyż przez to łatwo powstać mogą silne poparzenia. W ostatnich czasach doniósł Keating Hart, że ma obecnie jeszcze lepsze wyniki, bo przy rakach skóry wyleczeń 95 prc., sutka 40—50 prc., błon śluzowych 20 do 25 prc.; miał też spostrzegać niekiedy znikanie przerzutów w gruczołach po zupełnem wyleczeniu fulguracyą ogniska pierwotnego.

Klęsk.

Hartleib. **Działanie znieczulenia tropakokainą na nerki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). Schwarz zwrócił uwagę na częste powikłania nerkowe po znieczulaniu lędźwiowem stowainą-adrenaliną. Z 60 chorych u 47 znaleziono w moczu składniki, cechujące zapalenie nerek. Cała sprawa trwała zwykle około 7 dni. Badania autora przy znieczulaniu tropakokainą stwierdziły, że tropakokaina nie działa źle na nerki, przynajmniej nie w tym stopniu, jak stowaina, bo na 20 przypadków, w których mocz przedtem był zupełnie prawidłowy i gdzie nie używano innego znieczulenia, prócz lędźwiowego, zaledwo w 1, t. j. w 5 prc. stwierdzono (dopiero 18. dnia) objawy zajęcia nerek, trwające wszystkiego 3 dni.

Klęsk.

Hosemann. **O badaniach moczu po znieczulaniu rdzeniowem stowainą (Billon).** (*Zentralbl. f. Chir.* 1908, Nr 3). W przeciwieństwie do Schwarza nie mógł H. przy badaniach moczu stwierdzić szkodliwego wpływu wstrzykiwań stowainy przy znieczuleniu lędźwiowem na nerki. Nawet u chorych na zapalenie nerek nie stwierdzał pogorszenia.

K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 19. II. 1908.

Przewodniczy prezes kol. prym. Borzęcki Obecnych 30 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Czerny został jednogłośnie przyjęty na członka.

3) Kol. prof. Kader przedstawia *a*) przypadek **wyjęcia nerki z powodu gruźlicy.** Rozpoznanie ustalono przy pomocy cystoskopu; wyjęto całą nerkę i moczowód; ranę zaszyto na głucho. W tym przypadku postępował K. atypowo, gdyż zostawił kikut moczowodu. W temże miejscu wytworzył się wysięk; przyszło do gorączki. K. radzi wycinać cały moczowód, a miejsce wycięcia wgłobić w pęcherz; *b*) przypadek wycięcia **włókniakośluzaka,** usadowionego w powłokach brzusznych; *c*) chorą operowaną z powodu **skrętu pętli esowatej** w 8 dni po jego powstaniu.

4) Prof. Marchlewski miał odczyt p. t. **Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.** (Rzecz przeznaczona do druku). Kol. prezes wyraża kol. Marchlewskiemu za odczyt podziękowanie. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 17. I. 1908 r.

W nieobecności prezesa przewodniczy zebraniu Dr Franciszek Zakrzewski.

1) Sekretarz Dr Łazarewicz odczytuje sprawozdanie roczne z czynności Wydziału w r. 1907 (ob »Przegląd lekarski« z r. b. Nr 8, str. 106, szpalta I).

2) Dr Mieczkowski przedstawia *a*) przypadek **przewlekłego zapalenia okołokątniczego** u wynędzniałego chorego. W okolicy biodrowej i pod więzadłem Pouparta wyczuć można wielki guz. M. będzie operować najprzód w ten sposób, że tylko otworzy ropień. *b*) Dalej przedstawia M. przypadek **połknięcia dwóch zębów sztucznych** ze sporą płytką. Przy pomocy ryżu i oliwy (przed olejem rącznikowym M. ostrzega), zęby gładko odeszły.

W dyskusyi podnosi Dr Zakrzewski, że bardzo szczęśliwem należy nazwać przejście tak dużego przedmiotu przez odźwiernik. — Dr Pomorski zwraca uwagę na ważność pokarmu w takich przypadkach, które także spostrzegał. Co do ślepej kiszki, to u dzieci nieraz ropnie mogą leżeć poza otrzewną. Przy ropniach okołokątniczych zdarzają się też porażenia pęcherza. — Dr Mieczkowski nie podziela zapatrywania poprzedniego mowcy co do położenia ropni, przeciwnie sądzi, że większa część ich leży śródotrzewnie; wspomina też o przypadku Hildebrandta, gdzie przy gastrostomii wskutek połknięcia szczęki nie można było wydobyć szczęki przez otwór i tylko przemocą można ją było wyrwać. Operacye przez opłucnę zawsze były śmiertelne. — Dr Dziembowski sądzi, że przy wspomnianych przez Dra Pomorskiego powikłaniach pęcherzowych nie chodziło o porażenia, tylko o zrosty. Zwykle przy zapaleniach kątnicy jest parcie (*tenesmus*). — Dr Mieczkowski wspomina o przypadku, przedstawionym na Zjeździe chirurgów niem. w r. 1901, gdzie przez cewkę odchodziły gazy i kał. Okazało się, że do pęcherza dostał się kamień kałowy z wyrostka robaczkowego do ściany pęcherza przyrośniętego. — Dr Łazarewicz zaznacza, że jeśli przez zatokę Douglasa wyczuwa się ropień, to zawsze jest on śródotrzewny. Wyrostek robaczkowy jest zbudowany podobnie, jak migdałki, często też w nim bywają przerzuty sprawy chorobowej gardła. — Dr Zakrzewski stwierdza, że porażenia pęcherza u dzieci, dotkniętych zapaleniem ślepej kiszki, są dość częste. — Dr Karwowski radzi ściśle rozróżniać właściwe porażenia pęcherza od mechanicznego unieruchomienia przez zlepy, zrosty i t. d. — Dr Dandelski przyznaje, że dość często można przy sekcyach szpitalnych zauważyć ropnie, wychodzące od wyrostka, a leżące poza otrzewną. — Wreszcie Dr Święcicki zwraca uwagę na to, że anatomiczne stosunki otrzewnej u dziecka są inne, niż u dorosłego. Czasami wyrostek u dorosłych jest tak wielki, że nie można jego zapalenia rozróżnić od zapalenia przymacicznego. Co do znaczenia fizyologicznego wyrostka, to dotąd przeważa zdanie, że jest to nieużyteczny narząd szczątkowy.

3) Następują wybory Zarządu na r. 1908. Wybrany został Radca Dr Chłapowski prezesem, dotychczasowy sekretarz Dr Łazarewicz wiceprezesem, Dr Dembiński sekretarzem, Dr Tadeusz Schultz jego zastępcą, Dr Szulczewski zastępcą administratora »Nowin Lekarskich«.

Postanowiono dla podniesienia materyalnego »Nowin Lekarskich« polecać podróżującym różnych fabryk umieszczanie anonsów w piśmie naszem. *Dr Karwowski.*

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 20. II. 1908.

1. Posiedzenie otwiera przewodniczący, Józef Eismond przemówieniem p. t. **Zagadnienia mikrostruktury protoplazmy.** Przytaczając historyę badań nad mikrostrukturą protoplazmy, zatrzymuje się mowca dłużej nad teoryą pianki Butschliego oraz nad teoryą ziarnistości Altmanna. Zdaniem mowcy próby ujęcia właściwej mikrostruktury protoplazmy były złudzeniem: właściwa jej budowa leży poza środkami techniki dzisiejszej.

2. Jan Sosnowski: **Przyczynek do teoryi prądów elektrotonicznych.** Autor opisuje kilka nowych modeli, dających prądy elektrotoniczne, składających się z kombinacyi rozczynów nitrobenzolowych i wodnych oraz z grafitu i rtęci. Wzór Webera daje się zastosować i do tych modeli, w których nie może występować polaryzacya elektrolityczna.

Treść przedstawionych na tem posiedzeniu prac Z. Weyberga, Wł. Gosiewskiego i J. J. Boguskiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«.

II. Posiedzenie d. 5. III. 1908.

1. Władysław Janowski przedstawił szereg płytek surowicy, służących do wykazania **różnicy we własnościach proteolitycznych ropy** pochodzenia chemicznego, stosownie do ciała chemicznego, które będąc w stanie zupełnie jałowym, ropienie wywołało. Na ogół własności proteolityczne białych ciałek z ropy pochodzenia chemicznego zdają się być mniejsze niż z ropy pochodzenia bakteryjnego.

2. Władysław Janowski okazał 8 **krzywych, zdjętych z lewego przedsionka serca w przypadku choroby Stokes-Adamsa.** Z krzywych tych widać, że przedsionek kurczył się 2 do 3 razy częściej od komórki. Skombinowana krzywa potrójna ruchów lewego przedsionka, żyły szyjnej, oraz tętna tętnicy promieniowej dowodzi, że oba przedsionki kurczyły się współcześnie pomimo tego, że skurcze przedsionka nie były skojarzone ze skurczami komórki.

3. Jan Tur: **Spostrzeżenia nad blastodermami rzekomemi.** Autor podaje opis budowy histologicznej dość rzadko napotykanych na powierzchni jaj meroblastycznych utworów, przypominających pozornie blastodermy. Są to wprost skrzepliny (koagulaty) zmienionego anormalnie żółtka. Rysunek Darestea, przytoczony na str. 36. fig. 35. 2 tomu teratologii Schwalbego, odnosi się właśnie do takiej »blastodermy rzekomej«; przypadek ten powinien być tedy wyłączony z kategoryi zarodków podwójnych. Błona żółtkowa, pokrywająca »blastodermy rzekome« posiada budowę normalną.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«). *Jan Tur.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1 do 8 marca doniesiono o 74 nowych przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 6), Brzeżany (Chorośnica 1), Cieszanów (Sucha wola 8), Gródek (Uherce niezabitowskie 7), Jarosław (Tuchla 2), Kamionka (Witków nowy 1, Budki nieznan. 1), Lisko (Łuh 13, Zawój 4, Jaworzec 5), Mościska (Arłamowska wola 2), Podhajce (Nowosiółka 5), Rawa (Werhrata 3), Rohatyn (Bursztyn 7), Stanisławów (Tustań 1, Komarów 4), Tłumacz (Jezierzany 1, Puźniki 1), Zborów (Prusowce 1), Żółkiew (Dobrosin 1), o 3 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie: w m. Krakowie 1 (zawleczony z Królestwa), pow. Chrzanów (Miękinia 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1),

krztuśca 4 † 1 (—), płonicy 2, duru brzusznego 5 (2), gorączki połogowej 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1. do 7. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 (w tem obcych —), krztuśca 7, płonicy 15 † 1, odry 1, duru osutkowego 1, duru brzusznego 10 † 1. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Pamięć Aleksandra Kremera, założyciela i pierwszego prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, postanowił Zarząd Towarzystwa utrwalić przez umieszczenie portretu w Domu Towarzystwa. Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 18. III. b. r. po przemówieniu prezesa, przypomni prof. Jakubowski, jako naoczny świadek i uczestnik, historyę założenia Towarzystwa i odsłoni portret Założyciela.

Godzi się tu pokrótce przynajmniej przytoczyć najważniejsze daty z życia Aleksandra Kremera. — Urodzony w Krakowie 10 listopada 1813, kształcił się w rodzinnem mieście, gdzie też w r. 1837 uzyskał dyplom doktora medycyny. Po dwuletniej podróży naukowej zagranicę, potwierdziwszy dyplom swój w Moskwie, osiadł w r. 1841 w Kamieńcu podolskim, gdzie zawiązał przy współudziale A. Baranieckiego, K. Przyborowskiego i J. Rollego w r. 1859 ruchliwe Towarzystwo lekarzy podolskich; Towarzystwu temu przewodniczył aż do jego rozwiązania w r. 1865. Jako gorący patryota musiał wraz z tylu innymi opuścić zabór rosyjski; osiadł w Krakowie i tu zaraz prawie po przybyciu, w r. 1866, założył Towarzystwo lekarskie krakowskie, któremu przewodniczył przez pierwsze dwa lata istnienia, a którego do końca życia był najgorliwszym członkiem. Niemało mu też zawdzięcza »Przegląd lekarski«; pracując wytrwale w Komisyi redakcyjnej młodego wówczas jeszcze pisma naszego i wzbogacając treść pisma mnóstwem prac oryginalnych i sprawozdań, był Kremer jednym z tych, którzy położyli podwaliny rozwoju »Przeglądu«. On też, wspólnie z prof. Skoblem, ponowił rozpoczęte jeszcze przez Majera prace nad słownictwem lekarskiem polskiem, wydając jeszcze w r. 1868 słownik lekarski łacińsko-polski, w r. 1871 uzupełnienie tego słownika, a wreszcie współdziałając w opracowaniu zupełnego pierwszego naszego słownika, którego wydania w r. 1880 już nie doczekał († 17 lutego 1880). W r. 1868 obrany prezesem Komisyi fizyograficznej ówczesnego Towarzystwa naukowego krakowskiego, po przeobrażeniu Towarzystwa w Akademię Umiejętności został jej członkiem nadzwyczajnym i uczestniczył niezmużenie w jej pracach jako sekretarz Komisyi fizyograficznej, a członek Komisyi archeologicznej, antropologicznej, bibliograficznej i językowej. Oprócz tego działał na wielu polach pracy społecznej, zwłaszcza w zakresie dobroczynności publicznej i pozostawił pokaźny dorobek piśmienniczy w różnych kierunkach. Pozostawił więc po sobie cenną puściznę nietylko rodzinnemu miastu; swoją działalnością na polu narodowem, społecznem, swoją pracą w kilku gałęziach nauk, swoją inicyatywą organizatorską w dwóch dzielnicach, zasłużył się rzetelnie całemu społeczeństwu.

— W dniu 7. III 1908 odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zach.-galic. pod przewodnictwem R. dw. Prof. Wicherkiewicza. Przed rozpoczęciem posiedzenia poświęcił prezydent Izby gorące wspomnienie pośmiertne zmarłym członkom Izby ś. p. Jordanowi, Langemu, Słapie. Następnie zdał prezydent krótko sprawę z czynności Wydziału i Rady honorowej. Na wniosek komisyi kontrolującej przyjęła Izba sprawozdanie kasowe, jakoteż budżet na r. 1908. Przy ratyfikacyi uchwał XII. Wiecu Izb wywiązała się ożywiona dyskusya, w której brali udział Dr Dietzius, Dr Flis, Dr Wicherkiewicz i referent Dr Schöngut. Na XIII. Wiec Izb wybrano delegatem Dra Wicherkiewicza, zastępcą Dra Schönguta.

— Wydział Izby lekarskiej zach.-galic. odbył w dniu 10. III. 1908 posiedzenie jako Rada honorowa i przeprowadził rozprawę przeciw Drowi K. z K. na skutek skargi Dra L. z K. Dr K. za ubliżenie godności stanu lekarskiego, popełnione użyciem obelżywych słów wobec rodziny pacyenta i osób obcych na Dra L., skazany został na 100 koron grzywny. — Na posiedzeniu Wydziału Izby, tegoż dnia, załatwiono szereg drobniejszych spraw, udzielono zapomogi wdowie po Dr G. w kwocie 100 K., uwolniono dra Z. K. od wkładki do Izby.

— Doc. Dr Rutkowski obejmuje z d. 15. III. kierownictwo oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Prof. Dr Maciej Jakubowski złożył na ręce zarządu Bibl. Med. kwotę 300 K. dla mającej się założyć »Bratniej Pomocy Medyków«.

Zarząd Tow. biblioteki Uczniów Wydz. lek. U. J.

Stanisław Przychocki, sekr. *Wiktor Gielczyński*, przew.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 28. II. b. r. posiedzenie, na którem inż. Maślanka miał odczyt p. t. »Zasady kanalizacyi miast«. W dyskusyi przemawiali prof. Bądzyński, Kučera, Szpilman i Dr Obtułowicz.

— Dzienniki donoszą, że na katedrę laryngologii do Lwowa powołany został prof. Jurasz z Heidelberga.

— Dr Jan Pruszyński z Warszawy, redaktor »Gazety lekarskiej«, habilitowany został przez Wydział lekarski lwowski z farmakologii.

— Dyplom doktorski otrzymali pp. Ignacy Allerhand i Owadya Pelzner, rodem ze Lwowa.

— Walne Zebranie założonego przez Dr A. Wątorka »Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galic. we Lwowie« odbędzie się d. 21. III. b. r. Towarzystwo to postawiło sobie za zadanie stworzyć zapomocą zasady wzajemności ubezpieczenie dla lekarzy i ich rodzin.

— W Kasie chorych zjednoczonych kopalń naftowych w Schodnicy wakuje posada lekarza.

Z różnych stron. Pięćdziesięciolecie pracy zawodowej obchodzić będzie w r. b. w Odesie dr Felicyan Jachimowicz. Ukończywszy Wydział lekarski w Kijowie, został dr Jachimowicz zesłany w r. 1864 do ciężkich robót i dopiero w r. 1880 otrzymał pozwolenie praktykowania w Odesie, gdzie założył znany zakład na limanach.

Zmarli: Dr Władysław Leczyński, em. lekarz wojskowy, w 70 r. ż. we Lwowie, Dr Emil Merczyński, były dyrektor szpitala dla dzieci św. Zofii we Lwowie, w 62 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. marca o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Odsłonięcie portretu śp. Dra Aleksandra Kremera, poprzedzone przemówieniami Prezesa i Rektora Jakubowskiego. 2) Kol. Ciechanowski: Wniosek w sprawie komitetu badania i zwalczania raka. 3) Kol. Regiec: O leczeniu skrzywień gimnastyką szwedzką (z projekcyami świetlnemi).

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska**. Uprasza się kolegów, by udział w wieczerzy **rychło** zgłaszali.

Creosotal

Creosotal „Heyden" jest najlepszym środkiem **przeciwgruźliczym**, doskonałym **wewnętrznym** lekiem **przeciwzołzowym**, a w dużych dawkach jest pewnie i szybko działającym lekiem we wszystkich **ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc** i t. d.).

Sulfidal

rozpuszczalna we wodzie (colloidalna) siarka. Skuteczniejsza od zwykłej siarki przy **łupieży, trądziku** i t. d.; we wszelkich postaciach bezwonna, daje się z głowy łatwo zmywać.

Unguentum Heyden

Do dyskretnych wcierek przy **przymiocie**; nadaje się szczególniej dla kobiet i dzieci i do peryodycznego leczenia się. Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g. (2 przedziałki rozsuwanych rurek).

Injectio Dr Hirsch

Przetwór rtęci do leczenia **przymiotu** zapomocą **zupełnie niebolesnych** podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 b

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrweności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — **Wyrób własny i skład główny w aptece**

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 228

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.

Nazwa zastrzeżona. **Extractum** Nazwa zastrzeżona.

Chinae „Nanning"

(Najlepsze współczesne Stomachicum).

Przepisywane w Kasach chorych w Berlinie.

Wskazane w:
1) braku apet. u bledn (Dysmen. znikła po dłuższem używaniu tego środka).
2) braku apetytu u zołzowatych i gruźliczych.
3) ostrym i przewlekłym nieżycie żołądka.
4) u gorączkujących i w gorączce przyrannej.
5) u ozdrowieńców.
6) w wymiotach ciężarnych.
7) w przew. nież. żołądka wskutek nadużywania wyskoku.
8) w niestrawności pod wpływem Hg. i jodku potasu.

Oryginalne **flakony** po Kor. tylko w aptekach.

Wyrabia jedynie **Dr H. NANNING, aptekarz, Den Haag s. (Holandya).**

Zastępca generalny na Austro-Węgry:

LUDWIK FUCHS, Wien I. Annagasse 3.

Odsprzedaje się tylko aptekarzom. 207

Próbki i literatura bezpłatnie.

SANATOGEN

sprawia

gromadzenie się białka i fosforu, wzmożenie się energii utlenienia, pobudzenie przemiany materyi

i jest dlatego najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Panom lekarzom służy się na życzenie próbkami i piśmiennictwem.

BAUER & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin, SW. 48.

= Zastępstwo generalne: C. BRADY, Wien I. = 283



=Przeszło= zakładów leczniczych, sanatoryów, lek. pryw. i chorych pryw. posiada

4000 Hilzingera aparaty z gorącem powietrzem

Daleko idąca gwarancya, na życzenie dostarcza się wraz z cłem i portem. Prospekt i piśmiennictwo przez

W. Hilzinger-Reiner Stuttgart II i wszystkie handle specyalne. 294



POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ ✶ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“
PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE** przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Rok VI. 185 Rok VI.

„GŁOS LEKARZY“

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą Dra Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi: Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.

Rok założenia 1887. Rok założenia 1887.

I-sza KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH
M. L. DOBROWOLSKIEGO
MAG. FARMACYI W PODGÓRZU

poleca swoje wyroby pozostające pod kontrolą Komisyi przemysłowej krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Fabrykę znajdującą się obecnie na Krzemionkach, pędzą dwie maszyny parowe o łącznej sile 32 koni. Znajduje się w niej 10 kremplı do dziennej produkcyi 500 kgr. waty, blicharnia i suszarnia bawełny, oraz laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne. — Ogrzewanie centralne. — Telefonu Nr 200.

Zwiedzenie fabryki P. T. Lekarzom dozwolone. 212

!! Polecony przez Krakowską Komisyę przemysłowo-lekarską. Odznaczony najwyższemi odznaczeniami na wystawach hygienicznych we Wiedniu i Paryżu 1906 i we Lwowie 1907. !!

Najprzyjemniejszym zarówno w smaku jak zapachu, Tranem rybim, jest specyalną metodą przyrządzony

Tran jodowo-żelazisty-aromatyczny

z prawnie zarejestrowaną marką ochronną

JECOFERROL 127

wyrobu chemika Dra JULIUSZA FRANZOSA
aptekarza w Tarnopolu.

Tran ten sprowadzony wprost z Bergen w Norwegii, zawiera 0·25% jodku żelazowego, podczas gdy tran Lahusena ma tylko 0·20% $Fe\,J_2$. Nadto jest „JECOFERROL“ o całą koronę tańszy od tranu Lahusena, który kosztuje Kor. 3·50. Do każdej flaszki oryginalnej, pojemności ½ litra, dołączony jest pakiet nader przyjemnej pasty miętowej.

Cena 2 Kor. 50 hal.

ordynuje się: „JECOFERROL“ Dr FRANZOS.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach.

We Lwowie w aptekach Mikolascha, Haya, Dra Piepes-Poratyńskiego, Dra Wiewiórkowskiego, Lazarskiego.

W KRAKOWIE W APTECE WIŚNIEWSKIEGO.

Wcieranie 3—5 minut. Najczystsze, najwygodniejsze leczenie wcieraniem. sec. Dr. A. Rosenberg.

Nie wala bielizny.

Bez tłuszczu i zapachu.

33⅓% rtęci. 82

MERCURO CRÊME

sporządzony w

Stern-Apotheke

Budapest VIII. Rákoczi-út 43.

1 granowana tuba à 30 gr.
1 pudełeczko à 10 dawek à 3 gr } 2 Korony.

Sprowadzać można przez apteki.

L. 703. KONKURS.

Wskutek reskryptu Wydziału krajowego z dnia 26 lutego 1908 L. 19.158 ogłasza się konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Maryampolu.

Do tej posady przywiązana jest roczna płaca 1.200 Kor. i roczny ryczałt na podróże 800 Kor. Prócz tego może otrzymać nadzór szpitalika SS. Miłosierdzia z rocznem wynagrodzeniem 200 Kor. Posada nadaną zostanie prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Chcący uzyskać tę posadę musi oprócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) Obywatelstwo austryackie;
2) Dyplom doktora medycyny;
3) Nieskazitelny charakter;
4) Znajomość języków krajowych; 379
5) Praktykę dwuletnią;
6) Nie przekroczony 40 r. życia.

Obowiązki lekarza okręgowego określają dotyczące ustawy krajowe i instrukcye Wydziału krajowego.

Podania należy wnieść do Wydziału powiatowego w Stanisławowie w terminie do końca kwietnia 1908.

Stanisławów, dnia 6 marca 1908.

Wydział powiatowy.

L. 560. KONKURS.

Magistrat miasta Ropczyce rozpisuje konkurs na posadę **lekarza miejskiego** w Ropczycach pod następującymi warunkami:

1) Pensya roczna w ratach miesięcznych z dołu płatna 1.200 Kor.;
2) Obowiązki lekarza i alegaty podania, określa ustawa z dnia 2/2 1891, Dz. u. kr. Nr 17;
3) Termin podania do 1 kwietnia 1908;
4) Posada do objęcia zaraz. 373

Ropczyce, dnia 24 lutego 1908. Burmistrz.

Odpis L. 832/08.

Obwieszczenie.

Na podstawie reskryptu Wydziału krajowego z 2/10 1907 L. 99.704 Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Nowemmieście.

Okręg sanitarny nowomiejski obejmuje następujące miejscowości w powiecie dobromilskim: Nowemiasto, Posadę nowomiejską, Komarowice, Grodzisko, Grabownicę i Przedzielnicę, zaś w powiecie starosamborskim Błozew górną, Wolczę dolną, Koniów i Towarnik.

Lekarz okręgowy obowiązany utrzymywać aptekę domową. Do posady tej przywiązana roczna płaca 1.000 Kor. tudzież ryczałt na objazdy 450 Kor., od gminy Nowegomiasta dodatek na mieszkanie 300 Kor., a nadto prawo do emerytury względnie pensya wdowia i zaopatrzenie osierociałych dzieci z funduszu powiatowego w myśl etatu urzędniczego resp. statutu emerytalnego.

Ubiegający się winni wnieść podania do tut. Wydziału powiatowego najdalej do dnia 15 kwietnia b. r. i oprócz zdatności fizycznej i nieprzekroczonego wieku lat 40 wykazać się prawem obywatelstwa austryackiego, dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej, nieskazitelnością charakteru, znajomością języków krajowych i najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo zastrzeżone posiadającym dwuletnią praktykę resp. służbę w szpitalu powszechnym lub egzamin fizykacki.

Dobromil, dnia 25 lutego 1908. 375

Z Wydziału Rady powiatowej.

V. Prezes:
Tyszkowski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 21. marca 1908. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa.

O stwardnieniu plastycznem prącia.

Podał
Dr J. Stopczański
Asystent kliniki.

Przyczyna powstania plastycznego stwardnienia ciał jamistych dotąd nie jest znana i pomimo dokładnych badań histologicznych, w ostatnich latach dokonanych, pozostaje jeszcze ciągle zagadką. Spostrzeżenia i opisy podobnych przypadków sięgają dalekiej przeszłości. I tak Velpeau w roku 1839 wspomina o wycięciu przez Mac Clellana i Regnoliego kawałków kostnych znacznej wielkości, wychodzących z przegrody ciał jamistych prącia. Pitha podaje w swym podręczniku o chorobach męskich narządów płciowych (1855), że stwardnienia włókniste prącia (*nodi s. ganglia corp. cavernos*) mogą być następstwem urazów, które gwałtownie zginając prącie wzwiedzione, wywołują często pewien rodzaj złamania (*fractura penis*), pęknięcie przegrody ciał jamistych, połączone ze znacznem wylaniem się krwi w przestwory ciał jamistych. Te włókniste zgrubienia mogą w pewnych warunkach uledz skostnieniu lub zwapnieniu i na takie zejście tych zmian wskazywali już Rokitansky i Klebs. Starano się także o wyszukanie związku przyczynowego owych zmian z przebyciem wiewióra i kiły. Nie można zaprzeczyć, że dwoinki wiewiórowe, dostawszy się do tkanki ciał jamistych prącia, mogą wywołać podobne zmiany włókniste, o czem świadczy chociażby to, że nacieki cewkowe i okołocewkowe w ciele jamistem cewki moczowej nie należą do bardzo rzadkich powikłań wiewióra. Wrzód pierwotny w zwykłych warunkach nie stanowi punktu wyjścia dla podobnych zmian, jeżeli jednak ma własności wrzodu żrącego przy obecności stulejki, albo zadzierzgnięciu żołędzi i równoczesnych sprawach zapalnych, wywołanych przez zastój wydzieliny i utrudnione miejscowe krążenie, może sprawić głębokie zniszczenia tkanki, po których pozostają blizny i stwardnienia, sięgające nieraz w głąb do ciał jamistych prącia. Również nie należą do bardzo rzadkich objawów kiły późnej kilaki prącia, usadowione w ciałach jamistych. Zmiany te, jeżeli wcześnie nie są stosownie leczone, mogą uledz rozpadowi i zropieniu, a po pewnym czasie przebić na zewnątrz. Podczas tego tkanka w otoczeniu przechodzi w odczyn zapalny, następnie zaczyna przerastać, dając początek późniejszemu włóknistemu stwardnieniu trwałemu, które opiera się już leczeniu przeciwkiłowemu. Nacieki ciał jamistych spostrzegano często jako objawy ciężkich chorób ogólnych, a mianowicie białaczki, cukrzycy, gośćca, dny, ospy, ropnicy, duru brzusznego i wysypkowego, związek ten jednak dotąd nie jest wyjaśniony. Większość autorów uważa za przyczynę znaczne wyniszczenie i wycieńczenie ustroju wskutek tych chorób, które może dać powód do takiej kruchości ścian naczyniowych, że przy wzwodzie prącia następuje pękanie napiętych ścian naczyniowych z wylaniem się krwi w przestwory ciał jamistych. Wszystkie te jednak nacieki ciał jamistych, powstające z przyczyn ogólnych lub miejscowych, do czego trzeba jeszcze dołączyć nowotwory łagodne, jak włókniaki, chrząstniaki, kostniaki, a ze złośliwych raki i mięsaki, należy odróżnić od właściwych stwardnień plastycznych.

Zmiany te dotąd rzadko spostrzegano. Englisch, zestawiwszy w roku 1901 z piśmiennictwa 95 przypadków nacieków ciał jamistych, znalazł w tej liczbie tylko 13 takich, dla których nie można było wykryć żadnej przyczyny, a posiadających znamiona stwardnień plastycznych prącia. Od czasu pracy Englischa opisano szereg przypadków stwardnień plastycznych, lecz w bardzo niewielu wykonano badanie histologiczne, któreby potwierdzało rozpoznanie kliniczne stwardnienia plastycznego. W wielu przypadkach (n. p. w przypadku Echtermeyera) wymieniano w opisie przebiegu choroby prawie bezpośrednio poprzedzające cierpienie, do którego możnaby odnieść powstanie nacieku; takich przypadków wobec tego nie możnaby zaliczać do właściwych stwardnień plastycznych.

Wielu autorów francuskich nadaje zmianom tym nazwę »plaque indurée«. Nelaton oznaczał je nazwą »noeuds des corps caverneux«, Ricord nazywa je »ganglion«, inni używają nazwy »induratio plastica«.

Przez te nazwy należy według dzisiejszych pojęć rozumieć stwardnienia, występujące pierwotnie bez żadnej przyczyny poprzedzającej i mogącej je wywołać w przegrodzie lub pochewce ciał jamistych prącia, a następnie rozszerzające się na ciała jamiste. Stwardnienia takie występują u ludzi starszych zwykle po 40. roku życia, najczęściej między 50. a 60. rokiem życia. Pojawianie się tych stwardnień w późnym wieku dało w ostatnich latach powód do szukania przyczyny stwardnienia plastycznego w zmianach naczyń, a mianowicie w miażdżycy. Dokładne

badania w tym kierunku, stwierdzające zmiany naczyniowe w prąciu u ludzi dotkniętych miażdżycą, przeprowadził Schyrygin na materyale, wziętym z 21 zwłok ludzi zmarłych między 55. a 88. rokiem życia. Opisano również przypadki stwardnienia plastycznego u chorych, cierpiących równocześnie na Dupuytrenowskie przykurczenie ręki. Dotąd również nie wyjaśniono przyczyny tego rzadkiego cierpienia, mającego wielkie podobieństwo pod względem anatomicznym do stwardnienia plastycznego. Neumark wymienia dwanaście znanych przypadków stwardnienia plastycznego u chorych na Dupuytrenowskie przykurczenie ręki i przypuszcza ze względu na częste występowanie tych cierpień przy równoczesnej dnie pewien związek przyczynowy między stwardnieniem plastycznem, przykurczeniem palców, a dną.

Zgrubienia plastyczne prącia z początku nie sprawiają żadnych dolegliwości, tak, że długi czas mogą uchodzić uwadze chorego. Wzrost tych stwardnień jest bardzo powolny, czasem pozostają one latami na tym samym stopniu rozwoju, nie rozszerzając się wcale. Jeżeli zgrubienie takie jest nieznacznej wielkości, to chory nieraz wcale o niem nie wie, chyba że przypadkowo wyczuł je palcami przy dotykaniu. Powiększając się, wywołują takie zgrubienia pewne zaburzenia czynnościowe prącia. Dla krążenia w naczyniach grzbietnych prącia stanowi stwardnienie plastyczne znaczną przeszkodę. Wskutek tego podczas wzwodu krew dopływa do miejsca stwardnienia i wypełnia naczynia, poniżej zaś tego miejsca dopływ krwi, zależnie od wielkości stwardnienia, bywa częściowo lub zupełnie powstrzymany. Naturalnem następstwem niedostatecznego wypełnienia naczyń krwionośnych jest nieprawidłowy wzwód prącia. W wzwodzie bierze zupełny udział część górna, powyżej stwardnienia się znajdująca, dolna zaś część napręża się słabiej lub nawet pozostaje wiotką (Mauriac); w miejscu zaś stwardnienia prącie ulega podczas wzwodu zgięciu. Zgięcie to może mieć rozmaity kierunek; dolna część prącia zbacza ku dołowi lub górze, na prawo lub lewo, zależnie od siedziby stwardnienia i jego wielkości. W tym okresie rozwoju tych zmian spółkowanie jest bardzo utrudnione lub nawet staje się wprost niemożliwem. Wzwód prącia sprawia również dolegliwości, które określają dotknięci tem cierpieniem jako bole ciągnące ku żołędzi i workowi mosznowemu. Wypływ nasienia jest również bolesny i utrudniony, największy ból powstaje w miejscu stwardnienia, gdzie wskutek zagięcia cewki moczowej nasienie się zatrzymuje i dlatego zamiast wytrysku następuje tylko powolny odpływ nasienia kroplami. Oddawanie moczu, jak większość autorów podaje, nie jest bolesne, ani utrudnione. Również przy zwykłym stanie prącia bez wzwodu nie odczuwają chorzy żadnych dolegliwości, tylko przy dotyku jest stwardniałe miejsce lekko tkliwe. Wielkość tych zgrubień bywa rozmaita, od wielkości ziarna grochu, do wielkości bobu, a nawet i większa.

Stwardnienia, sadowiące się w przegrodzie ciał jamistych, mają postać płytkowatą i są nieraz znacznej długości (od 2—4 ctm. Waelsch). Jeżeli stwardnień jest więcej, wówczas bywają one mniejsze. Kształt stwardnień bywa postronkowaty lub płytkowaty, rzadziej kulisty, jeżeli zaś wychodząc z przegrody, rozszerzają się następnie na oba ciała jamiste, wówczas mają często kształt siodełkowaty (Sachs). Skóra nie bywa ze stwardnieniem zrośnięta i jest łatwo ponad niem przesuwalna. Stwardnienie plastyczne ma zwykle powierzchnię gładką, granice nie zawsze wyraźne, zbitość chrząstkowatą

Rozpoznanie tego cierpienia często natrafia na pewne trudności. Ważną wskazówką dla rozpoznania jest sadowienie się tych zmian na grzbiecie prącia, najczęściej pomiędzy obu ciałami jamistemi. Ta siedziba, obok innych cech, odróżnia zmiany te od nacieków okołocewkowych przyrody wiewiórowej. Zgrubienia na grzbiecie prącia, które występują jako zapalenia naczyń chłonnych grzbietnych prącia w następstwie wrzodów miękkich lub wiewióra, czuje się bezpośrednio pod skórą, a nie w ciałach jamistych; odznaczają się one przytem nadzwyczajną bolesnością przy dotyku i ucisku. Przy kilakach, występujących w ciałach jamistych, jeżeli brak innych objawów kiły, można prawie zawsze obok wywiadów stwierdzić pewne znamiona, któremi te zmiany się odznaczają. W przypadkach guzów prącia, występujących przy białaczce, pewną wskazówką odróżniającą są inne objawy choroby i badanie krwi. Trudniej znacznie o rozpoznanie, jeżeli chodzi o odróżnienie od nowotworów; często rozstrzyga wtedy tylko badanie drobnowidowe. Dokładne wywiady i szczegółowe przedmiotowe badanie chorego, jak również badanie moczu i krwi mogą uchronić od omyłki rozpoznawczej i pozwalają odróżnić stwardnienia plastyczne od zmian, występujących w przebiegu chorób ogólnych (n. p. cukrzycy dny, gośćca, ropnicy, białaczki, ospy i t. d.), jak również w następstwie przyczyn, które zadziałały miejscowo, a więc urazu.

Rokowanie w kierunku zupełnego wyzdrowienia nie jest pomyślne.

Próby leczenia rozmaitymi środkami, stosowanymi miejscowo lub podawanymi wewnętrznie, nie osiągały dotąd celu, i oprócz kilku wyjątkowych przypadków, nigdy nie doprowadzały do zupełnego zniknięcia stwardnień plastycznych prącia. Stosowanie okładów zimnych z octanu glinowego lub ołowiowego, jak również ciepłych i miesienia nie leczy zupełnie tych zmian. To samo można powiedzieć o wewnętrznem podawaniu jodu (Galewsky, Hübener, Neumark, Englisch, Horowitz, Finger) i stosowaniu przetworów rtęciowych, czy to w postaci wcierań i wstrzykiwań, czy też maści i plastrów, miejscowo przykładanych. Waelsch w jednym przypadku uzyskał po wstrzykiwaniach fibrolizyny zupełne wyleczenie, pomimo że ten sam środek, stosowany przez innych autorów (Neumark, Sachs), zawiódł oczekiwania, nie dając dodatniego wyniku. Nawroty tych zmian, trafiające się po wycięciu doszczętnem, nie zachęcają też szczególnie do zabiegu chirurgicznego. Pomimo tego zabieg chirurgiczny pozostaje dotąd jedynym środkiem, dającym przy odpowiednich warunkach najwięcej nadziei wyleczenia. Dlatego też dokonano wycięcia w przypadku, leczonym w klinice Prof. Reissa.

Ważniejsze szczegóły, dotyczące tego przypadku, są następujące:

J. Sz., lat 47, żonaty, kupiec, przyjęty został do kliniki d. 26. maja 1907. Wspomina o przebyciu tylko odry w ósmym roku życia, zresztą nigdy nie chorował. Również nie przebywał chorób wenerycznych. Przed sześciu miesiącami zauważył w części grzbietnej prącia mniej więcej w połowie długości, zgrubienie,

które nie sprawiało mu żadnych dolegliwości. Stwardnienie to, z początku wyczuwane przez chorego jako mały guzek, nieznacznie się powiększało. Podczas spółkowania nie uczuwał chory żadnych przeszkód, ani dolegliwości, wspomina tylko o nieco słabszem naprężaniu się prącia przy wzwodzie, co przed dwoma miesiącami po raz pierwszy zauważył. Przy oddawaniu moczu nie uczuwa żadnych trudności.

Stan obecny: Dobrze zbudowany, średnio odżywiony mężczyzna średniego wzrostu, wyglądający zdrowo. Narząd oddechowy bez zmian. Tętnice promieniowe i skroniowe nie okazują stwardnienia. Tętno, łatwo uciskalne, 76. Stłumienie serca nie powiększone, tony serca czyste. Badanie innych narządów wewnętrznych stwierdza stosunki prawidłowe. Mocz słomianożółty, oddziaływania kwaśnego, ciężaru właść. 1 025, nie zawiera ani białka, ani cukru. Prącie średniej wielkości, skóra na prąciu nie okazuje żadnych zmian, żyły nie rozszerzone, naczynia chłonne również prawidłowe. Przy oglądaniu prącia nie można dostrzedz żadnej nieprawidłowości. Jądro lewe nieco mniejsze od prawego, splot żylny sznura nasiennego prawego dość znacznie powiększony. Badanie przez kiszkę stolcową stwierdza, że gruczoł krokowy jest w obu płatach dość silnie rozwinięty, przy ucisku sprężysty, nigdzie nie bolesny. Przy ucisku prącia wyczuwa się środkową przegrodę ciał jamistych jako zupełnie prawidłową od spojenia łonowego aż do połowy długości prącia. Nieco poniżej tego miejsca po lewej stronie przegrody wyczuwa się w ciele jamistem stwardnienie pasmowate o granicach łatwiej wyczuwalnych od strony dolnej części, niż od strony górnej i wewnętrznej. Guz ten przy ucisku lekko tkliwy, jednak nie bolesny. Po wprowadzeniu zgłębnika metalowego do cewki można przy badaniu stwierdzić dokładnie, że guz ten nie jest zrośnięty ze ścianami cewki moczowej. W uśpieniu chloroformowem (chloroform Anschütza) wykonał 2. czerwca 1907 w klinice dermatologicznej Doc. Rutkowski wyłuszczenie guza, który był zrośnięty z osłonką ciał jamistych. Po podwiązaniu naczyń i zeszyciu katgutem jodowym rany w ciele jamistem, zeszyto ranę skórną i założono suchy opatrunek. W następnym dniu po operacyi powstał obrzęk prącia i podbiegnięcie krwawe żołędzi, co skłoniło do zmiany opatrunku. Przy oddawaniu moczu nie miał chory żadnych dolegliwości, natomiast częste w nocy wzwody sprawiają choremu dotkliwy ból. 5. czerwca obrzęk prącia się zmniejszył, podbiegnięcie krwawe żołędzi ustąpiło, bolesne jednak wzwody pomimo podania bromu z dodatkiem lupuliny powtarzają się. W piątym dniu po operacyi bole podczas wzwodu znacznie się zmniejszyły, a obrzęk prącia prawie już zupełnie ustąpił. D. 10. czerwca wyjęto szew skórny i stwierdzono, że rana operacyjna zupełnie zgojona. Następnego dnia pozwolono choremu, który już nie odczuwał żadnych dolegliwości, opuścić klinikę.

(Dok. nast.)

Z ambulatoryum dentystycznego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Czy adrenalinę można uważać za środek przeciwzapalny przy zapaleniach ozębnej?

Napisał

Doc. Dr A. Gońka.

(Dokończenie).

To, co Michel mówi o istocie samego zapalenia, to są oczywiście rzeczy znane, jak niemniej pewnem jest, że adrenalina działa energicznie na skurcz naczyń; nieuwzględnił on jednak że rozszerzenie naczyń samo przez się nie jest jeszcze zapaleniem, ale w danym razie jednym i to wstępnym jego okresem. Przyjmując, że z rozszerzeniem naczyń otwierają się ich szczeliny (*stomata*) na podstawie zwykłych praw fizycznych, to bezwątpienia występuje tu jednak swoista alteracya ścian naczyniowych umożliwiająca przechodzenie białych ciałek krwi. Zatem działać zwężająco na naczynia, nie znaczy jeszcze opanowywać, czy przeszkodzić wybuchowi samegoż zapalenia. Przechodzenie zresztą cieczy i komórek odbywa się przedewszystkiem w naczyniach włosowatych i maleńkich żyłkach. Rozpatrzmyż teraz, jak stoi sprawa z kurczliwością tych właśnie naczyń włosowatych? Do niedawna, bo do czasów Strickera, uchodziło za rzecz wielce wątpliwą czy takie naczynia zwężać mogą swoje światło. Ci, którzy o tem powątpiewali, wychodzili z zapatrywania, że jest to nieprawdopodobne dla tej przyczyny, gdyż naczynia włosowate nie posiadają warstwy mięsnej, od której zależy właśnie ona kurczliwość. Dopiero pracom Zygmunta Mayera (5), który się oparł na dawniejszych, a świeżo przez siebie przypomnianych pracach Ch. Rougeta (6), przedewszystkiem zaś pracom E. Steinacha i R. H. Kahna (7) zawdzięczamy udowodnienie faktu, że światło naczyń włosowatych zmienia się w ten sposób, iż »bei der Zusammenziehung der Capillare entstehen der Längsachse entsprechend feine Falten oder Runzel der Zellhaut (str. 118)«. O adrenalinie wiemy, że ma ona własność podnoszenia ciśnienia krwi i zwalniania tętna; czy atoli takie działanie na układ krwionośny odnieść trzeba do podrażnienia ośrodka naczynioruchowego i jąder nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym, jak podają Cybulski (8) i Szymonowicz (9), czy też to podniesienie ciśnienia krwi jest pochodzenia obwodowego, jak twierdzi A. Velich (10), dotąd nie rozstrzygnięto. W badaniach swoich twierdzi Popielski (11) np., że adrenalina działa na obwodowy narząd naczynioruchowy, a ponieważ najwięcej ku obwodowi posuniętą częścią tego narządu są mięśnie gładkie, na które adrenalina działa drażniąco, naczynia zaś włosowate mięśni takich nie posiadają, to wynikałoby z tego, że kurczliwość naczyń włosowatych pod wpływem adrenaliny jest co najmniej wątpliwą.

B. Müller (12) twierdzi wprawdzie, że działanie adrenaliny uwydatnia się i na naczyniach włosowatych, które adrenalina doprowadza do całkowitego zamknięcia, potwierdzenia jednak odosobnionego jego spostrzeżenia w późniejszem piśmiennictwie, odnoszącem się do tej sprawy, nie znalazłem.

Przypuśćmy jednak, że działanie adrenaliny obejmuje rzeczywiście i naczynia włosowate, to mimo to, dodatniego przeciwzapalnego oddziaływania mielibyśmy prawo spodziewać się tylko wtedy, gdybyśmy bez obawy zatrucia mogli tak często ponawiać wstrzykiwania, by stan skurczu tych naczyń utrzymać przez czas bardzo długi. Tymczasem wiemy, że podniesienie ciśnienia krwi, będące następstwem skurczu naczyń, trwa bardzo krótko, najwyżej kilka minut.

Według Michla, przez odpowiednią ilość rozczynu i jego stężenie, działanie to przeciągnąć można od 8—10 godzin. Twierdzenie to, którego autor niczem nie udowadnia, nazwać można co najmniej zbyt śmiałem. Codzienne doświadczenie przy śróddziąsłowych wstrzykiwaniach kokainy z adrenaliną poucza, że niedokrwienie, tym sposobem wywołane, choć na nie składa się też w znacznej mierze śródtkankowy ucisk płynu, już po kilku minutach znika zupełnie, a w ślad za tem uszkodzona tkanka zaczyna krwawić, co stanowi dowód, że skurcz naczyń przeminął.

Być może, że twierdzenie swoje oparł Michel na pracy Schrödera (13). Autor ten, badając prądem elektrycznym, jak długo trwa znieczulenie miazgi zębowej, wywołane śróddziąsłowem wstrzykiwaniem kokainy z adrena-

liną, podaje (l. cit. str. 76), że najpóźniej w cztery godziny wracała prawidłowa wrażliwość miazgi. Twierdzenie Schrödera, jak to sam doświadczalnie sprawdziłem, jest rzeczywiście bez zarzutu, byłoby jednak błędem taki wysnuwać z tego wniosek: ponieważ znieczulenie miazgi ustąpiło dopiero po czterech godzinach, więc adrenalinie (która dla kokainy jest utrwalaczem w tkance według słów Popielskiego (14)) trzeba wyłącznie przypisać ten długi okres znieczulenia, gdyż ona właśnie przez skurcz naczyń, tak długo trwający, niedopuściła do porwania kokainy w obieg krwi. Na tak długo trwające znieczulenie złożyły się tu bezwątpienia inne czynniki. Usunięcie wstrzykniętego płynu z tkanki odbywa się częściowo przez naczynia limfatyczne, w większym stopniu przez naczynia krwionośne. Co do naczyń limfatycznych, to uchodzi za pewnik mimo pracy G. Schweitzera (15), że miazga zębowa ich nie posiada odpada tu zatem wcale ważny czynnik przyspieszający wessanie. Powtóre: miazga jest, jak wiadomo, narządem nader gęsto unaczynionym i unerwionym w ten sposób, że według słów Bodechera (16) »oft liegen die Arteriolen in der Mitte der markhaltigen Nervenbündel«. Część kokainy, pod silnem ciśnieniem w pulpę wprowadzona, działając prawie bezpośrednio na włókna nerwowe, znosi lub też obniża w nich przewodnictwo (17).

Z doświadczeń Brauna (18) wiemy, że znieczulając nerw zębodołowy dolny *(n. alveolaris inferior)* za pomocą wstrzykiwań rozczynu samejże kokainy, osiągamy bezbolesność na pół godziny, innemi słowy znaczyłoby to, że czas działania miejscowo stosowanej adrenaliny wynosi mniej więcej godzinę.

Wynikałoby z tego, że przy rozpoczynającem się zapaleniu ozębnej, chcąc niedopuścić do jego rozwoju przez utrzymywanie naczyń w stanie dłużej trwającego skurczu, trzebaby w ciągu doby wstrzykiwać adrenalinę co najmniej kilkanaście razy w dawce przez Michla wskazanej, czyli wprowadzać taką jej ilość, którejby ustrój absolutnie bez szkody nie zniósł.

Obliczenie to przedstawia się bowiem w sposób następujący: Przy jednorazowem wstrzykiwaniu wprowadzał Michel 3 krople rozczynu *adrenalinum boricum* 1:1000, co się równało 0,00015. Zmuszeni wstrzykiwać co najmniej 10 razy tę dawkę w ciągu dnia, wprowadzalibyśmy 0·0015 czyli dawkę na każdy sposób ryzykowną, wstrzykując zaś mniej, tj. tyle, ile radzi Michel, nietylko nie możemy osiągnąć pożądanego celu, ale, sądząc z powyżej opisanych moich klinicznych doświadczeń, wpływamy może nawet na sprawę zapalną szkodliwie, z tej prostej przyczyny, że po krótko trwającym skurczu występuje jak wiadomo okres znużenia, czyli tem silniejszego rozszerzenia naczyń, osiągamy zatem coś wręcz przeciwnego, niż to, cośmy zamierzali, i zamiast pomagać, może nawet szkodzimy.

Starałem się udowodnić, że obliczenia i rozumowanie, na podstawie którego Michel upatruje w adrenalinie środek przeciwzapalny, nie są należycie uzasadnione; dodam tu, że omawiając przebieg sprawy zapalnej, wygłasza Michel zapatrywania nieraz wprost błędne; i tak tłómacząc n. p. dobroczynne działanie ciepła, wypowiada zdanie, że przez żywszy przypływ krwi, w ten sposób osiągnięty (str. 328), zarazki wywołujące zapalenie mogą być »wymiecione«. Zapomniał widocznie o tem, że usadawiają się one także w tkance po za ścianami naczyń, że zatem prąd krwi ani ich porwać, ani wymieść nie potrafi. Optymistycznych zapatrywań Michla na wartość adrenaliny jako środka przeciwzapalnego nie uratuje i wzgląd, że adrenalina odgrywa niepoślednią rolę w okulistyce. Prac przez Michla przytoczonych, nie uważałem za potrzebne sprawdzać, tem mniej podawać ich wyników w wątpliwość, zaznaczyć jednak muszę, że tacy autorowie, jak Dawid de Beck, Capolongo, Senn, Grimsdale it. d., albo bardzo sceptycznie zapatrują się na wartość adrenaliny przy leczeniu chorób oczu, albo też nawet wprost odradzają ją stosować. (Patrz Centralblatt für praktische Angenheilkunde 1906—1907).

W tych przypadkach, gdzie zapalenie ozębnej nie powstało przez zakażenie od strony miazgi, adrenalina jest zupełnie zbyteczna. Miejscowo działające środki odwodzące, pewne ochranianie zęba od wstrząśnień, najzupełniej wystarczają do powstrzymywania objawów zapalnych.

Jeśli Michel osiągał rzeczywiście dodatnie wyniki nawet w postaciach cięższych, to zawdzięcza je najprawdopodobniej pomocniczym środkom leczniczym, którymi się posługiwał równocześnie z adrenaliną. Mam tu na myśli bezwarunkowy spokój, jaki chorym na dwie godziny po wstrzyknięciu zalecał, spokój, polegający na względnem unieruchomieniu szczęk. Nic nie jeść, nawet nic nie mówić, aby napływu krwi przez pracę mięśni nie wzmagać, a przedewszystkiem, by każdorazowem zwarciem szczęk nie drażnić obolałego zęba i nie pogarszać tym sposobem sprawy zapalnej, oto—według Michla dodatkowe, a mojem zdaniem ważniejsze — leczenie zapaleń ozębnej; Zalecając chorym takie zachowanie się, mógł rzeczywiście Michel osiągać dobre wyniki, które niesłusznie przypisywał tak zachwalanej przez siebie adrenalinie. Że tak jest, dowodzi tego proste, a w pomyśle nader skuteczne postępowanie Tanzera (19). Za pomocą koronki, nałożonej na zdrowy ząb, podwyższa Tanzer zwarcie (zgryz) i wyłączając w ten sposób chory ząb ze zwarcia, chroni go od wstrząśnień i na zapalenie ozębnej wpływa niezmiernie korzystnie, nieposługując się zresztą żadnymi środkami leczniczymi.

Leczenie więc zapaleń ozębnej zapomocą adrenaliny uważać muszę tylko za pomysł czysto teoretyczny, któremu spostrzeżenia i doświadczenia, przynajmniej przezemnie zebrane, najzupełniej przeczą.

Doświadczenia na królikach wykonałem w zakładzie higienicznym uniwersytetu lwowskiego. Za gościnność i życzliwe wskazówki niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie Prof. Kucerze.

Piśmiennictwo.

1) Michel. Adrenalin als Antiphlogisticum. Correspondenzblatt f. Zahnarzte 1907. IV. 2) Guido Fischer. Die Anästhesie im Dienste d. Entzündungstherapie. D. Monats. f. Zahn. XXV. April. 3. Spies. Die Bedeutung d. Anästhesie in der Entzündungstherapie. Münch. med. Wochens. 1906 Nr 8. 4) Rosenbach. Warum und in welchen Grenzen sind anästhesirende Mittel b. entzündlichen Processen wirksam. Münch. med. Wochens. 1906, Nr 18. 5) S. Mayer. Die Muscularisirung d. capillaren Blutgefasse. Nachweis d. anatom. Substrats ihrer Contractilität. Anatom· Anzeiger Bd. 21, Seite 442. 6) Ch. Rouget. Sur la contractilité des capillaires sanguins. Compt. rend de Acad. de scien. vol. 88, pag. 916. 7) E. Steinach u. R. H. Kahn. Echte Contractilität und motorische Innervation d. Blutcapillaren. Archiv. f. gesamt. Phys. Bd. 97. 8) N. Cybulski. O funkcyi nadnercza. Gazeta lekar. 1895. 9) W. Szymonowicz. O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyolog. Pamiętnik zakładu fizyol. Uniw. Jagiell. 1895. 10) A. Velich. Über die Einwirkung d. Nebennierensaftes auf d. Kreislauf. Wien. med. Wochens.

1898. 11) Popielski. Mechanizm działania adrenaliny, chlorku barowego i peptonu Witte na peryferyczny aparat naczynioruchowy. 12) B. Müller. Uber Anämisirung mit Adrenalin. Wien. klin. therapeut. Wocheus. Nr 21. 1904. 13) Schröder-Greifswald. Der Inductionstrom als Diagnosticum in d. zahnarztlichen Praxis. Correspondenzblatt f. Zahnärzte 1905. I Heft. 14) Popielski. Adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi. Tyg. lek. 1907. Nr. 15. 15) G. Schweitzer. Archiv. f. mikr. Anat LXIX. 16) Bodecker. Anatomie und Pathol. d. Zähne str. 208. 17) Popielski. Uber Veränderungen d. Leitungsfähigkeit und Erregbarkeit d. Nerven unter d. Einflusse von Cocain. Centralblatt f. Phys. 1896. 18) Braun. Die Technik der Kokain-Suprareninanästhesie b. zahnärztlichen Operationen. D. Monats. Zahnh. 1905, I Heft. 19) Dr Tauzer. Zur Behandlung d. Wurzelhautentzündung. Osterr. Ungar. Vierteljahrs. f. Zahnh. 1907, III Heft.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Aldor. **Czynnościowa dyagnostyka przewlekłych zapaleń jelit i ich leczenie dyetetyczne.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 2). Na podstawie kilkoletnich spostrzeżeń w praktyce prywatnej w Karlsbadzie, poleca A. bardzo gorąco stosowanie wysokich lawatyw z gorącej wody karlsbardzkiej, tem bardziej, że sądzi, iż leczenie środkami wewnętrznymi jest jedynie objawowem. Dyagnostykę czynnościową zaczyna zawsze od dokładnego zbadania czynności żołądka, ponieważ niejednokrotnie zaburzenia jelit mają swoją przyczynę w zboczeniach czynności żołądka, n. p. biegunki w niedomodze wydzielniczej, zaparcia w nadmiernej kwaśności. Przed badaniem kału przepisuje A. choremu dyetę próbną Schmidta, jednak zamiast mięsa surowego podaje mięso pieczone. Następnie podczas badania zwraca uwagę na ilość zawartych w kale włókien mięsnych, na zawartość skrobi, dalej na dodatni wynik próby kiśnienia Strassburger-Schmidta, która przy zasadowym odczynie kału świadczy o gniciu białek, przy kwaśnym o kiśnieniu węglowodanów. Próby chemiczne na krew są wedle A. zbyt czułe i mogą dawać wskazówki jedynie przy dyecie bezmięsnej. Wybitne upośledzenie trawienia czy to białka, czy węglowodanów świadczyć będzie o zmianie zapalnej w przewodzie pokarmowym, której siedzibę możemy zapomocą tego badania dokładnie oznaczyć. W razie upośledzenia trawienia białek, czy też skrobi, należy je z dyety usunąć. Białko w tym razie poleca A. zastępować żelatyną i substancyami klejowemi, zupą rumfordzką, nóżkami cielęcemi i t. p., które bywają przez chorych doskonale znoszone i wyzyskane. W ten sposób możemy zaoszczędzić taką ilość istot białkowatych zapomocą 100 gr. substancyi klejowych, jak zapomocą 200 gr. węglowodanów (Munk i Ewald). *Dr Skórczewski.*

Michaelis. **Lawatywy z gorącej żelatyny przy krwotokach jelitowych.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 2). Z polecenia prof. Kröniga stosował M. systematycznie przy krwotokach jelitowych, zwłaszcza z wrzodów durowych, gorące lawatywy z żelatyny. W 11 przypadkach duru, powikłanych krwotokiem, wlewał M. przez odbytnicę 5—20 prc. żelatynę o ciepłocie 48 do 50° C., w ilości 200—300—500 ctm.^{3}, 2—4 razy dnia (w jednym przypadku wstrzykiwał żelatynę podskórnie). 7 z tych przypadków zakończyło się śmiertelnie, w żadnym jednak krwotok nie był przyczyną śmierci. Przy sekcyi nie stwierdzono ani razu szkodliwego działania żelatyny na błonę śluzową jelit. We wszystkich 11 przypadkach krwotoki po zastosowaniu lawatyw żelatynowych ustały, gdy w niektórych z nich, poprzednio stosowane środki przeciwkrwotoczne nie skutkowały. Lawatywy robi się w ten sposób, że się podnosi koniec łóżka, aby tem samem unieść pośladki chorego, nie ruszając jego samego, a następnie wlewa się płyn z irrygatora powoli i pod nizkiem ciśnieniem, aby nie wywołać parcia na stolec. *Dr Wł. Kluger.*

A. Broca. **Zaburzenia odruchowe tętna w toku zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Presse méd.* 1908, Nr 1). Wedle Kuhna zwolnienie tętna ma być dowodem zgorzeli wyrostka robaczkowego, czy to ukrytej, czy dopiero poczynającej się; stąd wniosek, że zwolnienie tętna w toku zapalenia wyrostka jest bezwzględnem wskazaniem do niezwłocznej operacyi. Na podstawie kilku dokładnie spostrzeganych i przez siebie operowanych przypadków zbija B. to zapatrywanie jako błędne. Zjawisko to tłómaczy B. jako odruch, już to z jelita samego, już to z otrzewnej, podrażnionej zapaleniem wyrostka. Tak samo zresztą jak zwolnieniem, tak i przeciwnie przyspieszeniem tętna może się przejawiać ten odruch. Przyspieszenie tętna może towarzyszyć zapaleniu wyrostka, przebiegającemu nawet bez zapalenia otrzewnej. I niemiarowość tętna może także zjawić się w tem cierpieniu i to również jako odruch. *Stahr.*

Boas. **Operacye przewodu pokarmowego z powodu raka w świetle medycyny wewnętrznej.** (*Deutsch.med. Woch.* 1908, Nr 1). Pewnego sposobu, któryby pozwolił rozpoznawać raka w którymkolwiek odcinku przewodu pokarmowego we wczesnym okresie rozwoju, dotychczas niema, a Boas przypuszcza, że i w przyszłości takiego sposobu się nie uzyska. Toteż statystyki, tak chirurgiczne, jak i z klinik wewnętrznych pochodzące, dowodzą, że operacye, przedsiębrane wcześnie, nie dają lepszych wyników leczenia, aniżeli operacye późne, a co więcej, że operacye późne dają nawet lepsze wyniki tak pośrednie, jak i bezpośrednie. Polecana przez chirurgów w niepewnych przypadkach próbna laparatomia napotyka jako środek rozpoznawczy na wielkie trudności. Zadaniem medycyny wewnętrznej wobec raka przewodu pokarmowego jest naprzód rozpoznanie choroby we wczesnym okresie przez ulepszenie środków rozpoznawczych, a następnie wybieranie do operacyi tylko takich chorych, którzy się do niej najwięcej nadają. *P.*

Foerster. **O stosunku tyfusu i paratyfusu do dróg żółciowych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1908). Poglądy na sposób zakażania się ustroju durem brzusznym i na sposób szerzenia się tej choroby uległy w ostatnich czasach zasadniczej zmianie. Dzisiaj wiemy, że bakterye durowe można wykryć we krwi nietylko w pierwszych już dniach choroby, ale nawet w czasie jej wylęgania się. W najnowszych czasach powiodło się nawet Fornetowi dowieść, że nawet wtedy, kiedy bakteryi durowych jeszcze we krwi nie ma, krążą już tam ich toksyny. Przeciwnie, jak to już dawniej uderzało, w stolcu występują prątki Ebertha dopiero znacznie później. Wobec tych danych zakażenie się ustroju prątkami Ebertha wyobrażamy sobie dzisiaj w sposób następujący. Prątki wnikają do ustroju nieraz już przez gardło (częstość zapalenia gardła w początkach duru) i rozmnażają się prawdopodobnie na razie w gruczołach, a rozmnożywszy się, dostają się dopiero do krążenia (krwi). Dlatego to pojawienie się toksyn we krwi, wyprzedza pojawienie się tamże bakteryi samych. — Z obiegiem krwi dostają się bakterye do wątroby, a stąd do dróg żółciowych, a znajdując w pęcherzyku żółciowym korzystne warunki do rozmnażania się [żółć staje się dopiero wtedy doskonałą pożywką, jeźli w niej znajdują się materye białkowate; domieszkę ich pod postacią wysięku zapalnego wywołują bakterye durowe, drażniąc ściany woreczka (Chiari)], dostają się następnie do jelit, zwłaszcza do jelita czczego; wyjątkowo spotkać je można w jelicie grubem, a to wtedy tylko, gdy rozmnożą się więcej lub, co na jedno wychodzi, gdy dołączy się pewna ich ilość z wrzodów durowych lub gdy treść jelitowa bardzo szybko przechodzi jelita. Stąd zrozumiałe jest stosunkowo późne i nieregularne pojawianie się prątków Ebertha w stolcach durowych.

Ale i sprawa rozszerzania się zarazy duru weszła na nowe tory, odkąd zauważono, że ludzie, którzy przeszli dur, mogą czas dłuższy, a nawet całe życie, przez wydzielanie z kałem bakteryi durowych rozszerzać zarazę (Typhusbazillenträger). Fakt ten stoi w najściślejszym związku ze wspomnianem powyżej rozmnażaniem się bakteryi durowych w pęcherzyku żółciowym. Ze ścisłych dochodzeń wynika, że do 30% zachorowań na dur brzuszny tą właśnie drogą powstało. Tem tłómaczyć należy istnienie »domów durowych« (Typhushäuser). Wykrycie tych osobników ułatwia ta okoliczność, że krew ich daje zazwyczaj odczyn Gruber-Widala. Leczenie ich z tej groźnej właściwości nie dało dotąd wyników zadowalniających mimo, że stosowano w tym celu najrozmaitsze środki, nie wyłączając zabiegów operacyjnych.

Z tą sprawą łączy się jeszcze inne zagadnienie. Okoliczność, że między osobnikami tymi przeważają kobiety (4 kobiety na 1 mężczyznę), częstość występowania kamicy żółciowej po durze, a wreszcie stwierdzenie prątków Ebertha w kamieniach żółciowych, wszystko to każe przypuszczać, że związek ten nie jest przypadkowy. Zdaniem autora, prątki durowe dają podnietę do tworzenia się kamieni żółciowych i te właśnie osobniki są szczególnie usposobione do trwałego nawet nieraz roznoszenia zarazy. *Dr M. Godlewski.*

Eisenberg. **O wczesnem rozpoznawaniu duru brzusznego.** (*Tyg. lek.* Nr 45, 1907). Próba Widala zawiodła pokładane w niej nadzieje, gdyż jej wynik dodatni nie dowodzi obe-

cności duru, a ujemny jej nie wyłącza. Wykrycie swoistego zarazka w stolcach sposobem Drigalskiego-Conradiego udaje się tylko w 5—33% przypadków, a najwyższa liczba wyników dodatnich przypada dopiero na 11—20 dzień choroby, a zatem dla praktyki za późno. Pozostaje hodowanie zarazka ze krwi, które pozwala na wczesne rozpoznanie duru. Dotychczasowe metody miały dwa braki: 1) że były dostępne tylko pracowniom bakteryologicznym, 2) że trzeba było 4—8 dni czekać na rozwój hodowli. Nowa metoda Conradiego i Kaysera wprowadza jako pożywkę wyjałowioną żółć, do której dodaje się krwi chorego. Już po 18—24 godzinach wyrastają na tej pożywce bakterye durowe. Metoda ta, a zwłaszcza sposób tani i wygodny, wprowadzony przez fabrykę Mercka w Darmstadzie, nadaje się dla praktyki i to nawet w praktyce małomiejskiej lub wiejskiej. Badania Eisenberga, wykonane w krakowskim szpitalu ś. Łazarza, dały wyniki, zgodne z wynikami innych autorów i zachęcające do rozszerzania tej metody. Na 23 przypadków duru w 18, tj. w 78%, uzyskał on wyniki dodatnie i to bez wyjątku w przypadkach pierwszego tygodnia, prawie bez wyjątku w drugim tygodniu choroby. Z badań tych wynika, że w pierwszym i drugim tygodniu stale, niestale w trzecim i czwartym krążą bakterye we krwi chorych na dur. Tą drogą powstają przerzuty w narządach i ropnie durowe i podurowe. Siedziba zmian w przewodzie pokarmowym nie jest zatem ani najważniejszem, ani jedynem znamieniem duru, jak dawniej przypuszczano. Bakterye durowe drogą krwi rozsiewają się po ustroju, a sprawa przez nie wywołana, czy ją nazwiemy posocznicą, czy nie, musi być uważaną za sprawę ogólną. *Dr Blassberg.*

Położnictwo i ginekologia.

Falgowski. **Obłuszczenie** (*decapsulatio*) **nerek przy rzucawce połogowej.** (*Allg. med. Ztr. Ztg.* 1907, Nr 51). F. opisuje przypadek ciężkiej rzucawki połogowej (osłabienie serca, obrzęk płuc, częste i silne napady drgawek, nieprzerwana śpiączka, białkomocz ponad 12‰, skąpe wydzielanie się moczu). Wodnik chloralu i morfina nie wywierały wcale skutku. Przy operacyi znaleziono obie nerki powiększone, obrzękłe, przekrwione. Z obu nerek złuszczono torebkę. Rany zaszyto, pozostawiając tylko mały otwór dla sączka. W 8 godzin po operacyi chora odzyskuje przytomność, żąda wody do picia, jest jednak bardzo osłabiona i senna. Zwolna ustępuje zapalenie nerek, mocz wydziela się obficiej; w 2 tygodnie po operacyi 0,8‰ białka w moczu, a połóg przebiega znośnie.
Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Jaschke. **Zastoina jako środek pobudzający wydzielanie mleka.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 8). Na podstawie doświadczenia klinicznego poleca J. stosowanie zastoiny celem pobudzenia gruczołu piersiowego do wydzielania mleka u karmiących, cierpiących na brak pokarmu. Zastoinę stosuje J. na 2—3 godzin przed przystawieniem dziecka do piersi, trzy razy dziennie przez 15, a potem do 30 minut. Prócz działania mlekopędnego działa zastoina także zapobiegawczo przeciw zapaleniom sutka, a także przy brodawkach niechwytnych wywołuje ich ukształtowanie się odpowiednie. *Klęsk.*

Scheunemann. **Ulepszone zakończenie do irygatora do przepłukiwań pochwy.** (*Münch. med. Wochs* 1908. Nr 7). Na zwykłem zakończeniu znajduje się szersza pochewka, kończąca się pałkowatem rozszerzeniem, złożonem z żeberek. Zakończenie to rozszerza ściany pochwy i przepłukiwanie odbywa się przez to energiczniej i pewniej. *K.*

Runge. **Przyczynek do anatomii jajników u noworodków i dzieci przed okresem pokwitania płciowego.** (*Arch. f. Gyn.* t. 80, z. 1) Autor badał 50 par jajników płodów od 4—9 m. życia śródmacicznego, noworodków i dziewcząt do 9. roku życia i przekonał się, podobnie, jak to już i inne badania stwierdziły, że do niedawna jeszcze panujące zapatrywanie, jakoby rozwój i dojrzewanie mieszków odbywało się dopiero przed lub podczas okresu pokwitania płciowego, jest błędne; przeciwnie zauważył R., że mieszki rozwijają się tak samo w jajnikach noworodków, jak i dzieci. Nawet i u płodów rozwój mieszków nie jest tak rzadki, aby go uważać za chorobowy. Obrazy anatomiczno-histologiczne były zawsze te same, jakie się spotyka w jajnikach kobiet dorosłych, a różnica polegała tylko na wielkości mieszków; nawet i podłoże jajników (*stroma*) przybiera już w tym okresie wejrzenie podłoża jajników u kobiet dorosłych. — Na 10 jajników płodowych znaleziono 3 razy = 30 prc. mieszki w okresie rozwoju, na 22 jajników noworodków spotkano rozwijające się mieszki 13 razy = 63·5 prc., 4 razy nawet torbielkowato zwyrodniałe. W 50 prc. przypadków znaleziono zupełnie rozwinięte ciałka białawe (*corpora albicantia*), a raz nawet typowe ciałko żółte (*corpus luteum*), objawy, które stanowczo przemawiają za zupełnem dojrzewaniem, pękaniem i zanikiem mieszków już u noworodków. *Dr E. Ehrenpreis.*

Kehrer. **W sprawie leczenia zapalenia pochwy drożdżami.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). Przy wiewiórowem zapaleniu pochwy osiągnąć można leczeniem drożdżami często w 3—4 dni pomyślne wyniki. Przy zapaleniach przewlekłych wyniki lecznicze są niepewne. Powinno się jednak używać tylko preparatów, nie zawierających żywych komórek, najlepiej więc zyminy. Przy ostrych sprawach wolno stosować drożdże jedynie tylko w pochwie, a nie w szyjce. Po wypłukaniu pochwy i następnem wytarciu wstrzykuje się strzykawką wolno zawiesinę drożdży, pozostawiając ją w pochwie 5—7 godzin. Chora przez cały czas leży w łóżku z podniesioną miednicą. Potem wypłukuje się i osusza znowu pochwę. *K.*

Kurdinowski. **Dalsze badania farmakologiczne nad macicą i ich znaczenie kliniczne.** (*Archiv f. Gyn.* T. 79, Z. 1). Środki badane stosował autor podskórnie i śródżylnie, śledząc ich działanie na macicę królików, bezpośrednio po otwarciu jamy brzusznej, kreśląc krzywe przy pomocy odpowiedniego przyrządu graficznego. Praktyczne wyniki tych badań są następujące: 1) Chinina, zastosowana śródżylnie, wywoływała zawsze szybko bardzo znaczne wzmożenie istniejących już skurczów macicy; jeżeli macica była w spoczynku, wywoływała chinina skurcze. Podobne były wyniki przy wstrzyknięciu podskórnem chininy, przyczem zauważono, że skurcze trwają dłużej i często przybierają charakter tężcowy. Spostrzeżenie to ma ważne znaczenie praktyczne ze względu na zastosowanie chininy przy porodzie, o ile wystąpienie skurczów tężcowych macicy wpływa niekorzystnie na obieg krwi w łożysku, w następstwie czego może nawet nastąpić śmierć płodu w łonie matki z uduszenia. Chociaż więc chinina zastosowana przy porodzie może oddać znakomite usługi, należy ją stosować z wielką ostrożnością. Wielkie natomiast znaczenie może mieć chinina, podawana przy krwotokach z niedowładu macicy, przy złem zwijaniu się po porodzie, jakoteż wogóle przy różnych krwawieniach macicznych miesiączkowych i pozamiesiączkowych. Jako środek do przerwania ciąży chinina się nie nadaje; mimoto należy ciężarnej, cierpiącej na zimnicę, podawać chininę, jednak bardzo ostrożnie, a przy chorobach zakaźnych w przebiegu ciąży, raczej należy używać jako środków przeciwgorączkowych innych środków, aniżeli chininy. 2) Berberyna zastosowana śródżylnie w ilości 0,01—0,02 wzmaga skurcze macicy, nie wpływając na ich charakter, i z tego powodu nadaje się do stosowania podczas porodu i zasługuje na wypróbowanie kliniczne. Podobnie działa 3) fizostygmina. 4) Styptycyna jako środek, nadający skurczom macicy charakter mniej lub więcej tężcowy, nadaje się tylko do stosowania poporodowego, a więc przy krwawieniach z niedowładu lub obfitych miesiączkowych; podobnie działa 5) hydrastynina. 6) Adrenaliny wybitne działanie należy odnieść do skurczu naczyń krwionośnych, nie jest więc ona środkiem swoistym na macicę. Skurcze są krótkotrwałe, ale silne, tężcowe; większe dawki adrenaliny wywołują skutek przeciwny, bo porażny. Ze względu na to, że środek ten znacznie podnosi ciśnienie krwi w całym ustroju, nie jest też obojętny i nie zawsze jest bezpieczny, szczególnie przy osłabieniu serca. Z tego powodu może znaleźć zastosowanie tylko przy krwotokach macicznych w przypadkach rozpaczliwych, gdzie wszystkie inne środki zawiodły, i to w minimalnych dawkach, śródżylnie lub podskórnie, i przy zdrowem sercu. 7) Kofeina, 8) wyciąg jałowca sawiny, 9) oczar (*hamamelis virg.*) i 10) strychnina dały wyniki zmienne i niepewne *Dr E. Ehrenpreis.*

E. Weil. **W sprawie przebicia macicy narzędziami.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83. zesz. 3). Przebicia macicy powstają jużto z powodu gwałtownego wykonywania pewnych zabiegów, n. p. odprowadzenia tyłozgięcia macicy zgłębnikiem, przestrzykiwania cewnikiem, rozszerzania szyjki macicznej pręcikami Hegara, wyskrobania resztek po poronieniu za pomocą ostrych i wązkich skrobaczek i t. p. jużto z powodu zmiany samej ściany macicy, np. przy nowotworach złośliwych lub w macicy połogowej. Przy rozpoznanem na pewno przedziurawieniu, gdzie można przypuszczać, że otwór jest mały, a brak objawów otrzewnych i nizka ciepłota pozwalają wyłączyć zakażenie otrzewnej, wystarczy wstrzymać dalsze zabiegi w macicy i polecić spokój, makowiec i worek z lodem na brzuch. Wskazanie do operacyi (laparotomia) występuje w przypadkach zakażonych, przy większych przedziurawieniach, któreby mogły wywołać silny krwotok lub przy obrażeniach jelita. Przy obrażeniach jelita należy natychmiast przystą-

pić do operacyi; w innych przypadkach, jeżeli niebezpieczeństwo skrwawienia się nie jest wielkie, można spokojnie czekać, o ile groźne objawy nie zmuszą do operacyi. Oczywiście klinicysta, który w krótkim czasie może chorą przenieść do aseptycznej sali operacyjnej, łatwiej się zdecyduje na operacyę, aniżeli lekarz na prowincyi lub na wsi, który się musi liczyć z przewiezieniem chorej. Dla lekarza praktycznego powinny przypadki takie być przestrogą, aby wszelkie zabiegi śródmaciczne wykonywać ostrożnie, szczególnie przy opróżnianiu macicy po poronieniach. *Dr E. Ehrenpreis.*

Fraenkel: **O macicy starczej, szczególnie o zachowaniu się w niej tętnic.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83, zesz. 3.) Autor przekonał się, że w pewnym wieku kobiet można w ich (wyjętych) macicach stwierdzić zapomocą promieni Rentgena zwapniałe tętnice; zmiany te rzadko tylko spotyka się u kobiet poniżej 50 r., prawie zawsze powyżej 70—80 r. Najczęściej zajęte są pnie obu tętnic macicznych, przebiegające po bokach macicy; często zajęte bywają też ich rozgałęzienia, nawet najdrobniejsze, przebiegające w samej ścianie macicy, a nadto także naczynia przydatków, choć zwykle dopiero powyżej 70 r. Kamienie żylne występują na obrazie w postaci wyraźnych owalnych plam, pojedynczo lub gromadnie ułożonych. Dość często, bo na 27 przypadków 9 razy nie było w innych tętnicach ustroju żadnych zmian, gdy tętnice maciczne były wybitnie zwapniałe, co niewątpliwie pozostaje w związku z życiem płciowem kobiety. Badanie histologiczne stwierdziło, iż sprawa chorobowa rozpoczyna się w warstwie środkowej naczyń, która ulega zrazu obumarciu, a dopiero następowo zwapnieniu. Z innych warstw okazuje zwykle tylko błona zewnętrzna znaczny rozrost składników elastycznych, natomiast warstwa sprężysta wewnętrzna i błona wewnętrzna są prawie zupełnie wolne od zmian. Te zmiany naczyń wywołują często zanik całej macicy, a nadto mogą być przyczyną krwotoków macicznych. Dalszemu rozwojowi techniki rentgenologicznej pozostaje zmiany te wykryć na kobiecie żyjącej, co niewątpliwie się uda. *Dr E. Ehrenpreis.*

Forssner: **Przyczynek do leczenia zapaleń przydatków macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83. zesz. 2). Ze względu na to, że zapalenia przydatków, tryprowe, czy na innem tle, wyjątkowo tylko zagrażają życiu chorej, a już bardzo rzadko mogą się stać nagle groźne (n. p. pęknięcie ropniaka jajowodu), jak i ze względu na to, że leczenie zachowawcze daje co najmniej tak dobre wyniki, jak operacyjne, wprost zadziwia zapał, z jakim niektórzy autorowie zalecają leczenie powyższych chorób właśnie na drodze operacyjnej. Śmiertelność z choroby samej jest tak mała, że w najlepszych nawet statystykach operacyjnych zawsze jest jeszcze większa; a przecież i codzienne niemal doświadczenie kliniczne poucza, że nawet po bardzo ciężkich zapaleniach można osiągnąć prawie zupełne wyleczenie przez postępowanie zachowawcze, pozostawiające chorej nadto nadzieję zastąpienia, które jest możliwe nawet po zapaleniu obustronnem. F. sądzi, że w wyborze leczenia powinno rozstrzygać tylko położenie socyalne chorej. To też kobietę ciężko pracującą należy namawiać do operacyi, jeżeli mimo leczenia zachowawczego przypadłości nie ustępują lub u pozornie wyleczonej często się odnawiają, lub jeżeli chora wyleczona dostaje nawrotu. Zawsze należy rozpocząć leczeniem wyczekującem, tem bardziej, że zasadniczo nie powinno się nigdy operować przed ustąpieniem okresu ostrego. *Dr E. Ehrenpreis.*

Bossi: **Nadnercze a zmiękninie kości.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83, zesz. 3). Na podstawie teoretycznych rozważań, że własność nadnercza zwężania naczyń mogłaby wpłynąć korzystnie na krążenie w jajnikach i macicy, a w każdym razie na naczynia szpiku kostnego, w przebiegu zmiękninia kości rozszerzone, zastosował B. pierwszy w przebiegu tej choroby wyciąg nadnercza podskórnie, i to z wynikiem wprost zdumiewającym. Chora dostawała 1—2 razy dziennie $^1/_2$ cg adrenaliny w rozczynie 1:1000 i już po 3 wstrzyknięciu można było stwierdzić znaczne polepszenie. Po 5 dawce bole zupełnie ustały i chora, która od 3 miesięcy nie spała, ani ruszyć się nie mogła, obecnie przesypiała całe noce, a nawet wstała z łóżka; po 8. dawce chora wykonywała już wszelkie ruchy kończynami zupełnie swobodnie, bez bolu i uważała się za zupełnie wyleczoną, a badanie wewnętrzne stwierdziło, że istotnie także i kości zaczynają wracać do stanu prawidłowego. Po dalszych wstrzykiwaniach stan miednicy kostnej tak korzystnie się zmienił, że ciężarna, u której zachodziło bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego, po 25. dawce urodziła siłami natury bliźnięta i po odbyciu prawidłowego połogu opuściła klinikę wyleczona. Niemniej dobre wyniki otrzymał B. u innej ciężarnej, dotkniętej zmiękninieniem przewlekłem, trwającem już lat 14. Chora dostała w przeciągu niespełna 3 miesięcy 104 wstrzykiwań: 11 po $^1/_2$, a 93 po 1 cg adrenaliny (Takamine, Parke-Davis) 1—3 razy dziennie. Już po kilku dawkach bóle ustawały, a także ogólny stan chorej widocznie się poprawiał. Zawsze jednak po pewnym szeregu wstrzykiwań (24, 20, 28, 32), musiano leczenie przerywać na 7—12 dni z powodu przykrych objawów zatrucia, które polegały na uczuciu duszenia się, zaczerwienieniu twarzy, dreszczach, ogólnem niedomaganiu i drżączce: objawy te ustępowały stopniowo zwykle już w $^1/_2$ godziny po wystąpieniu. W czasie każdej przerwy we wstrzykiwaniach, bole, bezsenność i pogorszenie stanu ogólnego znowu wracały. Radyogramy zdjęte w obu przypadkach przed-, wśród-, i po leczeniu wyraźnie stwierdzają korzystne zmiany kości pod wpływem leczenia. Przypadki te dowodzą nadto, że adrenalina, podawana w ciąży nawet przez czas dłuższy i w tak dużej ilości, nie szkodzi ani ciężarnej, ani płodowi. Dalej opisuje B. 2 przypadki nawrotu zmiękninia kości poza ciążą u kobiet, z których u jednej wyjęto macicę po cięciu cesarskiem, a u drugiej jajniki. Chore dostawały co 6 godzin 40 kropli wyciągu nadnercza: anuresyny; pierwsza chora mogła już po kilku dniach swobodnie chodzić; druga dostała razem 3340 kropli i po 33 dniach była zupełnie wyleczona, co również potwierdziły radyogramy. W końcu wykonał B. szereg doświadczeń z wyjęciem nadnercza u owiec ciężarnych i nieciężarnych, które dowiodły związku między nadnerczem, a powstawaniem zmiękninia kości, w tem znaczeniu, że choroba ta jest prawdopodobnie następstwem wadliwego działania nadnercza i nie zależy od jajników. *Dr E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 3. Lutego 1908 r.

1) K. Kostanecki przedstawia pracę własną p. t.: **Podział mitotyczny jąder bez podziału plazmy w jajkach Mactry, rozwijających się partenogenetycznie.** Pobudzając jajka Mactry do rozwoju partenogenetycznego przez umieszczanie ich w wodzie morskiej z dodatkiem chlorku potasu, autor zauważył, iż jajka przeważnie nie dzieliły się zupełnie, natomiast na drugi dzień znajdował pływające urzęsione kule, podobne do prawidłowych, z zapłodnionych jaj rozwijających się zarodków. Na podstawie badań skrawków doszedł autor do przekonania, iż urzęsione te twory były to jajka, w których powtarzał się szereg razy podział mitotyczny jąder bez podziału plazmy. Obok jajek z wielu jądrami w stanie spoczynku, spotykał autor często figury niezmiernie charakterystycznej, wielobiegunowej mitozy, które mianowicie w okresie gwiazdy macierzystej rozmieszczeniem promieniowań w równych bardzo odstępach i ułożeniem chromosomów w niezwykle regularną siatkę różniły się od znanych dotychczas obrazów wielobiegunowej mitozy.

2) K. Kostanecki przedstawia pracę p. J. Młodowskiej p. t.: **Z histogenezy mięśni szkieletowych.** Autorka badała rozwój mięśni szkieletowych grzbietnych na zarodkach kur, myszy, królików i świń. Wyniki badań są następujące: 1. Włókno mięsne u zwierząt wyższych kręgowych jest tworem równowartościowym wielu zlanym w syncytyum komórkom. 2. Włókno mięsne może być pochodne od komórek, należących do kilku myomerów. 3. Zatarcie metameryi tkanki mięsnej polega na zlaniu się myoblastów sąsiednich myomerów zapomocą plazmatycznych, coraz mocniej się rozszerzających mostów, po których biegną włókienka. 4. Do zatarcia metameryi układu mięsnego przyczyniają się komórki mezenchymatyczne. 5. Włókienka kurczliwe są produktem albo jednego myoblastu (i wtedy przerastają samodzielnie przez myoblasty), albo mogą powstawać w dwóch lub więcej oddzielnych myoblastach (i wtedy następowo zespalają się w jedno długie włókienko). 6. Jedno włókienko może być produktem komórek mięśniotwórczych, należących do dwóch myomerów sąsiednich. 7. Włókienko utworzone w jednym myomerze może swobodnie przerastać na terytoryum komórkowe sąsiednich myomerów, posługując się jako przejściem mostami plasmatycznymi wprzód wytworzonymi. 8. Włókienkom można przypisać pewną indywidualność, która się objawia: *a)* zdolnością przerastania na terytorya, leżące poza miejscem ich powstania; *b)* zdolnością samodzielnego wzrostu na długość i grubość; *c)* zdolnością do samodzielnego rozmnażania się drogą rozszczepiania (Heidenhain, Maurer). 9. Procesy

organogenetyczne prowadzą do hyperprodukcyi tkanki mięsnej embryonalnej. Część włókien mięsnych zarodkowych ulega degeneracyi. Druga część ulega metaplazyi w tkankę łączną. 10. Źródłem tkanki łącznej są nietylko ogniska, gdzie mezodermalna tkanka wprost przechodzi w mezenchymę, ale tkanka ta powstaje także drogą metaplazyi tkanki mięsnej w tkankę łączną. 11. Przerost ilości włókien mięsnych odbywa się nietylko przez podłużne rozszczepianie włókien (Felix) już istniejących, ale także przez udział komórek mezenchymatycznych, które tworzą nowe włókna.

3) L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Browińskiego p. t.: **O obecności kwasów proteinowych we krwi.** Ażeby przekonać się, czy kwasy proteinowe, wykryte przez Bądzyńskiego i jego współpracowników w moczu ludzkim, jakoteż w moczu psów, a opisane szczegółowo przez Bądzyńskiego, St. Dąbrowskiego i K. Panka, znajdują się także we krwi człowieka i zwierząt, postanowił autor zbadać co do zawartości tych związków krew końską. Krew tego zwierzęcia autor wybrał w przewidywaniu, że związki te znajdują się przedewszystkiem w surowicy krwi, a wiadomo, iż odwłókniona krew koni łatwiej, niż krew innych zwierząt, wydziela surowicę wskutek szybkiego opadania czerwonych ciałek.

Wpierw jednak musiał być zbadany co do zawartości kwasów proteinowych mocz tych zwierząt. W moczu końskim wykryto w samej rzeczy, i to w ilości dosyć znacznej, związki, które zawierały azot i siarkę, strącalne octanem rtęci, niestrącalne octem ołowiowym, które dawały sole barowe łatwo rozpuszczalne w wodzie, a nierozpuszczalne w wyskoku o charakterze soli kwasu oksyproteinowego i antoxyproteinowego, którego obecność stwierdzono nadto odczynem dwuazowym; jakoteż związki strącalne nietylko octanem rtęci, lecz i zasadowym octanem ołowiu o charakterze kwasów, należących do grupy kwasu alloksyproteinowego, wśród których nie brakło i związku strącalnego octanem miedzi o charakterze urochromu (Dąbrowski).

Stwierdziwszy zawartość wymienionych kwasów w moczu końskim, poddano badaniu surowicę krwi końskiej. Po usunięciu z surowicy białka przez zakwaszenie kwasem octowym i ogrzanie do punktu wrzenia zapomocą znanych już odczynników i metod, wykryto w niej obecność kwasów, zawierających azot i siarkę, należących do obu wymienionych grup. Z ciał otrzymanych zdołano poddać rozbiorowi na razie tylko związek strącalny octanem miedzi. Sól miedziawa tego związku, który tak względem chlorku żelazowego, jakoteż kwasu jodowego zachowywał się zupełnie, jak urochrom, nadto przy destylacyi z wapnem wydzielał pary pyrrolu, która wszakże nie była jeszcze czysta, wykazała zawartość N: 7·5 prc., S: 1·27 prc.

Wstępne próby określeń ilościowych pozwalają wnosić, że kwasy proteinowe z urochromem łącznie zawarte są w surowicy krwi końskiej w ilości 0·25 gr. na 1 litr surowicy.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. posiedzenie naukowe dnia 28 lutego 1908.

Inż. Maślanka wygłosił odczyt p. t.: **Zasady kanalizacyi miast.** Oprócz odprowadzania wód brudnych i kloacznych i do pewnego stopnia wód meteorycznych, można przy pomocy kanalizacyi uzyskać i cel uboczny, t. j. obniżyć wodę zaskórną i osuszyć grunt na pewną głębokość i odległość od kanału. W tym też celu zakłada się obok kanału ulicznego po jednej i po drugiej stronie dren zbierający. Kanały powinny być zawsze niżej położone, niż podłogi najniższych suteren. Stosownie do tego, czy kanalizacya spławna ma odprowadzać wszystkie rodzaje wód, czy też tylko niektóre z nich, oraz czy odpływ odbywa się jednym kanałem, czy też kanalizacya ma osobne kanały dla rozmaitych rodzajów wód, można utworzyć dwa systemy: 1) system jednolity (Lwów, Warszawa), 2) system rozdzielny. Przy kanalizacyi rozdzielnej można jednak odprowadzać wody użytkowe i kloaczne siecią kanałową, a wody meteoryczne odprowadzać na powierzchni i ten system rozdzielny zwiemy cząstkowym. System rozdzielny całkowity może mieć uzasadnienie tam, gdzie miasto musi oczyszczać swe wody w inny sposób, niż przez irygacyę. Jeżeli miasto nie może budować odrazu sieci jednolitej spławnej, — to może najpierw wybudować tanią sieć kanałową, o wązkim przekroju, dla wód brudnych, a później sieć dla wód meteorycznych. System rozdzielny cząstkowy jest najodpowiedniejszy dla małych miast ubogich o słabym ruchu ulicznym, a odpowiednich nachyleniach terenu i naturalnych zbiornikach (Nowy Sącz).

Dyskusya: Prof. Szpilman podnosi wady kanalizacyi we Lwowie, które są w znacznej części następstwem wprowadzenia najpierw wodociągów, a potem kanałów. Wadą jest zbyt płytkie dno Pełtwi i wogóle kanałów, stąd po burzy łatwe zalewanie piwnic i t. d. W zaprowadzeniu różnych systemów kanalizacyjnych należy indywidualizować. Dla naszych miasteczek najodpowiedniejszy jest system rozdzielny. — Dr Obtułowicz podnosi wartość systemu rozdzielnego ze względu na jego taniość i zawiadamia, że regulacya Pełtwi w pow. lwowskim rozpocznie się już w kwietniu b. r. — Prof. Kučera zaznacza, że powierzchowne wody nie są na tyle wolne od zarazków, by je można z czystem sumieniem wpuszczać do rzek i potoków, zwłaszcza tam, gdzie ludność z nich czerpie wodę do picia (epidemie duru). System rozdzielny uważałby za system z konieczności. — Prof. Bądzyński zwraca uwagę na to, że do wód, prowadzonych otwartym kanałem, nie przyzwyczajona do czystości ludność wlewać będzie wszelkie nieczystości. Jeśli takim kanałem będzie n. p. potok, ludność będzie brała z niego wodę do użytku codziennego. — Prym. Pisek podnosi znaczenie wentylacyi kanałów: przykładem paryskie, gdzie nie ma śladu smrodliwej woni.

Witold Nowicki.

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich

dnia 21. II. 1908. w szpitalu izraelickim.

Obecni: Jako goście Prof. Dr Sieradzki i Prym. Dr Kruszyński ze Lwowa, oraz 15 kolegów miejscowych. Przewodniczący: Dr Doliński. Sekretarz Dr Süsswein.

1 Kol. Süsswein przedstawia dwie chore na **zmiękninie kości** (osteomalacia), które **leczy wstrzykiwaniami** roztworu **wyciągu nadnercza,** przyczem nadmienia o obecnym stanie leczenia tej choroby i o doświadczeniach, jakie do tej pory z adrenaliną w tych przypadkach porobiono. — W dyskusyi zabierają głos kol. Manheim, Prof. Sieradzki, który przedstawia niekorzystne doświadczenia lwowskich klinik, Ehrlich i Doliński.

2. Kol. Süsswein przedstawia chorego na **cisawicę** (*morbus Addisoni*), zwracając uwagę na to, że w tym przypadku oftalmoreakcya nie dała żadnego wyniku mimo, iż wielu autorów twierdzi, że przyczyną tej choroby są zmiany gruźlicze w nadnerczach. W dyskusyi kol. Prof. Sieradzki zwraca uwagę, że chorzy tacy skłonni są do nagłej śmierci i że na stole sekcyjnym znalazł u takiego chorego przewlekły nieżyt żołądka i jelit; Grabscheid omawia sprawę oftalmoreakcyi.

3. Kol. Lenartowicz przedstawia chorego **z wrzodem gruźliczym języka,** który zdaje się być pierwotnym. — W dyskusyi zabiera głos kol. Doc. Herman, zwracając uwagę na wielkie trudności rozpoznawcze co do istoty owrzodzeń na języku, wspominając o częstych bardzo pomyłkach w tych przypadkach, które nawet najwytrawniejszym dyagnostom się przydarzały i radząc w tych razach wycinać zawsze kawałek wrzodu celem rozbioru drobnowidowego.

4. Kol. Doc. Herman, przedstawiając chorą na **złośliwego mięsaka** (*Lymphoma malignum Billrothi*), charakteryzuje w krótkich słowach istotę choroby i obecny stan jej leczenia.

5. Kol. Ehrlich przedstawia położnicę wraz z dzieckiem, u której wykonał z pomocą kol. Dolińskiego **hebosteotomię** z powodu miednicy ogólnie jednostajnie ścieśnionej przy sprz. praw. 6·75 cm., przyczem podaje rys historyczny tej operacyi, jej metodę i technikę, objaśniając swe przemówienie odpowiednim rysunkiem i okazaniem odpowiednich narzędzi. Z historyi choroby tej położnicy widać, iż połóg dnia piątego doznał zaburzenia skutkiem gorączki, wywołanej rozmięknieniem krwiaka, znajdującego się w okolicy rany kostnej, co jednak po otwarciu krwiaka i wyssaniu za pomocą klosza Biera nieropiejącej jego treści wkrótce ustąpiło. — Wynik operacyi, którą uważać należy za przygotowawczą, a nie rozwiązującą, taki, że chora pomimo założenia kleszczy wysokich (w 24 godzin po przepiłowaniu kości), nie doznała żadnych obrażeń w zakresie pęcherza moczowego i górnego odcinka pochwy, a 14. dnia po rozwiązaniu o własnej sile przechodzić się może; dziecko żywe.

6. Kol. Doliński, nawiązując do powyższego przypadku, omawia wogóle **postępowanie położnicze przz ścieśnieniach miednicy.** Zwraca szczególną uwagę na operacye, mające na celu rozszerzenie miednicy, przedstawiając pokrótce przebieg dyskusyi nad temi operacyami na ostatnim zjeździe tow. niemieckich ginekologów w Dreźnie i dochodzi ostatecznie do wniosku, że w przedstawionym przypadku dlatego wynik dla

matki jest tak korzystny, że tak samo przepiłowanie kości, jako też i zabieg rozwiązujący, t. j. kleszcze wysokie, wykonano na stole operacyjnym przy nogach ustalonych na odpowiednich podporach, upatrując w tem właśnie ochronę przeciw rozdarciu pęcherza moczowego i górnego odcinka pochwy.

7. Kol. Kutna przedstawia chorego, u którego stwierdzono **nowotwór złośliwy** wychodzący ze **śródpiersia** i omawia trudności rozpoznawcze w tym przypadku.

Dr Süsswein. Dr Doliński. Dr Kramarzyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 7. Lutego 1908.

1) Dr Meissner przedstawia narządy wewnętrzne chorego, który umarł na **lymphosarcomatosis.**

Dr Karwowski zwraca uwagę, że przypadek ten byłby się nadawał do radyoterapii.

2) Prezes Dr Chłapowski zdaje sprawę z kroków, podjętych w sprawie **statystyki raka.**

3) Radca Dr Fr. Chłapowski wygłasza wykład na temat: **O przyczynach wygasania całych gatunków zwierząt.**

Z badań wykopalisk kaulbryjskich pod Pragą, oraz w innem miejscu epoki aroicznej (w Colorado na 2000 m. głęboko, wynika, że w najdalszych czasach już fauna była nadzwyczajnie zróżniczkowana, że więc twierdzenia descendentów na bardzo słabej stoją podstawie. Z badań tych wynika, że rodzaje o wspólnych cechach przechodziły w prostej linii obok siebie szereg »mutacyi«, tworząc t. zw. przez referenta »szczeporośle«. W niektórych formacyach widzimy, że całe takie szeregi giną, które przedtem jeszcze stwierdzić było można, i tak n. p. ogromna liczba graptolitów paleozoicznych znika w sylurze. Także echinodermów całe rzędy wyginęły, później znikają blastoidy. Korale, zupełnie odmienne w formacyi paleozoicznej, również wyginęły. Ten sam los spotyka głowonogie (ortokerasy), mięczaki, amonity, raki ogromnych rozmiarów, ryby pancerne (plakodermy), muszle (dikeratidy, rudysty), smoki latające i t. d. W formacyach trzeciorzędnych uderzają zwierzęta ssące, n. p. multituberculata, oraz bezbronne raciczne (anoploteria), z których nic obecnie nie pozostało. Prelegent sądzi, że zaledwie 2 prc. zwierząt ssących utrzymało się z dawniejszych czasów.

Jakaż tego przyczyna? Cuvier, ojciec paleontologii, wymyślił 27 peryodów i teoryę kataklizmów. Barraut sądzi, że chodzi o nowe kreacye, Darwin widzi przyczynę w walce o byt, selekcyi i t. d., Häckel w braku paszy i t. d. Przeciw zapatrywaniu Darwina, który wierzył w nieograniczoną możność odmieniania się, stawia prelegent zasadę, że zwierzęta tylko do pewnego stopnia mogą ulegać odmienianiu się, a potem giną. Każda »szczeporośl« ma swój przebieg od młodocianej do starczej, jedna prędzej, druga wolniej dochodzi do szczytu i ginie. — Przed Darwinem już Lamarck postawil tezę, że formy zmieniają się według fizyologicznych potrzeb. Obecnie znów Cope jest przedstawicielem Neolamarckizmu.

Prelegent streszcza swoje zapatrywanie, jak następuje: Rozwój świata zwierzęcego polega na rozkrzewieniu równoległych »szczeporośli«, niewiadomo, czy z jednego, czy z kilku pni wychodzących. Każda szczeporośl wiedzie do przemian (mutacyi), które wygasają, nie zostawiając potomków. Zastępuje je inna gałąź. Obecnie żyjące gatunki są to szczeporośle, które nie doszły do ostatniego kresu. Zaczyna się więc wyjaśniać mechanizm wymierania gatunków. Tak n. p. obecnie skazane są na wymarcie wieloryby, słonie, żyrafy. Rozwój szczeporośli jest nieodwracalny. Doszedłszy do pewnego rozwoju, nie może się cofnąć i ginie. Nie potrzeba więc do wytłómaczenia ani kataklizmów, ani predestynacyi, ani epidemii, opanowujących całe szczepy we wszystkich krajach, ani walki o byt i t. p. teoryi.

Dr Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Walne Zgromadzenie organizacyjne d. 18/31. I. 1908.

Obecnych osób 68.

Posiedzenie otwiera Prof. Zaleski, jako jeden z założycieli Związku.

I. Na wniosek Prof. Zaleskiego obrano prezesem zgromadzenia Prof. Ziemackiego.

II. Na wniosek prezesa zgromadzenia, Prof. Ziemackiego, obrano 2 asesorów: Dra Marcinkiewicza i p. Łukaszewicza i 4 sekretarzy: Doc. Sowińskiego, Dra Ulińskiego i pp. Doc. Smoleńskiego i Małachowskiego.

III. Prof. Zaleski w gorącem przemówieniu przypomina historyę założenia b. »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«, podnosi zasługi pierwszych działaczy, którzy przyczynili się do ukształtowania »Koła« i przytacza szczegółowy zarys działalności »Koła« w ciągu lat 7. (Patrz »Przegląd lekarski« Nr 7, 1908. str. 88). Na wezwanie Prof. Zaleskiego składa zgromadzenie podziękowanie katolickiemu Towarzystwu Dobroczynności w Petersburgu za gościnność, z której »Koło« korzystało w ciągu 7 lat i Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, który w ciągu tego czasu był organem »Koła«.

Prof. Zaleski odczytuje telegram gratulacyjny od Prof. W. Orłowskiego.

V. Prezes zgromadzenia, Prof. Ziemacki, wobec tego, iż wszystkim obecnym ustawa »Związku« była rozesłana, wnosi, aby bez odczytania przystąpić bezpośrednio do uwag nad ustawą.

Ustawę przyjęto jednomyślnie.

V. Na wniosek Dra Zakrzewskiego składa zgromadzenie serdeczne podziękowanie Prof. Zaleskiemu za pracę, podjętą tak przy stworzeniu ustawy, jak samego »Związku«.

VI. Przystępując do wyborów, zgromadzenie przyjęło wnioski Doc. Sowińskiego i p. Więckowskiego, aby najpierw ogłosić kandydatów na prezesa, a potem przystąpić do wyborów i w ten sam sposób postępować przy wyborach innych członków zarządu. Według ustawy wszystkich urzędników »Związku« należy obierać wspólnie, wobec tego zaś, iż lekarze i przyrodnicy mało jeszcze się znają, uchwalono obierać wspólnie tylko prezesa »Związku«, skarbnika i bibliotekarza (kustosza); innych zaś urzędników obiera każda sekcya z osobna i wybór swój przedstawia do zatwierdzenia zgromadzeniu.

VII. Na wniosek Prof. Ziemackiego złożyli wszyscy obecni podpisy własnoręczne, które mają być przechowywane w archiwum »Związku«.

VIII. Do wyborów przystąpiło osób 65. Prezesem »Związku« obrano Prof. Zaleskiego (59 głosów), skarbnikiem Dra A. Karnickiego (64 gł.), bibliotekarzem (kustoszem) Dra Jastrzębskiego (54 gł.), a pomocnikiem bibliotekarza pannę Zegotę.

IX. A. Sekcya lekarska: głosujących osób 37. Wiceprezesem został wybrany Prof. Ziemacki (33 gł.), sekretarzem posiedzeń naukowych Doc. Sowiński (31 gł.), sekretarzem dla spraw administracyjnych Dr Uliński (28 gł.). Do Rady obrano: Prof. Raczyńskiego (33 gł.), Dra Wolańskiego (32 gł.), Doc. Z. Orłowskiego (29 gł.) i Dra Zakrzewskiego (26 gł.), kandydatami zaś Dra Marcinkiewicza i Dra W. Kozłowskiego.

B. Sekcya przyrodnicza: głosujących osób 25. Wiceprezesem został obrany inż. p. Jaczewski (21 gł.), sekretarzem Doc. p. Smoleński (24 gł.). Na członków Rady obrano: Prof. W. Staniewicza (21 gł.) i inż. p. Dzierzgowskiego (18), kandydatem Prof. Friesendorffa.

Nastąpiło wzajemne zatwierdzenie osób wybranych.

X. Przystąpiono wspólnie do wyborów Komisyi rewizyjnej. Zostali wybrani: Dr Kamieński (przewodniczący 57 gł.), p. Wachowski (55 gł.), Dr Wierciński (56 gł.) i Dr Wilamowski (55 gł.).

XI. Na zasadzie § 15 Ustawy, na wniosek Rady »Związku« in corpore, przez jawne głosowanie został jednomyślnie obrany pierwszym członkami honorowym »Związku« Prof. Witold Orłowski. Stałymi członkami »Związku« obrano: Drów Noiszewskiego, Seweryna, Rudzkich Stefana i Wiktora, Maczewskiego i Prof. weterynaryi Gordziałgowskiego.

XII. Sprawy bieżące:

1. Uchwalono obrać »Przegląd lekarski« za organ »Związku« i przesłać temu pismu 100 rbs., jako jednorazową subwencyę w dowód uznania za wieloletnią pracę dla b. »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«.

2. Prezes Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż popiersie Dra Strawińskiego jest już gotowe; uchwalono odsłonić je w sposób uroczysty.

3. Prezes Prof. Zaleski podnosi, iż należałoby wydawać zeszyty prac członków »Związku«. Wydawnictwo w zasadzie uchwalono.

4. Zgromadzenie wyraża podziękowanie Drom Bykowskiemu, Hattowskiemu i Zakrzewskiemu i innym osobom za zajęcie się urządzeniem przedstawienia na szpital polski, które dało czystego dochodu z górą 1000 rbs.

5. Wniosek Prof. Ziemackiego, by obrać stałą komisyę do zbierania funduszu na budowę szpitala polskiego, a także na założenie pracowni i ambulatoryum, w zasadzie jednomyślnie uchwalono.

6. Posiedzenia postanowiono nadal odbywać w sali »Ogniska Polskiego« i uchwalono złożyć Zarządowi i gospodarzom »Ogniska« podziękowanie za dotychczasową gościnność.

Sekr. *Zdzisław Sowiński.* Prezes *St. Zaleski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Na posiedzeniu Wydziału z dnia 12. III. przedstawił Dr Jaugustyn sprawozdanie kasowe i sprawozdanie oddziału należytości, Dr Murczyński sprawozdanie kasy pogrzebowej, Dr Żydłowicz sprawozdanie administracyi znaczków receptowych, a Dr Sokołowski sprawozdanie biura pośrednictwa. Przewodniczący, wiceprezes Dr Damski, zawiadomił, iż nowy statut zatwierdzony już został przez Namiestnictwo, wobec czego przystąpić będzie można do utworzenia organizacyi lekarzy w całym kraju. Dr S. udzielono 150 Kor. zapomogi. Wreszcie omawiano sprawę wyborów do Rady miejskiej krakowskiej. *R.*

Ze Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie. Wydział dla spraw bytu lekarzy obrał na posiedzeniu w d. 5. III. b. r. referentem taksy lekarskiej na konferencyi, którą ma zwołać Zarząd, Dra J Zawadzkiego. Do opracowania taks specyalnych zaproszono Dr Jakimiaka (chirurgia), Staniszewskiego (położnictwo), Cetnarowicza (okulistyka), Heimana (otyatrya), Dudrewicza (laryngologia), Drozdowicza (chor. skórne i weneryczne), Barszczewskiego (elektroterapia). Następnie Dr Łazarowicz przedstawił sprawę ambulatoryów szpitalnych. Już w r. 1906 postanowiono nie przyjmować w ambulatoryach szpitalnych: 1) robotników fabrycznych, mających zapewnioną pomoc lekarską na zasadzie ustaw, 2) pracowników instytucyi, w których pomoc lekarska jest źle zorganizowana, 3) pracowników bogatych instytucyi i korporacyi, mogących zorganizować pomoc lekarską, 4) osób przyjezdnych, prócz ubogich, wysyłanych kosztem gmin. Referent wnosi, aby 1) uświadamiać ogół, że organizacye pomocy lekarskiej powinny na wzór zagranicy tworzyć kasy chorych, 2) sprawdzać w ambulatoryach świadectwa ubóstwa, 3) zobowiązać lekarzy ambulatoryów, aby przyjmowali chorych tylko na podstawie wiarogodnych świadectw ubóstwa, 4) zapytać magistrat, jakim kategoryom chorych udzielać będzie pomocy lekarskiej i tylko takich chorych leczyć za opłatą, składaną przez magistrat od chorego, 5) określić maximum chorych (12), których w ambulatoryum jeden lekarz może przyjąć w ciągu godziny, 6) sprawdzenie świadectw ubóstwa powierzyć w ambulatoryach inteligentnym urzędnikom. Następne zebranie Wydziału odbędzie się 18. III. *R.*

Egzamin na lekarza sztabowego krytykuje »Allgemeine militärärztliche Zeitung«. Egzamin ten w formie dotychczasowej naraża ludzi często bardzo dzielnych, wskutek chwilowego może zdenerwowania na to, że przepadli przy egzaminie kandydaci pozostają potem całe życie ze swojem wykształceniem uniwersyteckiem na stanowisku, dostępnem w wojsku dla ludzi, którzy skończyli zaledwo szkołę ludową. Następnie egzamin ten obejmuje przeważnie tylko teoretyczne przedmioty i nadmiar szczegółów pamięciowych, a niepożytecznych. O wiele właściwsze byłyby 4—6-tygodniowe kursa, podczas których z jednej strony kandydat miałby sposobność uzupełnić niektóre swe wiadomości n. p. w zakresie higieny, chirurgii, bakteryologii i t. p., a z drugiej komisya, przez dłuższy czas obcując z kandydatami, mogłaby sobie wyrobić dokładny sąd o ich uzdolnieniu. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8. do 14. III. 1908 doniesiono o 53 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: w mieście Lwowie 1, w pow. Bohorodczany (Kryczka 2), Brzeżany (Chorościec 2), Cieszanów (Sucha wola 1), Drohobycz (Bronica 10), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 10), Jaworów (Hruszowice 2), Kamionka (Witków nowy 4), Lwów (Hermanów 3), Rawa (Werhrata 2, Potylicz 4), Rohatyn (Rohatyn 1), Skałat (Połupanówka 1), Stanisławów (Komarów 5), Tarnopol (Zagrobela 1), Tłumacz (Jezierzany 3); ospy sprawdzono 1 przypadek w Miękini pow. Chrzanów. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. III. 1908 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 7; zmarło osób 45 (w tem obcych 13), z nich z gruźlicy 12 (4), zapalenia płuc 6, błonicy 1, duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 7, płonicy 2, duru brzusznego 1 † 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1, krztuśca 4, płonicy 9 † 2 (w tem obcych 2 † 2), odry 12, duru brzusznego 4 (1). *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. III. b. r. posiedzenie, na którem po przemówieniu prezesa Prym. Dra Borzęckiego, Rektor prof. Jakubowski przedstawił z własnych wspomnień dzieje założenia Towarzystwa i odsłonił portret założyciela Dra Al. Kremera. Imieniem rodziny Dra Al. Kremera życzył prof. Domański Towarzystwu dalszego pomyślnego rozwoju. Następnie na wniosek Prezesa Tow. wybrano 4 członków Polskiego Komitetu dla IV. Zjazdu lek. i przyr. czeskich, a na wniosek prof. Ciechanowskiego wezwano Zarząd Towarzystwa, by zwołał organizacyjne posiedzenie zachodnio-galicyjskiego Komitetu badania i zwalczania raka. W końcu przedstawił Dr Łapiński przypadek gynekomastyi, a Dr Regiec miał zapowiedziany wykład: O leczeniu skrzywień gimnastyką szwedzką. W dyskusyi przemawiali: Doc. Chlumsky, prym. Z. Wachtel i prelegent.

— D. 12. III. b. r. odbyło się za staraniem i pod przewodnictwem R. dw. prof. Wicherkiewicza zebranie grona lekarzy i aptekarzy w sprawie usunięcia wyrobów pruskich. Wybrano komitet wykonawczy, który stanowią: Dr Damski, Dr Kwaśnicki, Doc. Dr. Rutkowski, Dr Sokołowski, Dr Weinsberg, mag. farm. pp. X. Mikucki i Grabowski.

— Celem zaproszenia lekarzy polskich do udziału w IV. Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, odbyć się mającym w Pradze na Zielone Święta (6—10. VI. 1908), bawił we Lwowie i w Krakowie prof. Dr Heveroch, generalny sekretarz Wydziału gospodarczego Zjazdu, prezes Izby lekarskiej. Do zawiązującego się polskiego Komitetu Zjazdu wybrani zostali przez Towarzystwo lek. krakowskie: prezes Tow. Prym. Dr Borzęcki, prezydent Izby lek. R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz, prezes ostatniego Zjazdu polskiego Dr Kwaśnicki i redaktor główny »Przeglądu lek.«.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

XV. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się napewno w połowie lipca r. b. w Warszawie, albo w Krakowie. Upraszam o wczesne zgłaszanie wykładów.

L. Rydygier,
Przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Pan Gustaw Szancer, aptekarz w Skolem, używa stale znaczków 10-halerzowych na flaszkach z »Syrup. sulphoguajacol. codein.« własnego wyrobu, i zużył dotychczas na ten cel znaczków za 650 koron, która to kwota przelana została do funduszu wdów i sierot Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Wydział Towarzystwa Samopomocy, uznając ofiarność wytwórcy krajowego, składa Mu za to podziękowanie i uprasza wszystkich kolegów, aby w odpowiednich przypadkach przetwór ten zapisywać zechcieli, tembardziej, że według orzeczenia komisyi przemysłowej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, przetwór ten nie ustępuje w niczem podobnym, wytwarzanym za granicą.

Sekretarz: *Dr K. Flis.* Wiceprezes: *Dr W. Damski.*

Lwów. Doc. Dr Gońka, dyrektor c. k. ambulatoryum dentystycznego, zamierza urządzić dla lekarzy z prowincyi 3—4 tygodniowy kurs dentystyki. Kurs rozpocznie się z końcem marca i trwać będzie do końca kwietnia z przerwą w czasie Wielkiego tygodnia. Liczba uczestników ściśle ograniczona, ośmiu. Zgłoszenia adresować należy: Lwów, ul. Kopernika l. 1.

— Rada miejska postanowiła przeznaczyć na t. zw. Żelaznej Wodzie 16 morgów na »Park Jordana«. Urządzenie parku ma kosztować 150.000 K., jednakże budżet tegoroczny nie zawiera żadnej kwoty na pokrycie tego wydatku.

— Budowa kliniki okulistycznej, laryngologicznej i psychiatrycznej i opodal nich kliniki dermatologicznej przy ul. Piekarskiej naprzeciw zakładów teoretycznych ma się rozpocząć stanowczo tego lata.

Warszawa. Dur plamisty został zawleczony do szpitala Dz. Jezus, według pism lekarskich warszawskich, najprawdopodobniej przez chorych przychodnich i wybuchł naprzód w gmachu administracyjnym. Na oddziałach szpitalnych zdarzają się tylko pojedyncze przypadki; chorych przenosi się natychmiast do szpitala św. Stanisława. W szpitalu tym jest obecnie kilkudziesięciu, w szpitalu izraelickim przeszło stu chorych na dur plamisty. Ofiarą duru padł lekarz szpitala Dz. Jezus, Dr Koronkiewicz i jedna z zakonnic.

— W szpitalu św. Rocha urządzone ma być prosektoryum, pracownia lekarska i rentgenograficzna, a skasowane mieszkanie lekarza naczelnego.

— W ambulatoryum szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów wakuje stanowisko lekarza okulisty.

— Według danych, zawartych w świeżo wydanym XXXV. tomie »Prac warszawskiego komitetu statystycznego«, wynosiła ludność Królestwa polskiego w r. z. 11,505,112; przyrosło 182,663, przyczem na 100 zgonów przypadało 173 narodzin. Chorobowość w ciągu ostatniego dziesięciolecia wynosić miała od 83 do 118‰ ludności. Jeden lekarz przypadał na 1450 mieszkańców w miastach, 30,090 (!) w powiatach; jedno łóżko szpitalne na 2,200 mieszkańców, apteka na 34,970. (Niestety ścisłość prac Komitetu, kierowanych przez prof. Jesipowa, pozostawia wiele do życzenia, jak to wielokrotnie udowodniono w różnych pracach lekarskich polskich).

— Komitet badania raka ma wkrótce ogłosić konkurs na pracę o raku z nagrodą 300 rb., ofiarowaną bezimiennie (Med. i Kron. lek. 11).

— Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906« znajduje się już w druku. (Med. i Kron. lek. 11). Wiadomość tę witamy z radością.

— Wystawa zdrojowa w Ciechocinku otwarta zostanie 7. VI. b. r. W komitecie wystawy, złożonym z 15 członków, zasiadają z lekarzy: Dr H. Lubowski (prezes), K. Ciągliński (wiceprezes), Lorentowicz (sekretarz), Pyrz (skarbnik), Bicsiekierski, Grudziński, Ruppert, Arnstein i Bandrowski. W sprawach wystawy zwracać się należy do Dra L. Lorentowicza (Warszawa, Marszałkowska 110).

— W Ciechocinku zbudowane być mają w r. b. nowe łazienki gazowe (50 wanien), błotne (20) i solankowe (40), pracownia i sala operacyjna.

— Dla Ciechocinka opracowane zostały nowe przepisy przez komisyę, powołaną przez generał-gubernatora. W gronie komisyi zasiadał także lekarz zakładu, Dr. J. Dembicki, oraz Dr. Ruppert i Lorentowicz, jako delegaci »Towarzystwa przyjaciół Ciechocinka«. Nowe przepisy są podobno zastosowane do nowoczesnych wymogów naukowych.

— Szpital miejski w Pabianicach, zbudowany kosztem obywateli, fabrykantów, oraz kasy miejskiej, ma być podobno sprzedany przedsiębiorcy z tego powodu, iż zarząd miejski nie może pokryć kosztów utrzymania zakładu.

Wilno. W sierpniu b. r. odbędzie się w Wilnie wystawa pod godłem »Dziecko«. Z 7 jej sekcyi jedna obejmie: karmienie i pielęgnowanie niemowląt (zarząd: Dr Łukowski i Dr Żabko-Potapowicz), a druga higienę szkolną i fizyczny rozwój dzieci (Dr Staniewicz).

Z różnych stron. XVI. międzynarodowy Zjazd lekarski odbędzie się 29. VIII. do 4. IX. 1909 w Peszcie. Prezesem narodowego komitetu polskiego jest R. dw. prof. Wicherkiewicz w Krakowie. W tymczasowym programie prac w sekcyach znajpuje się pewna liczba referatów, objętych przez Polaków. Znajdują się tu nazwiska Dra Higiera, Herynga, Heimana, Spiry, Juchnowicz-Hordyńskiego, prof. Baurowicza, Dogiela i Fingera. — Z okazyi Zjazdu przeznaczyło węgierskie ministerstwo spraw wewn. nagrodę 1000 koron za najlepszą pracę o etyologii jaglicy. Prace (w rękopiśmie lub drukowane po raz pierwszy w r. 1907 lub 1908) w języku węgierskim, niemieckim, francuskim, lub angielskim należy przesyłać najdalej do 31. XII 1908 pod adresem: Belügyministerium, Budapest.

— Henryk Dunant, założyciel Czerwonego Krzyża i twórca konwencyi genewskiej, obchodzić będzie 8. Maja b. r. 80-tą rocznicę urodzin.

— Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza odbędzie się w r. b. w Filadelfii równocześnie ze Zjazdem przeciwgruźliczym, odbyć się mającym się w Washingtonie.

— W Niemczech powstaje »Państwowy Wydział dla uzupełniającego wykształcenia lekarskiego« pod honorowem przewodnictwem kanclerza ks. Bülowa.

— W komisyi budżetowej parlamentu austr. zapowiedział minister Bienerth rychłe wniesienie ustawy o chorobach zakaźnych, oraz ustaw w sprawie wykonywania dentystyki i w sprawie poprawy bytu lekarzy rządowych. Zapowiedział też m. i. utworzenie Zakładu badania środków spożywczych we Lwowie.

— Międzynarodowy Związek Akademii Umiejętności (w którym, jak wiadomo, polskiej Akademii nie dano przedstawiciela) postanowił wydać dzieła lekarzy starożytnych. Wydawnictwo to, mające kosztować 150,000 Mk., a trwać 15—20 lat, powierzono akademiom berlińskiej, lipskiej i kopenhaskiej.

— Berlińskie stowarzyszenia lekarskie zamierzają na wzór londyńskich połączyć się w jedno ogólne towarzystwo.

— W Niemczech wzmaga się coraz bardziej ruch w kierunku wychowania fizycznego młodzieży. I tak n. p. zajęto się tam obecnie młodzieżą, kończącą szkoły (ludowe), postanawiając uporządkować sprawę ćwiczeń cielesnych w szkołach dopełniających. W szkołach ludowych berlińskich prócz zwykłych 10-minutowych przerw między godzinami nauki wprowadzone będą w lecie r. b. 20-minutowe przerwy po 2-giej i 4-tej godzinie, przeznaczone na zabawy ruchowe i t. d.

— W kantonie Aargau urządzono w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego zbiorowe wywiady, z których zdaje sprawę Dr Heppe w »Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte« (Nr 4 r. b.). Od r. 1902—1905 leczono w tym kantonie na tę chorobę 582 chorych, a 676 napadów. Liczba chorych w tym okresie stopniowo wzrastała. $^2/_3$ chorych było w wieku od 11—30 lat, większość płci męskiej; w pewnych rodzinach stwierdzano rodzinne usposobienie do choroby. Gromadnie pojawiało się zapalenie wyrostka w lutym i lipcu. W $^1/_3$ gmin kantonu chorobowość dochodziła 1—5‰ ludności; w połowie gmin kantonu nie było natomiast wcale zachorowań na tę chorobę. 2·5% gmin uznano za »ogniska« choroby (chorobowość 32·6‰ ludności).

— Badania Maya nad zdatnością do wojska w Niemczech dowodzą, że o ile wśród ludności wiejskiej liczba zdatnych się powiększa, o tyle wśród ludności miejskiej coraz mniej jest młodzieńców silnych i zdatnych do wojska. Przyczynę upatruje M. w coraz to częstszem wśród sfery robotniczej sztucznem karmieniu niemowląt, a dalej w osłabieniu kobiet przez pracę w fabrykach, co oddziaływa szkodliwie na ich potomstwo. *K.*

— Do wzajemnej wymiany wykładów lekarskich między Francyą a Anglią zgłosiło się po kilkunastu wybitnych uczonych z obu tych krajów. Na czele komitetów tej »Entente cordiale médicale anglo-française« stoją ze strony angielskiej Douglas Powel i Dyce Duckworth, z francuskiej Landouzy, Lucas-Championnière i Raymond.

— We Francyi praktykuje około 100 lekarek, przeważnie na posadach w szkołach żeńskich, przy poczcie i t. p., kilka jako lekarki okrętowe i więzienne. Słuchaczek medycyny jest obecnie we Francyi około 600.

— Pani Debrousse ofiarowała 7 milionów franków na schronisko dla starców i nieuleczalnych pod Lyonem; przed paru już laty złożyły dzieci ofiarodawczyni 20 milionów franków na fundacyę szpitala Debrousse. Bar. A. Rothschildowa zaś zapisała przeszło 2 miliony fr. paryskiemu stowarzyszeniu opieki nad niemowlętami i położnicami.

— Pomnik prof. Brouardela odsłonięty zostanie w Paryżu w lipcu w sąsiedztwie gmachu Wydziału lekarskiego.

— Główny zarząd lekarski rosyjskiego ministerstwa spraw wewn. zarządził celem zapobieżenia wybuchowi cholery z wiosną, aby o każdym podejrzanym przypadku natychmiast donoszono władzom, aby obmyślano zaopatrzenie ludności w dobrą wodę itd.

— Niejaki Bernelot Moens wspólnie z pewnym lekarzem zamierza podobno badać doświadczalnie pochodzenie człowieka, a to przez sztuczne zapładnianie małp nasieniem murzynów w Kongo. »Lancet«, donosząc o tem, potępia wprawdzie ten pomysł, ale równocześnie zawiadamia, że już kilka osobistości z domów królewskich ofiarowalo pomoc materyalną na ten cel.

— Niedawno rozstrzygał w Monachium sąd ciekawą sprawę. Pewien specyalista wydobył u pewnego chorego z nerki dwa bardzo duże kamienie. Gdy następnie lekarz chciał dla celów naukowych te kamienie sobie zabrać, chory na to się nie zgodził, wobec czego lekarz domagał się dwa razy większego honoraryum, niż pierwotnie się umówiono, twierdząc, że dlatego oznaczył za operację niską cenę, bo myślał, że otrzyma kamienie, dla niego bardzo cenne. Sąd orzekł, że części wydobyte z ciała chorego należą w pierwszym rzędzie do chorego. Z drugiej

jednak strony uznał sąd następowe żądanie lekarza co do wyższego honoraryum za usprawiedliwione, gdyż kamienie, które zatrzymać się spodziewał, mogły mieć dla niego tak wysoką wartość. *K.*

— W jak ciężkich warunkach czasem lekarze pracować muszą, widać dosadnie z listu, przytoczonego w »Rus. med. Obozr.«. W Taganrogu otacza codziennie szpital tłum ludzi w groźnej postawie, domagając się wydania chorych cholerycznych, których rzekomo w szpitalu się truje. Lekarze muszą prowadzić ten tłum do chorych i wypijać lekarstwa, podawane chorym. Po pewnym czasie scena ta znowu się powtarza, tłum niszczy druty telefoniczne i t. p. *K.*

Mianowani: Kierownikiem przytułku dla chorych umysłowych w Drewnicy pod Warszawą Dr Piotr Pręgowski; Dr Matylda Biehlerowa lekarzem ambulatoryum szpitala św. Ducha w Warszawie; Dr Aleksander Godłowski w Lisku lekarzem powiatowym;

bezpłatnymi asystentami w szpitalu izrael. w Warszawie Drowie J. Lipsztat, L. Spielrein, M. Springer i G. Krukowski.

pedyatra Doc. Lange i dermatolog Doc. Riecke w Lipsku profesorami nadzw.; Prof. Schwalbe z Karlsruhe dyrektorem zakładu patol. w Rostocku; Doc. Soetberg profesorem nadzw. medycyny wewn. w Giessen; Dr. Berestnew dyrektorem zakładu bakteryologicznego w Moskwie.

Powołani: Prof. Kries z Fryburga na katedrę fizyologii w Monachium.

Zmarli: Dr van den Corput, były profesor terapii ogólnej w Brukseli; Dr Chirone, prof. farmakologii w Neapolu; chirurg Doc. Fieber w Wiedniu; chirurg Reginald Harrison w Londynie;

Dr Józef Kuniewicz, b. ordynator instytutu położniczego, w 57 r. ż. w Warszawie; Dr Koronkiewicz, lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie, w 32 r. ż.; Dr Feliks Czahorowski w 34 r. ż. w Nowomińsku.

Redakcya otrzymała: Spira: A case of extra dural abscess induced by middle-ear disease. Journ. of. laryng. rhinol. and otology. 1908.— Sędziak: 1) Contribution to the pathology and therapy of submucous inflammation of the larynx. Journ. of. Laryng. 1908. 2) Il polipo della laringe d'origine traumatica. La Pratica oto-rino-lar. 1908. — Eisenberg. Przyczynek do mechanizmu zakażeń. Gaz. lek. 1907. — R. c. Dr E. Krzyżanowski. Przepisy sanitarno-policyjne dla zdrojowiska w Truskawcu. Lwów. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zebranie Sekcyi Jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **w piątek d. 27. marca 1908 o godz. 6 wieczór** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O znaczeniu rozpoznawczem odczynu skórnego i ocznego po szczepieniu tuberkuliną Kocha na podstawie własnych doświadczeń, kol. Dr Sikorski. 3) Sprawozdanie członków sekcyi co do wyniku zaprowadzonej przed rokiem taryfy za czynności lekarskie. 4) Sprawy zawodowe.

O liczne zebranie się uprasza Biuro sekcyi.

Równocześnie wzywamy P. T. członków, ażeby w myśl uchwały z dnia 21. lutego 1908 ze względu na zapadłą uchwałę o wywłaszczeniu w Prusach zaczęli bezzwłocznie bojkotowanie wszystkich Towarzystw ubezpieczeń życia w Niemczech, przez bezwzględną odmowę wydawania świadectw lekarskich i podejmowania badań dla wspomnianych zakładów.

Z Biura Sekcyi jarosławskiej Tow. lekarzy galic.

Dr M. Feldmann, sekretarz. *Dr W. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit (Dr M. Deutsch, Therapeutisches Centralblatt Nr 13, 1907) ma nad innymi przetworami odżywczymi tę przewagę, że zawiera wszelkie substancye, potrzebne dla odbudowy tkanek. Visvit bywa stosowany przy neurastenii i padaczce. Szczególną wartość przypisuje Deutsch lecytynie i hemoglobinie, pierwszej dla odbudowy substancyi nerwowej, drugiej dla odświeżania krwi. Hemoglobina usuwa niedokrwistość, wzmacnia cały ustrój i stwarza przez to korzystne warunki dla leczenia padaczki i neurastenii. Podrażnienie mózgu i nerwów, jako stałe zjawisko, towarzyszące neurastenii, bywa skutecznie zwalczane przez zawartą w visvicie lecytynę, a przez to podnosi się zdolność działania układu nerwowego. Przy stosowaniu visvitu polepsza się ogólny stan chorego, podnosi się jego waga i wzmaga się ilość hemoglobiny we krwi. *Hr.*

Jodofan (Dr Aleks. Singer, Wiener klinische Rundschau Nr 2, 1908) stosowano przy leczeniu zapalenia ucha środkowego w poliklinice dziecinnego szpitala Karoliny. 40 chorym wkładano po jednorazowem wystrzykaniu ucha obsypane jodofanem paski wyjałowionej gazy, pozostawiając ją przez 2—3 dni. Po wyjęciu gazy wydzielina stała się obfitszą, zupełnie jednak bez zapachu i pozbawioną bakteryi. Chorym z częściowo uszkodzonym bębenkiem można jodofan wdmuchiwać zapomocą rozpylacza. Już przy pierwszej zmianie gazy było bardzo mało wydzieliny, która była zupełnie szklista. Po drugim i trzecim razie wydzielina znikła. Próbowano również jodofan przy cuchnieniu z nosa. po rozmiękczeniu strupów przez pendzlowanie 3 prc. nadtlenkiem wodoru, usuwa się je szczypczykami, błonę śluzową pendzluje się, albo wyciera formaliną i wdmuchuje jodofan. Przy badaniu wziernikiem okazało się, że błona śluzowa zlekka się zaczerwieniła, obrzękła cokolwiek i wydziela rozrzedzoną wydzielinę Przy końcu tygodnia już przestały się strupki tworzyć i przykra woń ustąpiła zupełnie. Jodofan jest zatem środkiem odkażającym i przeciwgnilnym, pozbawionym zapachu, nie wywołującym podrażnienia i odwaniającym. *Hr.*

Liquor ferro-mangani peptonati i liquor mangani saccharati, przetwory żelaziste wyrobu Dieterícha, stosowano w klinice dla umysłowo chorych w Carlsfeld i stwierdzono we wszystkich przypadkach dobre działanie. Zarówno spostrzeżenia Junga (Therap. Monatshefte 1902, II.), jakoteż dawniejsze doświadczenia, które podają Escherich (Wiedeń), Scognamiglio (Neapol), Schürmayer (Hannower) i i. upoważniają do wniosku, iż oba te przetwory są dobrymi lekami w błednicy i niedokrwistości, przy skąpem i bolesnem miesiączkowaniu, po utratach krwi i wyczerpujących chorobach, wreszcie jako środek nie do pogardzenia przy histeryi i neurastenii. *S. W.*

Odpis L. 832/08.

Obwieszczenie.

Na podstawie reskryptu Wydziału krajowego z 2/10 1907 L. 99.704 Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Nowemmieście.

Okręg sanitarny nowomiejski obejmuje następujące miejscowości w powiecie dobromilskim: Nowemiasto, Posadę nowomiejską, Komarowice, Grodzisko, Grabownicę i Przedzielnicę, zaś w powiecie starosamborskim Błozew górną, Wołczę dolną, Koniów i Towarnik.

Lekarz okręgowy obowiązany utrzymywać aptekę domową. Do posady tej przywiązana roczna płaca 1.000 Kor. tudzież ryczałt na objazdy 450 Kor., od gminy Nowegomiasta dodatek na mieszkanie 300 Kor., a nadto prawo do emerytury względnie pensya wdowia i zaopatrzenie osieroconych dzieci z funduszu powiatowego w myśl etatu urzędniczego resp. statutu emerytalnego.

Ubiegający się winni wnieść podania do tut. Wydziału powiatowego najdalej do dnia 15 kwietnia b. r. i oprócz zdatności fizycznej i nieprzekroczonego wieku lat 40 wykazać się prawem obywatelstwa austryackiego, dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej, nieskazitelnością charakteru, znajomością języków krajowych i najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo zastrzeżone posiadającym dwuletnią praktykę resp. służbę w szpitalu powszechnym lub egzamin fizykacki.

Dobromil, dnia 25 lutego 1908. 375

Z Wydziału Rady powiatowej.

V. Prezes:
Tyszkowski.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych
w Krakowie.

L. 17.660/I.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę **lekarza** c. k. kolei państwowych z siedzibą w Suchej ogłasza się niniejszem konkurs.

Do okręgu lekarskiego w Suchej przedzieloną przestrzeń od km. 65.927 do km. 73.0 linii Zwardoń—Zagórz z budkami strażniczemi Nr 46 do 52 i przestrzeń od km. 0.0 do km. 18.0 linii Sucha—Skawina z budkami strażniczemi Nr 1 do 8, dalej personal kolejowy Sekcyi konserwacyi kolei w Suchej i c. k. Zarządu ogrzewalni maszyn w Żywcu zamieszkały w Suchej, w końcu personal kolejowy c. k. Urzędów stacyjnych w Suchej, Skawcach, Stryszowie, Stroniach i Lachowicach.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.800 Kor. i ryczałt na objazdy w kwocie 300 Kor. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 1 Kor. zaopatrzone, wnieść należy najpóźniej do 1 kwietnia 1908 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie.

Kraków, dnia 28 lutego 1908. 376

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 138.

KONKURS

na posadę **lekarza kręgowego** z siedzibą w Łazach pod Radymnem w powiecie jarosławskim, rozpisuje Jarosławski Wydział powiatowy, naznaczając termin do wnoszenia podań o tę posadę na dzień 20 kwietnia 1908.

Petenci o tę posadę winni się wykazać kwalifikacyami takiemi, jakie wylicza § 7 ustawy z 5/10 1906 Dz. ust. kraj. Nr 148, a zwłaszcza tem, że nie przekroczyli 40 r. życia.

Płaca za czynności łaskiego lekarza okręgowego wynosi 1.000 Kor. rocznie, a ryczałt na objazdy, wyznaczony przez Wydział krajowy 600 Kor. rocznie. 381

Z Wydziału Rady powiatowej.

Za Prezesa:
Ig. Rychlik w r.

Rok XLVII. Kraków, dnia 28. marca 1908. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego Szpitala.

Przyczynek do oceny wartości klinicznej szczepień naskórnych tuberkuliny u dzieci metodą Pirqueta.

Podał
Wacław Jasiński
lekarz-intern szpitala.

Ogłoszona w maju r. z. przez Pirqueta metoda rozpoznawczego stosowania tuberkuliny w postaci szczepień naskórnych stoi w związku genetycznym z innemi pracami tegoż autora: jest ona zużytkowaniem rozpoznawczem tak zwanej przez niego allergii. Mianem allergii oznacza Pirquet odmienny sposób oddziaływania na jad lub zakażenie tych ustrojów, które miały już poprzednio sposobność zetknąć się z danym jadem lub zarazkiem: a więc: badając wraz z Schickiem objawy t. zw. choroby surowiczej (Serumkrankheit) zauważył Pirquet, że u osobników, którym wstrzyknięto surowicę po raz drugi, objawy tej choroby występują wcześniej; podobnież przy powtórnem szczepieniu ospy odczyn występuje znacznie wcześniej i w innej postaci, niż to dzieje się u szczepionych po raz pierwszy. Ten »wczesny odczyn« po szczepieniu opracował Pirquet wyczerpująco w stosunku do krowianki (5) i oparł na tem szereg ogólnych wniosków co do znaczenia allergii.

Badania swe rozszerzył Pirquet wkrótce na cały szereg chorób zakaźnych (błonica, dur, płonica), pragnąc stworzyć nową metodę rozpoznawania: »Allergiediagnostik«. Wyniki pomyślne otrzymał Pirquet na razie w gruźlicy. Zaliczając do objawów allergii odczyn gorączkowy, występujący u osobników gruźliczych po wstrzyknięciu tuberkuliny, Pirquet wpadł na myśl wypróbowania »wczesnego odczynu« po zastosowaniu tuberkuliny, w postaci szczepień naskórnych.

Od marca do maja r. z. wykonał Pirquet przeszło 700 szczepień; z wyników ich wniósł on, że sposób jego nie ustępuje w niczem stosowanym dotychczas wstrzykiwaniom. W zastosowaniu praktycznem metoda Pirqueta miałaby zaś ogromną nad wstrzykiwaniami przewagę: jest ona bardzo łatwa zarówno pod względem wykonania, jak i spostrzegania, daje się stosować u osobników gorączkujących, ponieważ zaś odczyn po szczepieniu jest tylko miejscowym, upada poważny zarzut szkodliwości, jaką przypisywano wstrzykiwaniom.

Omówione zalety usprawiedliwiają w zupełności ożywioną dyskusyę, jaką metoda Pirqueta wywołała w piśmiennictwie: w ciągu kilku zaledwo miesięcy staje się ona źródłem badań doświadczalnych (Vallée Arloing) (7), i poszukiwań histologicznych (Bandler i Kreibich) (15) oraz nader licznych badań w klinikach i szpitalach; teoretyczne jej wyjaśnienie zajmuje również badaczy, (Citron (13), Wolf-Eisner (24)], którzy, podobnie jak Pirquet, stawiają odczyn w związku z wytworzonymi w ustroju niwecznikami (»Antikörperreaktion«).

Ogłoszona nieco później przez Calmettea metoda wkraplania tuberkuliny do worka spojówkowego daje pole do badań porównawczych nad wartością obydwu odczynów.

Nie zestawiając szczegółowo ogłoszonych dotychczas wyników badań klinicznych, co w piśmiennictwie naszem po części już nastąpiło [Korczyński (19), Skórczewski (18)], zatrzymamy się tylko nieco na rozpatrzeniu ciekawego materyału sekcyjnego, jakim mógł poprzeć swą metodę Pirquet (9). We wrześniu r. z. ogłosił on mianowicie wyniki 100 badań pośmiertnych, dokonanych w klinice Eschericha i na oddziale Mosera. W 52 przypadkach, w których sekcya żadnych zmian gruźliczych nie wykryła, odczyn był ujemny. Jeden przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych dawał za życia odczyn dodatni, chociaż sekcya stwierdziła tylko powiększenie wszystkich gruczołów (*status lymphaticus*) i zrosty płuca z opłucną bez makroskopowych zmian gruźliczych, (przypadek ten Pirquet zalicza do niepewnych). Z 47 przypadków, w których sekcya stwierdziła gruźlicę, bądź jako przyczynę zejścia, bądź też dodatkowo, odczyn dodatni stwierdzono za życia w 31, ujemny w 16; z tych 16 w 15 szczepienie wykonano w ciągu ostatnich dni życia, w szesnastym zaś na 14 dni przed śmiercią, a przypadek ten dotyczył 20-miesięcznego charłaczego dziecka.

Spostrzeżenia Pirqueta, który oprócz przytoczonych danych sekcyjnych, ogłosił około tysiąca spostrzeżeń klinicznych, dotyczą przedewszystkiem dzieci.

Poprzednio już co do wstrzykiwań tuberkuliny liczni badacze oświadczyli się dość stanowczo, że rozpoznawcze stosowanie tuberkuliny u dzieci właśnie największe ma znaczenie: zarówno pierwsze badania odczynu gorączkowego po wstrzyknięciu tuberkuliny [Epstein, Heubner (2), Escherich (1)], jak i późniejsze sprawozdania [Schick (3)], oraz badania niemowląt od pierwszych dni życia (Behrend, Mettétal, Binswanger (2)] stwierdzają to wy-

raźnie: kiedy bowiem u dorosłych odczyn dodatni na tuberkulinę zależeć może od t. zw. gruźlicy utajonej *(inaktiv latente Tuberkulose)* a nie od sprawy współrzędnej ze szczepieniem, to we wczesnym okresie życia gruźlicę utajoną spotykamy nierównie rzadziej [Hamburger, Sluka (4), a więc i odczyn dodatni łatwiej rozstrzyga o rozpoznaniu.

Sądząc, że materyał nasz, dotyczący dzieci, już z tego względu będzie ciekawym, oraz że obecnie każdy przyczynek kliniczny będzie dla ustalenia wartości metody dość pożądanym, podajemy poniżej wyniki szczepień tuberkuliny metodą Pirqueta, dokonanych za zgodą Dra Brudzińskiego w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Szczepienia rozpoczęliśmy w czerwcu r. z.[1]), wkrótce po ogłoszeniu metody Pirqueta dzięki temu, że mogliśmy zaznajomić się z metodą u źródła (w klinice Eschericha). Szczepień dokonywaliśmy według wskazówek Pirqueta: igłą Pirqueta robiliśmy na przedramieniu trzy powierzchowne zdrapania (wiercenia) w odległości kilku centymetrów jedno od drugiego, środkowe pozostawialiśmy dla kontroli, w dwa inne wpuszczaliśmy po kropli 25% rozczynu starej tuberkuliny (z fabr. w Höchst). Do rozcieńczania tuberkuliny używaliśmy z początku rozczynu soli, później soli i 5% karbol-gliceryny (1:1:2 soli).

Za odczyn dodatni uważaliśmy grudki lub obwódki, przekraczające 0,2 cm. i trwające dłużej, niż 2 doby; kiedy obwódka była mniejsza lub nikła zbyt szybko, szczepiliśmy powtórnie. Odczyn, jaki widywaliśmy, bywał zawsze miejscowym; wzniesienia ciepłoty po szczepieniu nie widywaliśmy. Odczyn miewał najczęściej postać grudki, barwy różowej, średnicy 3—5 mlm. okolonej ciemniejszą nieco obwódką; średnica grudki wraz z obwódką wynosiła najczęściej 0,8—1 cm., dochodziła jednak i do 2,5 cm. Zamiast grudki spostrzegaliśmy niejednokrotnie pęcherzyk, okolony różową obwódką; u dzieci zołzowych (5 przypadków) pęcherzyki te miały po 5—8 mm średnicy. W trzech przypadkach (1 u dziecka zołzowego, 1 w gruźlicy kilku kości) widzieliśmy obrzmienie przedramienia; obrzęk znikł po 2—3 dniach. U dzieci wyniszczonych odczyn bywał słabszy ograniczał się często do płaskiej obwódki z odcieniem sinawym (odczyn charłaczy). Odczyn w przypadkach naszych występował najczęściej w ciągu pierwszej doby; około 30 razy spostrzegaliśmy jednak odczyn powolny *(torpide Reaction)* wyraźny dopiero po 2 dobach. U jednego dziecka z wybitnymi objawami zołzów *(rhinitis, keratitis phlyctaenulosa)* naokoło pierwotnej obwódki dostrzegliśmy w ciągu 2-giej doby koronę, złożoną z oddzielnych grudek wielkości łebka od szpilki *(scrophulöse Reaction)*. Wykwitów na całem ciele [Oppenheim (12)] nie spostrzegaliśmy, choć w jednym przypadku był toczeń goleni; nie widzieliśmy podobnież żadnych objawów ze strony rogówki, choć w 5 przypadkach szczepień dokonaliśmy u dzieci, dotkniętych zmianami rogówki. Spostrzeżenia nasze stoją więc w tym względzie w sprzeczności z ogłoszonemi przez Pfaundlera oraz Moro i Doganoffa (11) przypadkami owrzodzeń rogówki po zaszczepieniu tuberkuliny.

Przechodząc do omówienia wyników szczepienia w poszczególnych przypadkach, określimy w kilku słowach rodzaj naszego materyału. Ponieważ oddziału dla niemowląt w szpitalu nie posiadamy, szczepiliśmy u dzieci w wieku od lat 2 do 13; większość szczepień dotyczy dzieci w wieku od 7 do 10 lat. Gruźlica w naszym materyale szpitalnym pierwsze wogóle zajmuje miejsce; dzięki specyalnym warunkom (możność bezpłatnego korzystania z pomocy szpitalnej) mamy przytem sposobność spostrzegania początkowych okresów gruźlicy (gruźlica gruczołów oskrzelowych, nacieki szczytowe), które w innych warunkach nie dostają się zazwyczaj do szpitali; mając jednocześnie stale pewną ilość przypadków daleko posuniętej gruźlicy płuc, oraz na oddziale chirurgicznym znaczną ilość tak zw. gruźlicy zewnętrznej, rozporządzaliśmy materyałem do szczepień dość różnostronnym i bogatym. Dla kontroli zastosowaliśmy szczepienie w pewnej liczbie przypadków, klinicznie od gruźlicy wolnych.

Ogólna ilość szczepień wynosi 201 w 170 przypadkach chorobowych. Przypadki te dzielimy na grupy: I. gruźlicy stwierdzonej klinicznie lub sekcyjnie, II. podejrzanych o gruźlicę, i III wolnych od gruźlicy. Wyniki szczepień w poszczególnych grupach uwidoczni następująca tablica:

	Ilość przypadków	Odczyn dodatni	Odczyn ujemny	Uwagi
I. grupa: (klinicznie pewna gruźlica).				
a) gruźlica opon mózgowych i prosówkowa	5	2	3	4 stwierdzone sekcyj.
b) gruźlica otrzewny .	3	3	—	1 stwierdzony sekcyj., 1 podczas operacyi.
c) gruźlica płuc . .	28	27	1	1 stwierdzony sekcyj., 3 zmarły w domu.
d) gruźlica zewnętrz.	18	17	1	1 zmarł na gruźlicze zapalenie opon.
Zołzy	6	6	—	
Razem . .	60	55	5	
II. grupa: podejrzane o gruźlicę.				
a) gruźlica gruczołów oskrzelowych . .	20	18	2	
b) nacieki szczytowe.	43	40	3	
c) zapalenie płuc zrazikowe	4	1	3	
d) rozszerzenie oskrzeli (?) . . .	1	—	1	
Razem . .	68	59	9	
III. grupa: wolne od gruźlicy .	42	3	39	
Ogółem . .	170	117	53	

W pierwszej grupie (przypadki pewnej klinicznie gruźlicy) odczyn dodatni otrzymaliśmy w 91%: na 60 przy-

[1]) Sprawozdanie ze szczepień początkowych przytoczył w dyskusyi nad odczytem Dra Progulskiego, Dr Brudziński na posiedzeniu sekcyi pedyatrycznej X zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie. Pierwsze 60 przypadków omówił autor tej pracy w odczycie »O rozpoznawczem szczepieniu tuberkuliny metodą Pirqueta w Tow. lek. łódzkiem d. 4. IX., 1907 (patrz Czasopismo lekarskie 1908. Nr 1. str. 26).

padków odczyn ujemny widzieliśmy w 5. W 3 przypadkach odczynu nie było u osobników, dotkniętych gruźliczem zapaleniem opon mózgowych szczepionych na 3 - 5 dni przed śmiercią; czwarty przypadek z odczynem ujemnym dotyczył gruźlicy płuc u 6-letniego dziecka, bardzo wyniszczonego; dziecko to zabrano do domu w kilka dni po szczepieniu, dzień zejścia nie jest nam wiadomy. W ostatnim wreszcie przypadku, umieszczonym w grupie gruźlicy zewnętrznej, odczyn wypadł ujemnie pomimo rozpoznanej klinicznie gruźlicy.

W. Rub. l. 3, przyjęty na oddział chirurgiczny z powodu guzów na szyi. Dziecko odżywione nieźle, skóra woskowo blada: gruczoły wogóle nie powiększone wybitnie, na szyi z prawej strony dwa duże pakiety wielkości jaja kurzego. W płucach nieliczne rzężenia. Sledziona niemacalna. Rozpoznano: *lymphadenitis colli tbc.* Wynik szczepienia ujemny. Dziecko wypisano po operacyi w stanie zadowalniającym. (Podobny przypadek spostrzegał niedawno Goebel (23).

Trzy inne przypadki przewlekłego zapalenia gruczołów chłonnych szyi dały natomiast wybitny odczyn na szczepienie.

Z przypadków pewnej klinicznie gruźlicy (I-sza grupa) z odczynem dodatnim kilka zasługuje na dłuższe omówienie.

Co się tyczy przedewszystkiem 2 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w których widzieliśmy odczyn dodatni, zaznaczyć powinniśmy, że w pierwszym mieliśmy gruźlicę (oddech oskrzelowy i trzeszczenia nad szczytem prawym, tuberkulidy na skórze), której ostatnim dopiero okresem było zapalenie opon; szczepienie dokonane zostało bardzo wcześnie, kiedy jeszcze objawy mózgowe wcale nie były zaznaczone; odczyn wypadł dodatnio; płaskie blado-sine obwódki, o 1 cm średnicy znamionowały odczyn charłaczy. Wkrótce po wystąpieniu objawów mózgowych dziecko zabrano do domu, dzień zejścia niewiadomy. Drugi przypadek, zbadany sekcyjnie, dawał odrazu objawy mózgowe.

Nr 144. Wanda Kam. l. 11, z bliźniąt, matka zmarła na gruźlicę: w wywiadach przed 2 miesiącami odra. Chora od miesiąca: skarżyła się na drętwienie w palcach rąk, gorzej władała lewą ręką i nogą. Od 8 dni lewostronny niedowład. Stan obecny: niezmiernie wyniszczona; skóra sucha, pomarszczona; na kończynach i brzuchu zrzadka rozsiane sinawe strupki wielkości od łebka szpilki do ziarnka prosa (tuberkulidy). Kościec wątły. *Micropolyadenia.* Lewą kończynę dolną powłóczy, bark lewy ledwie unosi. Czucie po stronie lewej znacznie upośledzone, odruch kolanowy po lewej wzmożony, objaw Babińskiego dodatni; objaw Kerniga dodatni. Tarcza nerwu wzrokowego zastoinowa, gruzełków przy badaniu dna oka nie dostrzeżono. Tętno nierówne, tony serca czyste. Nad prawym szczytem i pod obojczykiem odgłos wypukowy krótszy. Brzuch wpadnięty. Śledziona macalna, miękka. 19/X Szczepiono wieczorem nierozcieńczoną tuberkulinę. 20/X odczyn wczesny, sino-czerwone obwódki, średnicy 0,6 cm. 23/X Śmierć. Badanie pośmiertne stwierdziło: zrosty płuca z opłucną po stronie prawej — liczne gruzełki na całej przestrzeni płuc, wątroby i śledziony. W mózgu po str. prawej w okolicy płatu ciemieniowego na wypukłej powierzchni półkuli ognisko rozmiękłe wielkości monety kopiejkowej, w promieniu ogniska liczniej zgrupowane gruzełki. Na podstawie mózgu gruzełki.

W przypadku tym używaliśmy nierozcieńczonej tuberkuliny, licząc, że wobec charłaczego stanu 25% rozczyn będzie zbyt słabym[2]). Odczyn dodatni, występujący na kilka dni (w naszym przypadku na 3 dni) przed śmiercią, nie jest zresztą wyjątkowym: w przypadkach gruźlicy prosówkowej i zapalenia opon, zbadanych sekcyjnie przez Pirqueta, odczyn dodatni w ciągu ostatnich dni życia wystąpił 11 razy na 23. W jednym przypadku przytem u 6 miesięcznego dziecka spostrzegał Pirquet na 3 dni przed śmiercią grudki, średnicy 2 cm. (»hyperergische Reaction«). Pirquet tłómaczy ten odczyn nader szybkim przebiegiem gruźlicy prosówkowej, którą stwierdzono na sekcyi.

Z przypadków pierwszej grupy omówimy jeszcze 2 przypadki, w których szczepienie, dokonane wcześnie, dało wynik dodatni przy dość wątpliwych klinicznych objawach gruźlicy, dalszy zaś przebieg potwierdził rozpoznanie gruźlicy.

Nr 35. Lodzia M. lat 9, przyjęta na oddział chirurgiczny z powodu przepukliny pachwinowej. Budowa drobna, odżywienie mierne. Długie czarne rzęsy; grzbiet uwłosiony. Klatka piersiowa płaska. W płucach zmian nie stwierdzono. Brzuch wysklepiony prawidłowo, niebolesny. Szczepienie tuberkuliny dało wynik dodatni; grudki 1,5—1,8 cm odczyn bardzo szybki. Podczas operacyi przepukliny na otrzewnej stwierdzono gruzełki (Dr. Watten).

Drugi przypadek dotyczył chłopca, dotkniętego również zapaleniem otrzewny:

Nr 155. Staś S. l. 14. Ojciec zmarł podobno na gruźlicę. U chłopca, dotąd zdrowego, od kilku miesięcy zauważono powolne powiększanie się obwodu brzucha. — W szpitalu stwierdzono: odżywienie liche; skóra i błony śluzowe blade; gruczoły liczne, drobne; w płucach stłumienie i zniesienie oddechu od kąta łopatki prawej. Obwód brzucha 90 cm, wybitna puchlina brzuszna. Wątroby wymacać nie można z powodu ogromnego napięcia brzucha. W dniu przyjęcia zaszczepiono tuberkulinę; w 20 godzin odczyn dodatni, obwódki 0,8 cm. Na drugi dzień po przyjęciu z jamy otrzewnej wypuszczono 6 litrów płynu opalizującego, barwy żółtawej, o ciężarze gatunkowym 1014, ilość białka w płynie 12‰; przy badaniu drobnowidzowem, liczne limfocyty. W dalszym przebiegu stwierdzono obustronny wysięk surowiczy opłucnej; pomimo wybitnej poprawy zarówno ze strony otrzewnej, jak opłucnej, chłopiec wieczorami gorączkuje.

Jednoczesne wystąpienie wysięku w otrzewnej i obydwu opłucnych, przebieg choroby i badanie płynu przemawiają tu stanowczo za gruźliczem pochodzeniem sprawy, choć początkowo nader obfity wysięk otrzewny nasuwał inne przypuszczenia. Szczepienie Pirqueta w tym przypadku wcześnie przechyliło szalę na stronę właściwego rozpoznania. (Dok. nast.)

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa.

O stwardnieniu plastycznem prącia.

Podał

Dr J. Stopczański

Asystent kliniki.

(Dokończenie).

W celu badania histologicznego[2]) jedną część wyciętego guza utrwalono w płynie formalinowym Müllera, drugą część oprócz tego dla rozmiękczenia tkanek traktowano płynem Hanga. Do barwienia użyto celem wyróżnienia składowych części tkanek różnych barwików, a mianowicie hematoksyliny i eozyny, orceiny, pikrokarminu, następnie barwienia sposobem van Giesona, Weigerta, wodnym

---

[2]) W drugiej seryi szczepień widzieliśmy w przypadku zapalenia opon mózgowych odczyn dodatni na 3 dni przed śmiercią po zaszczepieniu zarówno nierozcieńczoną, jak 10%-ową tuberkuliną.

[2]) Dokładne zbadanie histologiczne, jak również wykonanie rysunku zawdzięczam Prof. Krzyształowiczowi, za co niech wolno mi będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

błękitem metylowym. W preparatach w ten sposób barwionych wyraźnie odróżnia się utkanie guza od tkanki otaczającej. Różnica ta uwydatnia się silniejszem zabarwieniem zbitej tkanki klejorodnej, stanowiącej podstawę utkania guza. Granica ta przedstawia się, w linii krzywej, zaznaczającej głębokie wgłębienia i wypuklenia guza w tkankę otaczającą. Tkanka na granicy guza, mająca utkanie wiotsze, aniżeli warstwy powyżej się znajdujące, wchodzi pasmami w te wgłębienia guza, zawierając liczne naczynia. Na utkanie guza składają się przeważnie włókna tkanki klejorodnej, przebiegające w zbitych pasmach, które stają się luźniejsze w otoczeniu nielicznych naczyń, około których grupują się w większej ilości komórki. Włókna sprężyste, czarno zabarwione przy barwieniu sposobem Weigerta, są w utkaniu guza inaczej ułożone, jak w tkance guz otaczającej. W utkaniu guza występują w postaci pojedynczych



krótkich przecinkowatych włókienek lub też łączą się w drobne wiązki. Ilość włókien sprężystych jest znacznie większa w tkance, otaczającej guz, w której znajdują się one przeważnie w grubszych wiązkach, mających przebieg falisty. Komórki w utkaniu guza nie okazują stłuszczenia, ani innych zmian wstecznych, również nie ma w utkaniu guza śladów zmian zapalnych. Naczynia w tkance otaczającej guz przebiegają prostolinijnie, na co wskazują przeważające podłużne przekroje naczyń. W niektórych naczyniach występują poduszkowate zgrubienia ścian, które znacznie zwężają światło naczyniowe, jak to widać w załączonej rycinie. Te zgrubienia, składające się z dość znacznej ilości włókien, z komórek wrzecionowatych i okrągłych, zlewają się bezpośrednio z wewnętrzną warstwą ściany naczyniowej. Nie ulega wątpliwości, że zgrubienia te, które występują głównie w naczyniach guza, należy uważać za zmiany miażdżycowe. W jednym tylko ze skrawków znaleziono przy badaniu bardzo drobną odosobnioną wysepkę o budowie tkanki chrząstkowej. Komórki tej wysepki o skurczonej częściowo protoplazmie mają wyraźne osłonki, w których pojedynczo lub po dwie razem się znajdują.

Ten obraz budowy guza odpowiada zupełnie rozpoznaniu stwardnienia plastycznego i zgadza się w głównych zarysach z badaniami drobnowidowemi innych autorów.

Piśmiennictwo zawiera niewiele opisów budowy stwardnienia plastycznego, gdyż dotąd w kilku zaledwo przypadkach wykonano operacye, przez które uzyskano materyał do badania. W bardzo niewielu zaś leczonych i rozpoznanych za życia przypadkach, w których zejście śmiertelne nastąpiło z powodu innych chorób, można było wykonać autopsyę, oraz badanie histologiczne. Prawie wszystkie prace, które obejmują badanie drobnowidowe, wykonano w ostatnich dziesięciu latach. Przedtem dokładniejszy opis budowy stwardnienia plastycznego podał Tuffier (1885) w przypadku, w którym guz wycięty zbadał histologicznie Leloir. W tym przypadku badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie, podobne do tkanki bliznowca (keloidu), zawierające skąpą ilość naczyń. Zupełnie podobny obraz stwierdziły badania stwardnienia plastycznego, które wykonał Taylor. Przypadek, spostrzegany i leczony przez Chetwooda, dotyczył 55-letniego chorego na cukrzycę, która wywołała zejście śmiertelne. W tym przypadku badanie po sekcyi, wykonane przez Jeffriesa stwierdziło, że stwardnienie, które od nasady prącia sięgało aż po żołędź, zawierało tkankę kostną w części tylnej; w przednim zaś odcinku składało się z tkanki włóknistej, w której znajdowały się złogi wapniowe. W ostatnich latach podaje Galewsky i Hübener badanie histologiczne w przypadku, przez siebie operowanym. Guz, wycięty w tym przypadku, składał się z tkanki chrzęszczącej przy krajaniu nożem. Pod drobnowidem miał utkanie włókniste, zawierające nieliczne naczynia i komórki. Złogów soli wapniowych wśród tkanki guza nie znaleziono. Bardzo dokładne badanie drobnowidowe stwardnienia plastycznego podaje Sachs w swej ostatniej, w roku zeszłym wydanej pracy. Opisuje on przypadek, w którym wycięto trzy guzki, z których dwa były wielkości migdała, trzeci wielkości daktyla. Jeden z guzów składał się głównie ze zbitej tkanki klejorodnej, zawierającej małą ilość naczyń i komórek. Śladów zmian zapalnych w tkance guza nie znaleziono. Naczynia tętnicze oprócz tylko silnie pofałdowanej błony wewnętrznej żadnych innych zmian nie okazywały. Drugi guz co do utkania różnił się od pierwszego mniejszą jeszcze ilością włókien sprężystych, komórek i naczyń, zresztą budowa zupełnie była podobna do pierwszego. W trzecim guzku znaleziono wśród tkanki włóknistej płytkę kostną obok nieznacznej ilości tkanki chrząstkowej.

Porównując wynik badania histologicznego w pracy Sachsa z naszemi spostrzeżeniami, znajdujemy pewne różnice. W przypadku naszym badanie histologiczne wykryło drobną wysepkę chrząstki, brak natomiast tkanki kostnej.

Jeżeli przyjmiemy przypuszczenia Sachsa co do powstawania tejże tkanki w stwardnieniu plastycznem, to uznamy zarazem czas trwania zmian w naszym przypadku za krótszy, aniżeli w przypadku Sachsa, co zresztą zgadza się z wywiadami.

Ciekawym szczegółem w przypadku naszym są zmiany miażdżycowe w naczyniach guza przy braku miażdżycy w innych tętnicach, a mianowicie skroniowych i promieniowych.

Schurygin wspomina w swej pracy o czterech autopsyach zwłok ludzi, zmarłych przed 40. rokiem, które wykonano tylko dla porównania, gdyż badania jego odnosiły się do ludzi zmarłych w wieku starszym. Otóż u dwóch mężczyzn, z których jeden zmarł w 18., drugi w 36. roku życia, znalazł wybitną miażdżycę poszczególnych gałęzi tętnicy grzbietnej prącia; natomiast bardzo dokładne badanie innych tętnic stwierdziło zupełny brak zmian miażdżycowych. W naszym przypadku te zmiany naczyniowe rzucają pewne światło w kierunku wyjaśnienia przyczyny powstania stwardnienia plastycznego. Waelsch w swej pracy, w której opisuje trzy przypadki stwardnienia, dotyczące ludzi w wieku od 31 do 38 lat, przypuszcza, że przyczyną powstania tego cierpienia mogą być zmiany zapalne około naczyń grzbietnych prącia. Przebieg tych naczyń tłómaczyłby zarazem szczególną skłonność tych zmian do sadowienia się wzdłuż przegrody ciał jamistych. Te przypuszczenia wydają się w naszym przypadku tem słuszniejsze ze względu na obecność owych zgrubień ścian naczyniowych, które, zwężając światło naczyń i utrudniając krążenie, mogły być punktem wyjścia zmian zapalnych okołonaczyniowych, mających znaczenie przyczynowe dla powstania stwardnienia.

Piśmiennictwo. 1) Berl. Dermat. Ges. 10. I. 1899. Derm. Zeitschr. 1899. — 2) Boyer: Traité des maladies chirurgicales Uebers. von Teutor. — 3) Brohl: Eine Graviditas tubaria und ein Os penis im Roentgenbilde Fortschr. auf d. Geb. d. Roentgenstrahlen. — 4) Buren und Keyes. Referat über chronisch umschriebene Entzündung des Corpus cavernosum penis Arch. für Derm. und Syph. 1874. — 5) Decloux E.: Examen d'un ganglion penien. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1902. — 6) Delaborde Induration des Corpus cavernosum. Ref. w Arch. für Derm. und Syph. 1888. T. XX. — 7) Duplony: Commencement d'ossification de la cloison des corps caverneux Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885. — 8) Echtermayer: Indurationen im Corpus cavernosum penis. Dermat. Zeitschr. T. VI. 1899. — 9) Englisch: Über die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes. Wiener med. Wochenschr. 1901. — 10) Finger: Die Blenuorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. 6. Auflage, 1905. — 11) Förster A.: Handbuch d. speciel. pathol. Anatomie II. Aufl. 1863. — 12) Galewsky i Hübener: Zur Behandlung der sog. plastischen Induration der Corpora cavernosa. Münch. med. Wochs. Nr 32, 1902. — 13) Gemmel: Die Gicht. Berlin, 1901. — 14) Gosselin: Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Anomalies des corps cav. — 15) Gross. Die Verletzungen des Penis. In. Diss. Kiel, 1902. — 16) Hebra: Vorlaufige Mittheilung über die Wirkung der Thiosinamin. Arch. für Derm. u. Syph. 1892. — 17) Horowitz M.: Über Cavernitis und Lymphangoitis Penis. Wien. med. Presse 1900, Nr 10). — 18) Hunter: Abhandlung von der venerischen Krankheit, 1848. — 19) Jacobi P.: Ueber Penisknochen. In. Diss. Leipzig, 1899. — 20) Jadassohn: Die Entzündungen der Corpora cavernosa. Handb. der prakt. Med. v. Ebstein und Schwalbe I. — 21) Jansen: Zur Lehre von der Dupuytren'schen Fingerkontraktur. Arch. für klin. Chir. Bd. L. XVII. — 22) Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis, 1891. — 23) Klebs: Handb: der path. Anatomie, 1878. — 24) Koenig: Lehrb. der spec. Chirurgie VIII. Auflage, 1905. — 25) Lang E.: Derbes Infiltrat der Glans und Corpora cavernosa. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten 1895, VI. — 26) Lenhossek: Knorpelahnliche und wahre Knochenbildung im männlichen Gliede eines Erwachsenen. Virch. Arch. Bd. LX., 1874. — 27) Mauriac: Sclérose des corps caverneux. Gaz. hebd. de med. et d. chir., 1886. — 28) Neuman J.: Syphilis, 1896. — 29) Neumark H. Plastische Induration des Penis, 1906. — 30) Pitha: Handb. der spec. Pathologie und Therapie, Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und der Harnblase. — 31) Pezzoli i Porges: 12.000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht aus Prof. Fingers Ambulatorium, 1903. — 32) Posner: Ein Fall von «Plaque indurée« am Penis. Berl. klin, Wochs., 1899, — 33) Rokitansky: Lehrb. der pathol. Anatomie, 1861. — 34) Sachs: Vier Fälle von sogen. «plastischer Induration« der Corp. cav. penis. Wien. klin. Wochs. Nr 5, 1901. — 35) Sachs: Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica Arch. für Derm. und Syph. Bd. LXXV. — 36) Scholz: Ueb. Infiltration der Schwellkörper des männlichen Gliedes. Wien. med. Wochs., 1858. — 37) Schulz: Ueber gutartige Penistumoren. In. Diss. Freiburg, 1902. — 38) Schurygin: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen Membri virilis im Greisenalter, Wiener med. Presse, 1898. — 39) Tuffier: Sur l'induration des corps caverneux. Ann. des mal. des org. gen. ur 1894. — 40) Velpeau: Nouv. elements de med. operat. Paris, 1839. — 41) Waelsch. Über die Induratio penis plastica. Münch. med. Wochs. Nr 41, 1906. — 42) Zeissl. Drei Fälle von Gumma des Penis. 2 Fälle von Gummen der Lymphknoten. Wiener med. Nr 21, 22, 1894. 43) Zeissl. Klinisches Handbuch der Harn- und Genitalorgane.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nahmmacher. **O leczeniu radem.** (*Posiedz. Tow. lek. i przyr. w Dreznie* 2. XI. 1907). N. leczył radem 60 chorych. Korzystne wyniki otrzymał w przypadkach małych pooperacyjnych nawrotów raka, dalej w toczniu i gruźlicy skóry, brodawkach, przy ograniczonych zabarwieniach skóry i naczyniakach krwionośnych i limfatycznych. Wynik ujemny spostrzegał przy odmrożeniach, mięśniakach macicy, dalej przy głęboko leżących nowotworach i przy nie nadających się do operacyi rakach macicy, chociaż w takich rakach macicy przy stosowaniu radu w jamie macicy (4—5 tygodni pozostawia się 15 mg.), osiągnąć można względną poprawę i zmniejszenie się bolów. N. rozpoczyna leczenie słabemi naświetlaniami i dopiero w miarę odczynu przedłuża naświetlania; używa 10—15 mg. bromku radu, a posiedzenia trwają 5—30 minut. — W dyskusyi Galewsky oświadcza, że na nowotwory działa rad (podobnie, jak i promienie Röntgena) bardzo różnie, czasem dobrze, a czasem wprost źle. Czy wyniki lecznicze radem są trwałe, to jeszcze pytanie. — Schmorl badał drobnowidowo preparaty z przypadków N. i znalazł martwicę tkanki komórkowej i wrastanie tkanki łącznej włóknistej w wielu przypadkach. Rad działa najwyżej 4 mm. w głąb. S. spostrzegał też przypadek, w którym wyleczono radem brodawkę barwikową na twarzy; w 9 miesięcy chory zmarł, a przy sekcyi znaleziono liczne przerzuty mięsaka barwikowego bez pierwotnego ogniska, za które uważać należy chyba ową brodawkę. *Klęsk.*

Weber. **Próba na zwierzęciu w rozpoznaniu zmian gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 7). Przeszczepianie na zwierzę podejrzanego o gruźlicę materyału w celach rozpoznawczych nie znalazło powszechnego zastosowania, zapewne dlatego, że wymaga ono, jeżeli czeka się na śmierć zwierzęcia, długiego czasu, bo 4—8 tygodni. O wiele rychlej można jednak doczekać się wyniku, jeżeli w 10—16 dni po szczepieniu wytnie się u zwierzęcia sąsiednie, powiększone zwykle wtedy gruczoły. Jeżeli materyał zawierał prątki, to na pewno znajdą się one i w gruczołach. Przeszczepianie na zwierzę wyłącza pomyłkę co do prątków mastki. Szczepić należy zawsze kilka świnek morskich, bo gdy materyał zawiera nieliczne prątki, to niektóre ze zwierząt mogą nie uledz zakażeniu. Bloch w celu prędszego rozpoznania polecił zgniatać gruczoły limfatyczne w sąsiedztwie miejsca szczepienia, przez co o wiele prędzej (często już w 9 dni) można w nich wykryć prątki po zaszczepieniu. Sposób Blocha jest dobry, ale utrudnia badanie drobnowidowe gruczołów i trudniej też w tkance obumarłej odszukać prątki. Szczepienie na zwierzętach jest bardzo ważne w rozpoznawaniu gruźlicy nerek, gdyż badanie samego osadu moczu często wywołać może pomyłkę (prątki mastki!). *Klęsk.*

Wrede. **Leczenie zastoiną ostrych zakażeń ropnych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 3). W pracy swej występuje W. wogóle przeciw leczeniu zastoiną ostrych ropnych spraw, wskazując na liczne ujemne strony tego leczenia. I tak zwolnienie prądu krwi po założeniu opaski nie jest wcale dla leczenia korzystne i usposabia do zakrzepów. W wielu przypadkach zaś wywołuje opaska, jak się zdaje, nawet skutek niezamierzony, t. j. przyspieszenie krążenia tętniczego. Leczenie zastoiną przy ogniskach nieotwartych przedstawia wiele niebezpieczeństw. Zastoina nie działa bakteryobójczo, a przynajmniej nie tak silnie, jakby się tego spodziewać należało. Wessanie odbywa się przy leczeniu zastoiną zupełnie nieregularnie i niejednostajnie. Po przerwaniu leczenia opaską powstają często nawroty i powikłania. Gdy zakażenie jest ciężkie, to bez nacięć, i to odpowiednio wielkich, obejść się nie można. Ssawki działają znacznie lepiej, bo stosuje się je też przeważnie na ogniska otwarte. Przy ropieniach pochewek ścięgnistych, zapaleniu szpiku kostnego i cięż-

kich ropowicach zastoina sprawę nieraz wprost pogarsza. Ustanie bolesności myli nas co do wyboru właściwej pory na nacięcia. — W. przeprowadził leczenie zastoiną w 227 przypadkach i z przebiegu ich odniósł bardzo niekorzystne dla zastoiny wrażenie. *Klęsk.*

Schwab. **O leczeniu wąglika.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 8). Na podstawie 5 swoich przypadków poleca S. gorąco, zupełnie zachowawcze postępowanie przy leczeniu wąglika, a więc spokój, okłady, ewentualnie wstrzykiwania surowicy. — Głosy za leczeniem zachowawczem podnoszą się coraz częściej, a nawet niektórzy uważają energiczne leczenie chirurgiczne za wprost szkodliwe. *Klęsk.*

Heddaeus. **Tężec po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny; kilka uwag o stosowaniu żelatyny w krwotokach.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). H. spostrzegał wystąpienie tężca po podskórnem wstrzyknięciu 2-prc. rozczynu żelatyny sporządzonego w aptece rzekomo jałowo. Zakażenia takie są zwykle bardzo ciężkie, występują w 4—13 dni i kończą się prędko, podobnie jak i przypadek autora, śmiercią. Stosować więc można przetwory jedynie bardzo skrupulatnie wyjaławiane. Żelatyna Mercka jest wprawdzie napewno jałowa, ale zawiera w sobie właśnie wskutek wyjałowienia wiele gelatoz, t. j. wytworów rozpadowych żelatyny, które jeszcze nawet utrudniają krzepnięcie krwi. Podobno jednak Merck już usunął w swych preparatach tę wadę. Wogóle przy krwotokach działa żelatyna bardzo pewnie; lekarze stosują ją w tym celu za mało. Tak n. p. bardzo dobre wyniki uzyskuje się przy krwotokach jelitowych (stosować ją można w lewatywie), w krwawiączce, czarnej chorobie noworodków, w krwotokach płucnych, macicznych i t. p. Natomiast przy krwawieniach nerkowych żelatyna jest przeciwwskazana. Ilość użytej żelatyny (najlepiej w fizyologicznym rozczynie soli) wynosić powinna najmniej 2 gramy. Do użytku wewnętrznego lub do lewatyw używać można żelatyny zwykłej, do wstrzykiwań podskórnych jedynie 10-prc. jałowej żelatyny Mercka. *Klęsk.*

Betz. **Nowy opatrunek z kleju cynkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 8). Ponieważ sporządzanie opatrunku z kleju cynkowego jest bardzo niewygodne i nie praktyczne, przeto radzi B. napawać wprost zwykłe opaski mulowe mieszaniną jednej części żelatyny z tlenkiem cynku i 2 części gliceryny z wodą i potem je wysuszyć. W razie potrzeby wkłada się opaskę do gorącej wody i zakłada się ją potem, jak opaskę krochmalną. *K.*

Karewski. **Kiła chirurgiczna.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 5). Próba Wassermanna oddać może usługi także w chirurgii w rozpoznawaniu cierpień kiłowych, które prócz leczenia ogólnego powinny być też leczone chirurgicznie. Ważnym środkiem rozpoznawczym w chirurgicznej kile są również promienie Röntgena. *K.*

Adler. **Z pogranicza chirurgii i histeryi.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 5). Nierzadko udaje się osobie histerycznej nakłonić chirurga do operacyi. Często także po operacyi u osoby histerycznej można wskutek gorączki histerycznej przypuszczać mylnie złe gojenie się lub powikłania w ranie. W razie podejrzenia należy wtedy mierzyć osobiście ciepłotę (w kiszce stolcowej). Przypadków podobnych swoich (4) i obcych (6) przytacza A. 10. W jednym wykonano z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego operacyę »rzekomą« z wynikiem pomyślnym. *K.*

Volhard. **O sztucznem oddychaniu zapomocą wentylacyi tchawicy i o prostem urządzeniu do rytmicznego sztucznego oddechu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 5). W doświadczeniach na psach przekonał się V., że można zwierzęta, u których oddychanie jest zapomocą kurary zupełnie porażone, utrzymać nawet 1—2 godzin przy życiu bez wykonywania sztucznych ruchów oddechowych jedynie w ten sposób, że przez rurę, wprowadzoną do tchawicy, wpuszcza się słabym strumieniem tlen. V. sporządził dalej przyrząd, który napełnia płuca rytmicznie powietrzem lub tlenem, a następnie je opróżnia. W wielu przypadkach można zastąpić tym przyrządem wykonywanie sztucznych ruchów oddechowych, a także można używać go do operacyi w głębi klatki piersiowej. *Klęsk.*

Röder. **Przypadki późnego zejścia śmiertelnego po chloroformie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 19). Autor opisuje pięć przypadków śmierci późnej po chloroformie. W czterech z nich wycięto wyrostek robaczkowy, w jednym nerkę; wszyscy operowani byli zresztą zupełnie zdrowi; chloroformu użyto w bardzo małej ilości. Na drugi dzień po operacyi wystąpiła utrata przytomności, częściowo objawy maniakalne, tętno powoli stawało się przyspieszone i w 75—90 godzin nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcye stwierdziły, jak zwykle, zwyrodnienie tłuszczowe narządów wewnętrznych; wszelkie inne możliwe przyczyny śmierci, zwłaszcza zakażenie, można było wyłączyć. Podobnych niemiłych powikłań trudno uniknąć, należy więc raczej stosować eter lub znieczulenie lędźwiowe, niż chloroform. *Nowaczyński.*

Holzbach. **80 znieczuleń lędźwiowych bez zawodu.** (*Münch. med. Wochs*, 1908, Nr 3). W miarę wyrobienia techniki i przestrzegania pewnych jej szczegółów osiąga się przy znieczulaniu lędźwiowem coraz to pewniejsze wyniki. W klinice ginekologicznej w Tübingen po wykonaniu kilkuset znieczuleń doprowadzono też w końcu do tego, że obecnie ostatnich 80 znieczuleń ani razu nie zawiodło. Najważniejsze szczegóły techniczne, na które H. kładzie nacisk, są następujące: Płynu znieczulającego nie należy wstrzykiwać wprost ze strzykawki przez igłę, lecz między igłę, a strzykawkę należy założyć rurkę gumową, gdyż przez dopasowywanie igły i t. p. zmienia się jej położenie w kanale kręgowym, co zaraz odbija się na wyniku znieczulenia. Przetwory nadnercza przedłużają znacznie znieczulenie. Niekorzystnego ich wpływu H. nie spostrzegał, chyba że były rozłożone, co poznać łatwo po zabarwieniu. Łączenie znieczulenia lędźwiowego z zamroczeniem skopolaminowem jest bardzo niekorzystne, między innemi także i ze względu na ewentualne wymioty. Po wyciągnięciu igły należy pozostawić chorego w pozycyi siedzącej 5 minut, a potem bardzo wolno i ostrożnie położyć go i przenieść na łóżko, układając miednicę wysoko. Dawka 0,04—0,08 stowainy wystarcza do operacyi, trwających nawet godzinę. Objawy uboczne są skutkiem nietyle samego środka, używanego do znieczulania, ile raczej błędów techniki lub zanieczyszczeń płynu znieczulającego. *Klęsk.*

Hirsch. **Uśpienie skopolaminowo-morfinowe.** (*Wiener klin. Rundschau* 1907, Nr 52). O uśpieniu tem wyraża się H. bardzo nieprzychylnie. Dostatecznie działają właściwie dopiero dawki wysokie, a więc niebezpieczne. Dawki zwykłe mogą jedynie tylko pomagać uśpieniu eterowemu. H. stosował to uśpienie przy zabiegach usznych. Bardzo niepożądanym jest następowy sen, który po operacyach na głowie przyczyniać się może do powstawania zakrztuśnych zapaleń płuc. *K.*

Brenner. **Szklana bomba z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej do wlewań śródżylnych, gotowa do użytku dla praktyki.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 9). Dla lekarza praktyka podana przez B. bomba jest wielkiem udogodnieniem. Zawiera ona około 350 cm³ fizyologicznego jałowego rozczynu soli kuchennej. Na obu końcach ma wydłużone szyjki, które się odłamuje i jedną łączy z wężem, a do drugiej wkłada termometr. Przed użyciem wkłada się bombę do ogrzanej wody. Użycie proste, cena nie wielka (około 2 koron), a dogodność, zwłaszcza przy przewozie, znaczna. *Klęsk.*

Moszkowics. **Przeszczepienie tkanki gruczołu tarczowego do kości goleniowej u dziecka, dotkniętego obrzękiem śluzowatym.** (*Posiedz. Tow. lek. Wiedeń* 21. II. 1908). M. wszczepił u dziecka, cierpiącego na obrzęk śluzowaty, około 4 cm³ tkanki gruczołu tarczowego (uzyskane przy operacyi wola miąższowego innego osobnika) do szpiku kości goleniowej. Po operacyi chłopiec bardzo się ożywił: o wyniku trwałym, z powodu krótkiego czasu po operacyi, M. jeszcze nie chce przesądzać. Przeszczepienie do kości uważa M. za bardzo odpowiednie ze względu na obfite unaczynienie i na to, że przerzuty nowotworów gruczołu tarczowego usadawiają się często w kościach. W przypadku Payera (przeszczepienie do śledziony) wynik aż dotąd jest trwały. *K.*

Okulistyka.

Eperon. **Skuteczny sposób leczenia zakaźnych wrzodów rogówki.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Autorowi dostarczono z apteki przez pomyłkę zamiast 20 prc. rozczynu chlorku cynkowego, takiegoż rozczynu siarkanu cynku. Rozczynu tego użył E. do przypalenia powierzchni i postępującego brzegu uporczywego i szybko się szerzącego wrzodu rogówki. Skutek był tak nadzwyczajny, że gdy się pomyłka wyjaśniła, pozostał już E. przy siarkanie cynku i zastosował go z równie pomyślnym skutkiem w szeregu innych przypadków. Radzi on przed zastosowaniem siarkanu cynku znieczulić rogówkę kokainą, a następnie małym tamponikiem z waty, nawiniętym na koniec zgłębnika i umaczanym we wspomnianym rozczynie, pociągnąć dno i brzegi wrzodu. *K. W. Majewski.*

Weiss. **Wyłuszczenie zwoju Gassera, a porażne zapalenie rogówki** (*keratitis neuroparalytica*) **u człowieka.**

(*Ophth. Klinik* 1907, Nr 13—14). Przypadek autora zasługuje głównie z tego powodu na uwagę, ze jeszcze w 4 lata po operacyi rogówka lewego oka mimo zupełnej utraty czucia żadnym zresztą zmianom nie uległa. Spostrzeżenie to, łącznie z innemi, ogłoszonemi w piśmiennictwie okulistycznem, w których po usunięciu zwoju Gassera na rogówce żadne zmiany zapalne nie powstały, obala teoryę Magendiego o pochodzentu poraźnego zapalenia rogówki z zaburzeń w odżywieniu. Ze stanowiska mechaniczno-urazowej teoryi Snellena da się tyle tylko powiedzieć, że u człowieka odruchowe mruganie równocześnie z mruganiem oka po stronie nieoperowanej, oraz współczulne wydzielanie łez chronią dostatecznie pozbawioną czucia rogówkę przed uszkodzeniami. Podobnie tem współczulnem wydzielaniem łez u człowieka tłómaczy się, że po usunięciu zwoju Gassera rogówka nie jest narażona na wysychanie, co znów wedle teoryi Feuera ma być powodem zniszczenia rogówki w doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach. Büttner przypuszcza wygórowaną wrażliwość oka pozbawionego czucia na drobne urazy i uszkodzenia. Seydel, Berger i Löwy przypuszczają, że włókna odżywcze dla rogówki są właściwie włóknami nerwu współczulnego, które się do nerwu trójdzielnego przyłączają. Za tem zapatrywaniem przemawiają częstokroć występujące po wyłuszczeniu zwoju Gassera objawy ze strony nerwu współczulnego. Ostatecznie dochodzi W. do wniosku, że ze stanowiska okulistycznego nie należy wyłuszczenia zwoju Gassera uważać za operacyę dla oka niebezpieczną. *K. W. Majewski.*

Krailsheimer. **Choroba Mikulicza z wybitną gruźlicą tęczówki.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 15). K. opisuje ciekawy przypadek choroby Mikulicza, odnoszący się do 19-letniego pomocnika handlowego, u którego jako pierwszy objaw wystąpiło zmniejszenie wydzielania się śliny i wywołane przez to uczucie drapania i suchość w ustach i w gardle, a nawet niemożność połykania kęsów stałych bez równoczesnego popijania ich wodą. Widocznie pierwsze zmiany wystąpiły w przewodach ślinowych i wywołały ich zatkanie, lub zwężenie. Z biegiem czasu wystąpiły obrzęki wszystkich prawie ślinianek i obu gruczołów łzowych. Do tego przyłączyło się obustronne zapalenie tęczówki ze złogami włóknikowymi na błonie Descemeta. Na lewem oku zapalenie ustąpiło w ciągu dwóch tygodni bez śladu, na prawem natomiast rozwinęła się typowa gruźlica tęczówki. *K. W. Majewski.*

Jerson. **Uwagi o krwotokach naczyniówkowych po operacyi zaćmy.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 7). Krwotok wskutek urazu przypomina wielce kliniczny obraz krwotoku naczyniówkowego, jaki się zdarza w wyjątkowych razach po operacyi zaćmy, lub po innych operacyach, połączonych z otwarciem gałki ocznej. Jako jedyną różnicę podnosi T. zachowanie się samej naczyniówki. W przypadku urazowym dało się stwierdzić w naczyniówce jedno naddarcie, jako właściwe źródło krwotoku. Jest to właśnie to miejsce, które było najbardziej na siłę urazu narażone. W przypadkach krwotoku pooperacyjnego badanie mikroskopowe poucza, że naczyniówka naraz w wielu miejscach pod naporem wylewającej się krwi odrywa się, czyli, że ogniska krwotoczne powstają naraz w większej liczbie. Różnicę tę tłómaczy ta okoliczność, że krwotok taki występuje u osób ze zmianami miażdżycowemi w układzie krwionośnym. Nagłe zatem zmniejszenie ciśnienia przez pęknięcie ścian gałki ocznej wywołuje naraz pęknięcie wielu naczyń naczyniówkowych. Gwałtowny uraz spotkać może natomiast osobę z naczyniami zupełnie zdrowemi bez żadnej szczególnej skłonności do krwotoku, jasną więc jest rzeczą, że krew wylewa się wtedy tylko z miejsca bezpośrednio uszkodzonego. *K. W. Majewski.*

Dufour. **O przemijającem podwyższeniu napięcia śródocznego.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 13 i 14). D. podnosi, że objawy, zależne od chwilowego wzmożenia napięcia śródocznego, bywają często nierozpoznawane. Przekonał się, że u chorych, którzy się skarżą na ciężkość powiek, uczuwaną zwłaszcza rano po przebudzeniu się, powodem tego objawu nie jest tak często rozpoznawane suche zapalenie spojówki, lecz wśród nocy powstałe wzmożenie ucisku śródocznego, które sprawia nieznaczne powiększenie gałki ocznej i naprężenie powiek. Objawom tym towarzyszy czasem i lekkie zamglenie wzroku, które ustępuje jednak rychło, zwłaszcza gdy chory wnet po wstaniu używa ruchu na powietrzu i na słońcu. Celem zapobieżenia takiemu zwiększaniu się napięcia śródocznego podczas nocy zaleca D. zapuszczać pilokarpinę przed udaniem się na spoczynek i spać przez całą noc przy świetle lampy. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **Leczenie jaskry przewlekłej zapomocą sklerotomii połączonej z irydektomią.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Operacya, którą L. już w dawniejszych pracach swych polecił, polega na połączeniu irydektomii ze sklerotomią. L. zbija zarzuty, które go spotkały zwłaszcza ze strony Abadiego. Z 27 przypadków, operowanych metodą skombinowaną, cztery nie mogły być spostrzegane przez czas dostatecznie długi. W trzech przypadkach skutek zabiegu operacyjnego był niedostateczny. Z pozostałych 20 w 12 przypadkach bystrość wzroku po operacyi się podniosła, a w 8 pozostała niezmienioną, nie pogarszając się dalej. Zdaniem L. jedynie połączenie irydektomii ze sklerotomią pozwala wytworzyć trwałą bliznę przesączającą, bez której o wyleczeniu jaskry mowy być nie może. *K. W. Majewski.*

Ferentinos. **Rozczyn jodku rtęciowego w oleju skalnym.** (*Ophthalmologische Klinik* 1907, Nr 18). Rozczyn sporządza się w ten sposób, że rozpuszcza się 1 gram w 1000 gramach oleju skalnego, a następnie rozczyn ten rozcieńcza się trzykrotną ilością oliwy wazelinowej. Ponieważ nafta jest sama przez się środkiem przeciwgnilnym, przeto zwiększa jeszcze bakteryobójczą siłę rozczynu. F. przekonał się, że rozczyn ten nie wywołuje żadnego zadrażnienia oka i może być używany obok wszelkich innych środków, stosowanych w różnych chorobach ocznych, n. p. obok azotanu srebra, obok żółtej maści, atropiny i t. d., słowem może z korzyścią w każdym przypadku zastąpić tak często używany rozczyn kwasu borowego, którego działanie przeciwgnilne jest zgoła niewystarczające. *K. W. Majewski.*

Prof. Dołganow i Lewitska. **O działaniu tiosinaminy w niektórych chorobach oczu.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 40 do 42). W 23 przypadkach 1) zaniku nerwów wzrokowych różnego stopnia bez zjawisk zapalnych (zanik samoistny i przy wiądzie rdzenia), 2) barwikowego zwyrodnienia siatkówki i 3) przymiotowego barwikowego zapalenia siatkówki i naczyniówki — wstrzykiwali autorowie pod skórę lub w mięśnie tiosinaminę codzień, albo co drugi dzień, według wzoru Juliusberga: tiosinaminy — 4,0, gliceryny 8,0, wody wyjałowionej przekroplonej 28,0—40,0 od $^1/_2$ do $1\,^1/_2$ strzykawek Pravatza. W większości przypadków jeszcze wstrzykiwano co drugi dzień i strychninę. Wnioski autorów są następujące: 1) Tiosinamina bezwarunkowo działa korzystnie przy wymienionych chorobach oczu; skutkiem jej zastosowania rozszerzają się granice pola widzenia i wzrasta ostrość centralnego widzenia. 2) Rozszerzenie granic pola widzenia następuje nawet w tych przypadkach, w których tiosinamina nie wywarła żadnego wpływu na centralne widzenie; w ogromnej większości przypadków oba te zjawiska idą równolegle. 3) Widzenie polepsza się różnie, co zależy od postaci sprawy chorobowej, jej dawności, stopnia i innych, jeszcze niewyjaśnionych przyczyn i warunków. 4) Po ukończeniu stosowania tiosinaminy zjawiska, wywołane przez nią, utrzymują się jeszcze w ciągu 2—3 miesięcy. 5) Żadnego szkodliwego działania, ani ogólnego, ani miejscowego tiosinamina nie wywiera. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol, wyrabiany przez firmę Horowitza w Berlinie, w ostatnich czasach jako lek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobolowy stosunkowo dużo używany, miał być według podania fabrykanta połączeniem wysoce złożonem, w którego skład wchodzić miały grupy kwasu będźwinowego, salicylowego i tymolu. Wzór jednak, podawany przez fabrykanta, jest teoretycznie niedopuszczalny, a badanie dowiodło, że przetwór ten jest mieszaniną równych części salicylanu i będźwinianu sodowego, zaprawioną tymolem w ilości około 0·2% (Zernik w *Deutsche med. Wochs.* 1908. str. 285). *L.*

Ważne ulepszenie ssawek podał Springmann. Jak wiadomo, celem stworzenia próżni w ssawce, leżącej już na ranie, trzeba ją na nowo odjąć, by ucisnąć balonik i wypchać powietrze. Otóż Springmann opatrzył balonik wentylem, którym powietrze ucieka na zewnątrz przy ucisku balonika, przez co ssawkę można spokojnie pozostawić na miejscu. *K.*

Nowe opaski wprowadzono w handel. Sporządzone są one z materyału o bardzo szerokich oczkach, a mimo to silne. Opaski te przylegają dobrze do ciała, a z powodu szerokich oczek ułatwiają transpiracyę skóry. (Opaski te wyrabia dotąd Kermes w Hainichen). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 4. marca 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 53.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Morawski przedstawia przypadek zboczenia rozwojowego u płodu 9-miesięcznego, t. zw. **thoracogastroschisis partialis cum fissura sterni, ectopia cordis et hepatis.** Prelegent zwraca uwagę na powstanie tej wady w związku z nadmiernym potokiem (*hydramnion*), dalej na rzadkość tego rodzaju wad, powstałych przez nierozwinięcie się łuków żebrowych.

3) Kol. Schlank przedstawił preparat **macicy włókniakowo zmienionej** z częściową martwicą zwłaszcza części włókniaka międzyblaszkowego. Przypadek ten ciekawy był ze względu na trudność rozstrzygnięcia przed operacyą, czy nowotwór jest złośliwy, czy łagodny.

4) Kol. Prof. Piltz wypowiedział odczyt: **Przyczynek do badania czucia i odruchów źrenicznych w chorobach nerwowych** (z demonstracyą chorych). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zapytuje prelegenta kol. prezes Borzęcki, jak tłómaczyć przypadki zaburzeń w czuciu, nie trzymających się żadnych obszarów czyto nerwów obwodowych, czy też pasów skóry, odpowiadających rozmieszczeniu korzeni, podobnie jak to się dzieje przy wiądzie. — Po wyczerpującej odpowiedzi prelegenta zapytuje kol. Prof. Wicherkiewicz, czy prelegent nie ma doświadczenia co do zmian w czuciu przy znieczuleniach rdzeniowych sposobem Biera. — Prelegent odpowiada, że w tym kierunku spostrzeżeń nie robił. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. posiedzenie naukowe dnia 13 marca 1908.

I. Dr Litwinowicz O. przedstawia przypadek **zupełnej niedrożności nozdrzy tylnych.** W przedniej części nosa obustronny zanik bł. śluzowej, zanik środkowych i do pewnego stopnia tylnych muszli. Przy rynoskopii przedniej widać zamiast zwykłego obrazu nozdrzy tylnych bliznowato pościąganą błonę śluzową z małem ciemnem zagłębieniem po stronie lewej tuż ponad podniebieniem. Zgłębnik, wprowadzony do otworu owalnego w błonie zamykającej, wychodzi przez wspomniane zagłębienie do jamy nosowogardłowej. Na lustrze Glaticha brak plamy po stronie prawej. Trudność wymawiania spółgłosek nosowych, węch zachowany. Przyczyna owej niedrożności nabytej niejasna.

II. Prof. Gluziński wygłasza: **Kilka uwag klinicznych o znaczeniu wydzielania się chlorków.** Prelegent zwraca uwagę na nowe spostrzeżenia co do wydzielania się chlorków przy ostrych i przewlekłych zapaleniach nerek. 1) Wśród przebiegu miażdżycy nerek i ich zapalenia przewlekłego wydarzają się okresy zatrzymania wydzielania chlorków, połączone z ciężkiem schorzeniem ogólnem, wymiotami, zawierającemi znaczniejszą ilość HCl, pragnieniem, przyczem niema drgawek, bólu głowy, świadomość utrzymana. Okres taki może minąć lub przechodzić w schorzenie coraz cięższe, utratę przytomności bez drgawek, śmierć. Stan ten nazywa prelegent **araemia achlorica.** 2) Kilka dni przed zwykłemi cechami klinicznemi zapalenia nerek mogą wystąpić uczucie ogólnego schorzenia, wymioty, ślad obrzęków n. p. na twarzy, zmniejszenie ilości i zmętnienie moczu, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka krwi przy wstrzymaniu wydzielania chlorków, ale bez białka; po tym okresie występują typowe objawy ostrego zapalenia nerek. Ten wstępny okres nazywa prelegent: **stadium achloricum sine albumine** ostrego zapalenia nerek. 3) Szczególnie w płonicy badanie systematyczne chlorków miałoby cel teoretyczny, t. j. stwierdzanie powyższego okresu wstępnego, powtóre praktyczny, t. j. wcześniejsze rozpoznawanie zapalenia nerek, nim jeszcze pojawi się białko. 4) Prelegentowi nasuwa się myśl, czy temu wstępnemu okresowi nie odpowiada zmiana, równająca się ostremu zwyrodnieniu nerek. 5) Nad udziałem zmienionej nerki w zatrzymywaniu chlorków nie można przejść spokojnie do porządku dziennego.

Dyskusya: Dr Ziembicki W. omawia zauważony przez siebie przypadek, w którym również nie było chlorków, było natomiast białko i inne składniki, przemawiające za zapaleniem nerek. Po 2—3 tygodniach chlorki powróciły do stanu prawidłowego, a inne nieprawidłowe składniki znikły. — Dr Silberstein zwraca uwagę na teorye, które zatrzymywanie chlorków odnoszą do zwiększonego napięcia tkankowego. — Doc. Marischler, przypominając, że zatrzymanie chlorków pozostaje niewątpliwie w związku z zatrzymaniem wody w tkankach, dodaje, że możliwe jest, iż odgrywają w niem także pewną rolę ciała trujące, drogą nerek nie wydzielane. — Prym. Pisek przypomina sobie dwa przypadki, w których badanie moczu i inne objawy wskazywały na ostre zapalenie nerek, a białka wykryć nie było można. — Dr Stachiewicz zauważył w przypadku róży zmniejszanie się chlorków przy jej rozszerzaniu się — i odwrotnie. — Dr Reichenstein dodaje kilka uwag klinicznych o przypadkach, wspomnianych przez Dra Piseka

III. Dr Nowicki okazuje preparaty **torbielkowatości nerek.** Przedstawia je z powodu niezwykłych rozmiarów, do jakich nerki takie dojść mogą. Ciężar ich 4000 gr., wymiar podłużny 42 ctm. Za życia rozpoznawano zapalenie nerek przewlekłe. Omawia teorye powstawania tej zmiany. W przedstawionym przypadku być może, że torbielkowatość jest pochodzenia wrodzonego, znaleziono bowiem w tym przypadku i inne wady rozwojowe, jak wybitne rozszczepienie na dwa koniuszka serca, (każda komora miała swój własny), dalej zachowany, częściowo drożny przewód Botalla. *Witold Nowicki.*

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich dnia 12. III. 1908. w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

1) Kol. Herman przedstawia chorych z oddziału chirurgicznego, a między innymi następujące przypadki: *a)* Chorą H. H. l. 26, która w **zamiarze samobójczym** połknęła d. 8 b. m. **cztery pastylki sublimatu.** Prócz zwykłego w takich razach zapalenia błony śluzowej jamy ust i gwałtownego zapalenia żołądka i jelit z krwawymi wymiotami, wystąpił u chorej również zwyczajny **bezmocz.** Gdy leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, a przez trzy doby chora nie oddała ani kropli moczu, zaproponowano chorej **obłuszczenie** (*decapsulatio*) **nerek**, na które zgodziła się. Operowano w znieczuleniu eterowem, gdyż znieczulenie rdzeniowe stowainą zawiodło. Już na stole operacyjnym trzeba było rokować niepomyślnie. Obie bowiem nerki były wielkie, blado-żółtawe i kruche. Chora zabieg operacyjny zniosła doskonale, lecz mimo to bezmocz całkowity trwał bez zmiany. Chora ta umarła w dwie doby po operacyi i nawet cewnikiem nie znaleziono w pęcherzu ani kropli moczu. *b)* Chorego, lat 77 liczącego, który zgłosił się do szpitala z objawami **całkowitego przewlekłego zatrzymania moczu.** Stercz duży. Systematyczne cewnikowanie miało ten jedynie skutek, że istniejący już nieżyt pęcherza zaostrzył się i chory począł wysoko gorączkować. Gdy po odpowiedniem leczeniu gorączka opadła i stan ogólny nieco się poprawił, zaproponowano choremu cystostomię nadłonową, na którą się zgodził. Operowano w znieczuleniu rdzeniowem stowainą. Po otwarciu pęcherza okazało się, że gruczoł krokowy niezwykle wstercza do jego światła. Zmieniono przeto plan operacyi i wykonano **operacyę Freyera**, t. j. wyłuszczenie sterczu w całości przez pęcherz. Przebieg operacyi gładki. Pęcherz osączkowano cewnikiem przez cewkę moczową, a grubym sączkiem przez ranę po cięciu nadłonowem. Wewnętrznie podawano *acidum camphoricum* 3 razy dziennie po 1 gr. Całą operacyę zniósł chory nadspodziewanie dobrze. Dziesiątego dnia po operacyi wyjęto sączek górny, dwunastego także i cewnik. Chory wstaje i chodzi. Mocz na razie wycieka przez przetokę nadłonową. *c)* Troje chorych w wieku od 12 do 19 lat z zakaźnem **ostrem zapaleniem szpiku** kości piszczelowej, względnie udowej. We wszystkich przypadkach natychmiast nacięto ropień podokostny i wytrepanowano szeroko kość, jak daleko sięgały zmiany w szpiku. Mimo to przebieg bardzo ciężki, septyczny. *d)* Chłopaka kilkoletniego, **pchniętego nożem w okolicę brzucha.** Rana, przebiegająca prostopadle, na parę centymetrów długa, leżała jakoby w VIII międzyżebrzu w linii sutkowej prawej, a z rany wypadała tkanka, makroskopowo bardzo do płuc podobna. Po rozszerzeniu rany okazało się, że wypadła i uwięzła w ranie sieć. Nóż, przebiwszy części miękkie, obsunął się po żebrach i przebił powłoki brzuszne poniżej łuku żebrowego. Sieć podwiązano i kikut zapuszczono do jamy brzusznej. *e)* Chorych, leczonych z powodu **wrzodów goleni** jedynie **okładami z płynu Burowa**, często zmienianymi. Wrzody oczyszczają się bardzo szybko i stosunkowo szybko goją się. *f)* Dwóch

chorych, u których wykonano operacyę doszczętną z powodu **ropnego zapalenia ucha środkowego, powikłanego zajęciem wyrostka sutkowego.** Jamę w kości, powstałą skutkiem wydłutowania, goi się wedle zasad, podanych przez T. Zalewskiego.

2) Kol. Ehrlich (w zastępstwie kol. Dolińskiego) przedstawia chorą, u której przed kilkoma dniami wykonano **cięcie cesarskie**.

3) Kol. Lenartowicz przedstawia chorego l. C. 55 lat., który przyjęty został do szpitala z przyczyny częstego oddawania moczu. Stan ten trwa od kilku tygodni, a cierpienie rozpoczęło się nagle wśród bólów w krzyżach. U chorego stwierdzono przewlekłe zatrzymanie moczu z powodu przerostu stercza. Cewnik nr 20 wchodzi do pęcherza łatwo, z pęcherza wylewa się przeszło litr moczu. W kilka dni po przyjęciu chorego wypłukano z pęcherza strzęp tkanki, długości 15 cm, a w średnicy mierzący zaledwie parę milimetrów. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że twór ten składa się wyłącznie z włóknika i jednojądrzastych ciałek białych. Badaniem cystoskopowem stwierdzono klasyczny obraz pęcherza beleczkowanego. Przerosłe beleczki mięsne tak wybitnie sterczą do pęcherza, że widzi się właściwie same tylko uchyłki. Odszukanie ujść moczowodów sprawia przeto niemałe trudności. Mimo to zauważa się, że okolica prawego moczowodu jest bardzo zmieniona, ujście moczowodu kraterowato rozszerzone, a z krateru tego sterczą do pęcherza strzępy tkanki białej, połyskującej. W przypadku tym z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać można **uretheritis membranacea**, oczywiście nie pierwotną, lecz jako sprawę, towarzyszącą istniejącemu już nieżytowi pęcherza. Dalszy przebieg rozstrzygnie, czy to tymczasowe rozpoznanie jest prawdziwe. Rozpoznanie ustaliłoby się, gdyby w cystoskopie udało się uchwycić chwilę wydzielenia się odlewu włóknikowego z moczowodu.

4) Kol. Herman wypowiedział: **Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzniętych** z powodu przypadku ryczałtowego odprowadzenia przepukliny uwięzniętej, uzasadniając zdanie, że o ile nie znajdzie się przeciwwskazań dla odprowadzenia wogóle, należy odprowadzenia próbować jedynie tam, gdzie w odpowiednich warunkach odmówilibyśmy wykonania doszczętnej operacyi przepukliny wolnej. Wykład kończy prelegent opisem przypadku herniolaparotomii, wykonanej z powodu odprowadzenia »en bloc« uwięzniętej przepukliny pachwinowej.

Sekretarz: *Dr Süsswein.* Przewodniczący: *Dr Kramarzyński.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. Listopada 1907 r.

1) Skłodowski przedstawia chorą **z tętniakiem tętniczo-żylnym naczyń podobojczykowych i porażeniem częściowem splotu ramieniowego.** Przed pół rokiem postrzał z rewolweru w górną część lewego brzegu mostka. Kula uwięzła w częściach miękkich u zewnętrznego brzegu łopatki lewej, nieco poniżej grzebienia, skąd wydobyto ją z łatwością. Natychmiast po wypadku utrata władzy w kończynie górnej; pozostały tylko nieznaczne ruchy w palcach. Niedługo potem wystąpiły bole w tejże kończynie, które znikły dopiero niedawno, wkrótce też pojawił się obrzęk, który od pewnego czasu stopniowo się zmniejsza. Obecnie w okolicy podobojczykowej lewej, pod pachą, w górnej połowie ramienia, w części też nad obojczykiem i nad grzebieniem łopatki widać obrzmienie rozlane; żyły w tych miejscach mocno są rozszerzone i wypełnione; zabarwienie skóry zlekka sinawe. Poniżej kończyna górna przedstawia cechy zwykłego obrzęku, dość wysokiego stopnia. W zewnętrznej części okolicy podobojczykowej stępienie, sięgające do 2. żebra. Na tejże przestrzeni wyczuwa się za dotknięciem drżenie bardzo wyraźne (fremissement vibratoire, thrill), uchem zaś słyszymy szmer przeciągły, skurczowo się nasilający, bardzo głośny, do wycia wichru podobny. Guza, ani wyraźnego tętnienia nigdzie nie widać, rentgenografia żadnego cienia nie wykrywa. Tętno promieniowe lewe znacznie słabsze od prawego. Badanie układu nerwowego stwierdza upośledzenie władzy we wszystkich mięśniach, unerwianych przez splot ramieniowy lewy, przyczem najbardziej porażone są mięśnie, unerwiane przez nerw promieniowy, najmniej zaś te, które otrzymują gałązki od n. mięśniowo-skórnego (*biceps*, *brachialis int.*, *coracobrachialis*). Podobnie zachowuje się i czucie, które upośledzone jest najbardziej w obrębie rozgałęzień nerwu promieniowego, nieco mniej w obrębie n. łokciowego, a najmniej w obrębie n. pośrodkowego.

2) Zygmunt Endelman przedstawia: *a*) Kobietę, u której przed kilku miesiącami wykonał podczas porodu **pubiotomię** z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Operacya była wykonana podług sposobu Döderleina, nieco zmodyfikowanego przez Kannegiessera. Miednicę przepiłował po stronie prawej w ciągu kilkudziesięciu sekund. Kości rozeszły się na szerokość 5 palców. Wtedy nałożył kleszcze i wydobył 7½-funtowy płód w stanie pozornej śmierci, z której wkrótce został ocucony. Chorą ułożył pomiędzy dwoma workami z piaskiem, nie nakładając żadnego uciskającego bandaża na miednicę. *b*) Drugi przypadek dotyczył 24-letniej kobiety, u której dokonał **cięcia cesarskiego** sposobem Fritscha.

3) Otto wypowiedział rzecz p. t. **Odruch świetlny źrenic przy kile.** Prelegent podczas pięcioletniej praktyki w Busku stwierdził u 100 syfilityków na tysiąc patologiczny odruch źrenic na światło. Wszystkie spostrzegane tu przypadki prelegent dzieli na dwa działy: I. z przymiotem nabytym i II. z przymiotem wrodzonym. W I. dziale zauważono u jednych chorych dwustronną nieruchomość źrenic na światło, u innych jednostronną, lub tylko leniwy odruch obu źrenic. W dziale drugim spostrzegano jedynie dwustronną nieruchomość źrenic przy równoczesnem ich rozszerzeniu. Wśród chorych pierwszej kategoryi spotykano dwustronne zwężenie, rozszerzenie i nierówność źrenic. Leniwy odruch zauważano na źrenicach normalnej wielkości. Wszyscy chorzy, o których mowa, przeprowadzali bardzo niedostateczną kuracyę po zarażeniu się.

Nieruchomość źrenic występowała średnio po latach 6—10. Po zastosowaniu kuracyi rtęciowej prelegent nie widział poprawy u chorych z dwu- lub też jednostronnym objawem Argyll-Robertsona, u chorych z leniwym odruchem źrenic natomiast spostrzegał w ½ przypadków powrót do stanu prawidłowego. W rezultacie uważa prelegent brak odruchu źrenic na światło lub też leniwe ich w tym kierunku oddziaływanie za pewnik, iż dany osobnik przechodził przymiot, o ile wyłączyć się u niego uda następujące cierpienia: histeryę, neurastenię, padaczkę i miejscowe cierpienie oka.

W dyskusyi zaznacza Stanisław Kopczyński, że: 1) Mówca niesłusznie wyłącza wiąd rdzenia u swych chorych, pomimo, iż stwierdził jedynie objawy ze strony źrenic: wiadomo bowiem, iż objawy oczne, zwłaszcza zwrotna nieruchomość źrenic na światło, latami wyprzedzają inne objawy wiądu rdzenia; 2) Mówca nie podnosi, iż cechą znamienną wszelkich objawów kiły układu nerwowego, a więc i objawów ze strony źrenic jest ich chwiejność i zmienność, co w wiądzie spotyka się o wiele rzadziej. 3) Daleko częściej spotykamy typowy objaw Argyll-Robertsona w wiądzie rdzenia, aniżeli w kile mózgu. 4) Nieruchomość źrenic w histeryi jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, w neurastenii jej nikt nie spostrzegał. 5) Podkład anatomiczny zwrotnej nieruchomości źrenic jest do tej pory niewyjaśniony.

Trzciński zaznacza, że bardzo często u swych chorych widuje zniesienie odruchu świetlnego źrenic. Objaw ten jest dla niego zawsze dowodem wiądu rdzenia, który na bardzo długie lata przed swym całkowitym rozwojem o istnieniu swych zaczątków w ten sposób znać daje. Jest to więc objaw cierpienia nie syfilitycznego, lecz parasyfilitycznego.

Dunin podnosi, że u wszystkich swych chorych bada odruch źrenic i u 10 prc. syfilityków bez objawów syfilitycznych znalazł nieruchomość źrenic. Objaw ten zawsze dowodzi przebytego przymiotu, zdarzyć się bowiem może jedynie tylko jeszcze przy ropniu mózgu, lecz bardzo rzadko, i to w końcowym okresie. Mówca nie zgadza się z Trzcińskim, aby nieruchomość źrenic dowodziła zawsze obecności wiądu rdzenia; zna on dużo takich chorych, którzy przy nieruchomości źrenic nie mieli wcale objawów wiądu, lecz jedynie objawy przymiotu mózgu.

W. Janowski uważa za objaw znamienny dla przymiotu układu nerwowego, bardziej charakterystyczny od nieruchomości źrenic, ich zniekształtnienie. Może ono dotyczyć obydwu oczów lub jednego z nich: może być bardzo wyraźne, tak że zwraca na siebie odrazu uwagę bez specyalnego jego szukania. Najczęściej zdarzają się wydłużenia jednej ze źrenic ku wewnątrz i ku dołowi, ostre ścięcie pionowe zewnętrznych brzegów źrenicy; do rzadszych zniekształtnień źrenicy J. zalicza wydłużenie ich poprzecznej średnicy, tak że źrenice sprawiają wrażenie kocich.

Ig. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 26. Listopada 1907 r.

1) Karwacki L. okazał **preparat śledziony osobnika zmarłego na gorączkę powrotną.** Kawałki tkanek zostały posrebrzone według pierwszej metody Levaditiego. Preparat, służący do demonstracyi, został częściowo odsrebrzony podług

Versego. Pierwszy srebrzył krętki Obermeiera Bertorelli z Turynu. Jak dotąd, z małymi wyjątkami, metodę impregnowania krętków solami srebra stosowano prawie wyłącznie do krętków Schaudinnowskich. Co się tyczy krętka gorączki powrotnej, to poza hodowlami jest to jedyny sposób dla zapoznania się z jego morfologią w tkance. Krętek Obermeiera w tkance nie odznacza się wcale stałością form i obok postaci takich, jakie spotykamy we krwi, spotyka się twory nitkowate różnej długości i grubości, formy przecinkowate, laseczki, twory ziarnowate, dalej grube laseczki podwójnie konturowane, z końcami zaokrąglonymi, wygięte. Układ krętków jest stale pozakomórkowy. W naczyniach krętków nie znaleziono.

2) Bregman przedstawia przypadek **wieloogniskowego stwardnienia** (*sclerosis multiplex*) z niezwykłymi objawami ze strony gardła i krtani. Badanie gardła stwierdziło w początku opuszczenie łuków, słabe poruszanie się ich przy fonacyi, brak odruchów podniebienia. Badanie krtani stwierdziło niedowład strun, słabe rozszerzanie się głośni przy wdychaniu. W ostatnim czasie prawa strona krtani przy wdechu i fonacyi nie porusza się prawie wcale, lewa przy fonacyi idzie nawet poza linię środkową, przy wdechu porusza się słabo na zewnątrz. Głośnia skutkiem tego rozszerza się przy wdechu b. mało. Oprócz tego zauważono w ostatnich dniach objawy następujące. Oba łuki podniebienne i tylna ściana gardła porusza się wahadłowo z jednej strony na drugą w kierunku bocznym; łuki podniebienne zaś wykonują również wahania boczne, równocześnie słaby ruch żaglowy od przodu do tyłu. Przytem kierunek ruchu tylnej ściany jest odwrotny do ruchu łuku, tak że otrzymuje się wrażenie, iż ten sam skurcz przechodzi kolejno z tylnej ściany na podniebienie. Podobnym drganiom ulegają też struny głosowe, więzadła boczne krtani: tu również drgania są większe po stronie prawej. Objaw ten jest w związku ze znaną tendencyą do drgań w obrazie stwardnienia wieloogniskowego i przedstawia tylko niezwykłe umiejscowienie tego objawu.

3) Bregman przedstawia przypadek **zapalenia przednich rogów rdzenia** (*poliomyelitis anterior*) u dziecka 4-tygodniowego na tle wrodzonego przymiotu.

4) Rzętkowski odczytał rzecz p. t. **O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia chorób wewnętrznych drogą operacyjną,** w której rozpatrzył sprawę przeciwwskazań, wypływających ze stanu ogólnego chorych, ze stanu krwi, ze stanu niektórych narządów (płuca, serce i t. p.), oraz ze względu na współistniejącą cukrzycę, ciążę, możliwość psychoz operacyjnych.

5) Kryński mówił: **W sprawie wskazań operacyjnych w chorobach wewnętrznych.** Zdaniem mówcy, prawie niema narządu i spraw chorobowych w ustroju naszym, gdzieby wskazania operacyjne nie znajdowały zastosowania, i to z pomyślnym częstokroć wynikiem. Do nich zaliczyć należy: Mózg: Nowotwory i ropnie, wodogłowie, krwotoki, padaczka, zator zatok mózgowych, zapalenie opon. Rdzeń kręgowy: Urazy rdzenia, nowotwory, zapalenie istoty rdzeniowej i opon. Nerwy: Nerwobole, choroba Basedowa. Płuca: Wszelkie wysięki opłucnej, odma piersiowa, zgorzel płuc, ropień, promienica, bąblowiec, gruźlica i rozedma płuc. Serce: Zapalenie osierdzia wysiękowe i zlepne (*cardiolysis*). Wątroba: Kamienie (ze wszystkiemi powikłaniami), nowotwory, ropnie, marskość zanikowa, nadmierna ruchomość wątroby. Śledziona: Nowotwory i przerost przewlekły, śledziona wędrująca, choroba Bantiego. Trzustka: Torbiele, kamienie, nowotwory. Nerki: Wodonercze, roponercze, kamienie, nowotwory, torbiele, zapalenie, nerka ruchoma, gruźlica nerki. — Wreszcie stany takie, jak blednica, białaczka rzekoma i inne. — Z pomiędzy wymienionych omawia Kryński sprawę wskazań operacyjnych w przypadkach rozedmy płuc, gruźlicy szczytów płuc, wreszcie zrostów osierdzia i działania na nie leczniczego drogą operacyi na żebrach i ich chrząstkach.

Dr Ign. L.

† Profesor Jan Mierzejewski.

Śmierć zabrała w ubiegłym tygodniu w 70-tym roku życia jednego z największych psychiatrów światowej sławy, pierwszorzędnego uczonego, znakomitego profesora, akademika (członka akademii) Jana Lucyana Mierzejewskiego. Trzeba było posiadać niezwykły hart duszy, ogromną pracowitość, olbrzymie zdolności, żeby przy trudnych dla Polaków warunkach w Rosyi zdobyć sobie zaszczytną nazwę: »Ojca psychiatryi rosyjskiej«.

Ś. p. Mierzejewski wciąż tęsknił za Polską, wybierał się ciągle osiąść na drogiej mu ziemi rodzinnej, cierpiał, że nie jest wśród swoich, cierpiał, jak wielu Polaków, którzy, oderwani od Ojczyzny, pracują wśród obcych, dając dobitne dowody, że w szeregu narodów, zdobywających dla całej ludzkości wiedzę i cywilizacyę, Polacy pracują pomiędzy pierwszymi.

Mierzejewski miał szeroką sławę wśród europejskich uczonych, z wieloma z nich łączyły go stosunki blizkiej zażyłości. W Rosyi głęboką swą wiedzą, wszechstronnem wykształceniem i wielkim talentem wybił się szybko na czoło i w młodym jeszcze wieku powołany został na wysokie stanowisko profesora psychiatryi w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, w której nazwisko jego jaśniało blaskiem gwiazdy pierwszej wielkości, narówni z nazwiskami Baera, Balińskiego, Mianowskiego, Pirogowa, Grubera.

Mierzejewski stworzył szkołę praktycznej i teoretycznej psychiatryi, szkołę, z której wyszli uczniowie, cieszący się pierwszorzędną sławą naukową, jak Daniłło, Erlicki, Bechterew, Sikorski, Popow, Szczerbak i wielu innych. Dzięki ogromnej energii prof. Mierzejewskiego i wysokiemu uznaniu, jakie zdobył sobie wśród członków Akademii, stanęła wspaniała klinika dla chorób umysłowych przy Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu. Wspaniały ten gmach, przez długie lata niedościgniony wzór dla instytucyi tego rodzaju, był do najdrobniejszych szczegółów dziełem prof. Mierzejewskiego. Wszystkie urządzenia tej kliniki były głęboko obmyślane, wszystko przeszło przez krytykę wiedzy prof. Mierzejewskiego i dlatego wszystko było w tej klinice doskonałe. Klinika prof. Mierzejewskiego była przybytkiem nauki, miejscem głębokich i ciekawych dociekań z dziedziny psychiatryi i neuropatologii. Przy klinice stworzył prof. Mierzejewski pracownię, w której były prowadzone prace fizyologiczne, mikroskopowe i chemiczne. To też nauka zawdzięcza pracowni prof. Mierzejewskiego cały szereg badań niezwykłej doniosłości z zakresu chorób nerwowych i umysłowych. Z tej pracowni wyszły doskonałe prace nad wymianą materyi u chorych umysłowych, prace doświadczalne z zakresu zatruć ustroju, n. p. arszenikiem (Daniłło), badania histopatologiczne mózgu przy rozmaitych chorobach umysłowych. Sam prof. Mierzejewski z ogromnem zamiłowaniem zajmował się mikrocefalią, patologiczną anatomią idyotyzmu i porażenia postępującego. Obok prac naukowych wiele czasu poświęcał zagadnieniom społecznym takim, jak alkoholizm i niektórzy z jego uczniów, n. p. Daniłło, w kierunku zwalczania alkoholizmu rozwijali szeroką i skuteczną działalność. W r. 1893 ustąpił prof. Mierzejewski z katedry, nie ustając jednak pracować dalej na polu umiłowanej nauki.

Prof. Mierzejewski był inicyatorem rosyjskich Zjazdów psychiatrycznych, posiadających ogromne naukowe i kulturalne znaczenie. Pierwszy Zjazd, którego był prezesem, odbył się w roku 1886 i od tego czasu, zdobywając coraz to większe znaczenie, Zjazdy te odbywają się stale. Założył pismo: »Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoj psychjatrji i neuropatologji«, którego do samej śmierci był redaktorem, a w którem skupiały się najlepsze prace z zakresu psychiatryi i neuropatologii. Był założycielem i długoletnim prezesem Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu. Należał do pierwszych członków »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu, w którem wygłaszał przed paru laty wykłady. Jego ogromna wiedza i niezwykła uprzejmość przyciągała bardzo wielu lekarzy, którzy z całej Rosyi garnęli się po naukę do wielkiego mistrza. Wykładał z ogromnym zapałem, porywająco, w znakomitej, zawsze doskonale opracowanej formie. Odznaczał się niezwykłą przystępnością; zawsze spieszył z pomocą młodszym kolegom, nietylko moralnie, ale i materyalnie. Jako lekarz cieszył się niezwykłą sławą i był jednym z najwyżej cenionych praktyków w Rosyi. Z osobą Mierzejewskiego schodzi do grobu jeden z najsławniejszych w plejadzie sławnych przedstawicieli nauki w Rosyi, z czasów epokowego przełomu w stosunkach społecznych w szóstem dziesięcioleciu ubiegłego wieku. W osobie Mierzejewskiego tracimy prawdziwego tytana nauki.

Cześć ci wielki, niedościgniony Mistrzu!

Ś. p. Jan Lucyan Mierzejewski urodził się 19 Lutego 1839 w Krakowskiem. Gimnazyum ukończył w Lublinie w r. 1856. W tymże roku wstąpił do Akademii Medyko-chirurgicznej w Petersburgu i ukończył ją w r. 1861. Na podstawie rozprawy konkursowej otrzymał miejsce przy Akademii dla dalszego kształcenia się w naukach, głównie w psychologii i neurologii pod kierunkiem Prof. J. Balińskiego. W 1864 r. po obronie rozprawy: »Kliniczeskija izsliedowanija nieistowych bolnych (vesanici)« otrzymał stopień doktora medycyny. W celach naukowych dwa razy udawał się za granicę. Pierwszy raz wyjechał w r. 1872, zwiedzając

kliniki i pracownie Westphala i Virchowa w Berlinie, Henlego i Merkla w Getyndze, a najdłużej zatrzymał się w Paryżu, pracując pod kierunkiem Charcota i Duchenne de Boulogne. W tymże czasie zwiedził zakłady dla obłąkanych w Kopenhadze i Hamburgu. Drugi raz udał się za granicę w r. 1874, pracując u Meynerta i Leidesdorfa w Wiedniu, u Kühnego i Arnolda w Heidelbergu, u Guddena w Monachium, u Charcota, Duchenne de Boulogne, Vulpiana i Claude Bernarda w Paryżu. Od r. 1876 po ustąpieniu Prof. Balińskiego wykładał psychiatryę, jako docent etatowy, a w r. 1877 został powołany przez Akademię na katedrę psychiatryi i neuropatologii. Przez długi szereg lat był członkiem Głównej Rady lekarskiej w Petersburgu, członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych w Rosyi i zagranicą.

Drukiem ogłosił cały szereg prac w językach polskim, rosyjskim, niemieckim, francuskim i angielskim. Ważniejsze prace ogłaszał z polskich pism: w »Przeglądzie lekarskim«, »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego«.

Wymieniamy tu główniejsze: 1) Badanie kliniczne chorych maniakalnych. Gazeta lek. 1865; tożsamo po rosyjsku, jako rozprawa doktorska. 2) O afazyi. Archiv. sudiebn. mediciny. 3) Postrzeżenia kliniczne nad zmianą materyi przy manii. Tamże. 4) Melancholia attonita. Med. wiestnik. 5) O fizyologicznem działaniu wodanu chloralowego. Tamże. 6) De microcephalia. Archiv. f. Ethnologie 1872; tożsamo po rosyjsku w Archiv. sud. med. 7) Die Ventrikel des Gehirns. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1872. 8) Les lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale. Arch. de phys. 1873. 9) Etudes sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale. Tamże. 1875. 10) Über das Hirn eines Microcephalen. Arch. für Psych. 1874. 11) Notes sur le cerveau d'idiots etc. Revue d'anthrop. 1876; tożsamo po polsku, Medycyna 1877. 12) Considérations anatomiques sur le cerveau d'idiots. Międzynar. Zjazd w Genewie 1877. 13) Recherches anatomo-patologiques sur d'idiotie. Zjazd psych. w Paryżu 1878. 14) O stosunku szypułki mózgowej do jej czepca w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych. Przegląd lek. 1882. 15) Researches in idiocy. Journ. of. ment. sc. 1879. 16) Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Arch. de neur. 1881. 17) Przypadek sclerosis lateralis amyotrophicae. Pam. Tow. lek. Warsz. 1883. 18) Odnostoronniaja progressiwnaja atrofja lica. 19) Ze simptomatologji parażeny Waroljewa mosta. 20) K waprosu o hipnoticzeskom snie. 21) Słuczaj kretinoidnawo sostojania, razwiwszawosia na 17-m. godu żizni. 22) Przyczynek do nauki o alkoholizmie. Przegląd. lek. 1884; tożsamo po rosyjsku. 23) Contribution à l'étude des halucinations alcooliques. Archives slaves de biol. 1886. 24) O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych. Przegląd lek. 1887. 25) K waprosu o patołogiczeskoj anatomii idjotizma. Moskwa. 1901. 26) K waprosu o urawstwiennom pomieszatielstwie 1893.

Prof. Dr L. Popielski *Prof. Dr J. Piltz.*

† Emil Merczyński.

Urodzony w r. 1845 w Marszowicach w powiecie Bocheńskim, ukończywszy szkoły średnie i wydział lekarski w Krakowie, uzyskał ś. p. Merczyński dyplom doktorski w r. 1871. Od tego czasu, z małą przerwą w r. 1876, w którym odbył podróż do Włoch i Egiptu, pracował ś. p. Merczyński — zrazu przez 5 lat jako sekundaryusz szpitala powszechnego, potem jako dyrektor i prymaryusz szpitala dla dzieci im. św. Zofii, — przez lat trzydzieści we Lwowie i dla Lwowa, z którym zżył się i związał serdecznymi węzłami i dla którego niemałe położył zasługi.

Za jego głównie staraniem powstał bowiem z ofiar grona dobroczyńców lwowski szpital dla dzieci, pierwszy w Galicyi wschodniej. Również uczestniczył ś. p. Merczyński w założeniu kolonii leczniczych dla dzieci w Rymanowie i w Iwoniczu, lwowskiego domu podrzutków im. Dzieciątka Jezus i pracował gorliwie we wszelkich instytucyach, zajmujących się zdrowiem i ochroną dziatwy. W pierwszych latach istnienia Wydziału lekarskiego lwowskiego wykładał jako zastępca profesora naukę o chorobach dzieci. Ale działalność jego dydaktyczna rozpoczęła się na szereg lat przedtem i wydała piękne owoce; w szpitalu bowiem swoim umiał skupiać młodych kolegów, z których pod jego okiem wykształcił się zastęp dzielnych specyalistów. Dowodem uznania i poważania, jakie zjednał sobie w kołach koleżeńskich, był wybór jego na prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w r. 1889.

Drukiem, oprócz sprawozdań ze szpitala, ogłosił niewiele, dzieląc się swemi spostrzeżeniami przeważnie ustnie w Towarzystwie lekarskiem (O antypirynie 1884, Miesiączkowanie zastępcze z uszu 1886 i i.).

W r. 1900, złożony ciężkąni euleczalną chorobą, ustąpił ze stanowiska dyrektora szpitala, poczem przeniósł się do Krakowa, gdzie też dokonał życia 8 lutego b. r. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy odbył w d. 21 III. 1908 posiedzenie, na którem rozpatrywano udzielenie jednej zapomogi, uchwalono ogłaszać w pismach lekarskich o darach złożonych na rzecz funduszu wdów i sierot, przyjęto sprawozdanie roczne, które będzie przedłożone Walnemu Zgromadzeniu, rozpatrywano sprawę ostrzeżenia przed pewną posadą gminną i uchwalono przystąpić do »Towarzystwa prawnej ochrony podatników w Krakowie« celem zapewnienia bezpłatnej pomocy prawnej członkom Towarzystwa w sprawach podatkowych. *R.*

Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy, zawiązane we Lwowie z inicyatywy Dra Wątorka, odbyło 21. III. b. r. Walne zgromadzenie, na którem wybrano na pierwsze trzechlecie Radę nadzorczą i Dyrekcyę. Prezesem Rady nadzorczej wybrany został Dr F. Zakrejs, wiceprezesem Dr F. Obtułowicz, sekretarzem Dr Mieczysław Sołtysik, członkami Rady Prof. Bujwid z Krakowa, Dr Praschil ze Lwowa, Dr Dmochowski z Przemyśla, Dr Kubisztal ze Stanisławowa, Dr Linsker ze Stryja, Dr Borysiewicz z Monasterzysk, Dr Porajewski z Liska, Dr Szenker z Kałusza i Dr Bieńkowski ze Lwowa. Do dyrekcyi wybrani zostali: Dr Wątorek naczelnym dyrektorem, Dr Szymański dyrektorem-referentem, Dr Fruchtmann dyrektorem-kontrolorem, Dr Damański kasyerem, Dr Wychowski i Dr Owczarski zastępcami dyrektorów. *R.*

Z państwowego Związku organizacyi lek. austr. Koledzy, zamierzający starać się o miejsce, ogłaszane w dziennikach pod nagłówkiem: »Doctor medicinae gesucht für eine Sommerfrische« zechcą we własnym interesie zasięgnąć wprzód wiadomości u podpisanego. Prezes P. Zw. *Dr Janeczek.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15. do 21. III. 1908 doniesiono o 38 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Cieszanów (Suchawola 2), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 3), Jaworów (Hruszowice 4, Olszanica 4), Kamionka (Kamionka 2, Budki niezn. 1), Lisko (Łuh 1, Jaworzec 2), Podhajce (Nowosiółka 1), Rawa (Werhrata 1, Majdan 8), Stanisławów (Komarów 4), Złoczów (Złoczów 1), Żółkiew (Dobrosin 3); o 1 przypadku ospy w Miękini pow. Chrzanów i o 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Nisko (Bieliniec 1), Bochnia (Targowisko 4). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14 do 21. III. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 20 (6), zapalenia płuc 6 (2), błonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 21. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1 (w tem obcych — † 1), krztuśca —, płonicy 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 21. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy —, krztuśca 2, płonicy 18 † 3 (w tem obcych 1 † 1), odry 8 † 1 (3 † —), duru brzusznego 1, duru osutkowego 2. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dowiadujemy się, że kierownictwo szpitala św. Łazarza oddane zostało przez Wydział krajowy Drowi Józefowi Krzyszkowskiemu ze Lwowa.

Dr Krzyszkowski, ur. w kijowskiem, przeszedł studya w Krakowie i Gracu, dyplom doktorski uzyskał na Wszechnicy Jagiellońskiej w r. 1897. W zakresie anatomii patologicznej pracował do końca r. 1901, zrazu w krakowskim zakładzie pod kierunkiem Prof. Browicza, później przez 4 lata jako asystent zakładu lwowskiego pod kierunkiem Prof. Obrzuta.

W styczniu 1902 został sekundaryuszem krajowego szpitala we Lwowie, a w r. 1905 prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w tymże szpitalu. W r. 1907 przebywał w celach naukowych zagranicą. Drukiem ogłosił: »Tobielowate zwyrodnienie nerek« (1898), »Periarteriitis nodosa« (1899), »Tętniaki tętnicy płucnej i t. d.«. »Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika«. »Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany« (1901), »Zestawienie przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze« (1905), (w »Przeglądzie lek.«) oraz »Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki« (1900 Nowiny lek., po niemiecku Arch. f. Gyn.), »Leczenie róży jothionem i chininą« (1906, Tygodnik lek., po niem. Allg. Wr. med. Ztg.), oprócz licznej kazuistyki, streszczonej w protokołach posiedzeń Towarzystwa lek. lwowskiego.

— Ponieważ wobec rozwoju ćwiczeń ruchowych wśród młodzieży park Jordana już nie wystarcza, przeto utworzona przy »Krajowym Związku turystycznym« Sekcya sportowa podjęła starania, by miasto wydzierżawiło jej $4^1/_2$ hektara z błoń miejskich na lat 16 i urządziło na tym terenie boiska do ćwiczeń fizycznych, szatnie i t. d. Utrzymanie boisk i budynków, oraz opłacanie 1,200 K rocznego czynszu dzierżawnego bierze na siebie Sekcya sportowa. Starania te zostały przez Prezydyum miasta przyjęte życzliwie.

— W sprawie sposobu prowadzenia i potrzeb parku Jordana odbyła się ankieta, zwołana przez Zarząd miasta. W sprawozdaniach z niej nie ma wzmianki o udziale lekarzy z poza Rady miejskiej. Czyżby ich wcale do ankiety nie wezwano?

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Weber, rodem z Krakowa.

Lwów. »Tygodnik lek.« (Nr 12) potwierdza wiadomość o powołaniu Prof. Jurasza na katedrę laryngologii do Lwowa. Wniosek w tym względzie przedłożył Wydział lekarski lwowski już dawno ministerstwu oświaty, dotychczas jednak toczą się jeszcze układy między rządem austryackim, a Prof. Juraszem. Według »Tygodnika« prawdopodobnie obejmie Prof. Jurasz katedrę istotnie w jesieni r. b.

Prof. Jurasz urodził się w Spławiu w Poznańskiem w roku 1847. Wykładów medycyny słuchał w Gryfii i w Würzburgu, a uzyskawszy w r. 1871 tytuł doktora wszech nauk lekarskich, celem dalszych studyów wyjechał do Szwecyi, a następnie zwiedził całą prawie Europę. W r. 1872 uzyskał asystenturę na poliklinice w Heidelbergu i w tamtejszym szpitalu dziecięcym. W r. 1877 habilitował się jako docent prywatny na uniwersytecie w Heidelbergu, a w r. 1880 został zamianowany profesorem laryngologii na tym uniwersytecie. Działalność na tem stanowisku i liczne prace naukowe zjednały mu sławę w całej Europie.

— Wydział lekarski habilitował Dr Stefana Dąbrowskiego z zakresu chemii lekarskiej.

— Na kursach samarytańskich dla kobiet, urządzonych od 26. III. do 11. IV. staraniem »Koła medyków« wykładać będą profesorowie Kadyi, Beck, Kučera, Barącz, Raczyński, Biernacki, Gońka i docenci Bednarski, Marischler i Zaleski.

— Instytucya »Kropli mleka«, którą miasto już postanowiło było we własnym zarządzie utworzyć, nie dojdzie do skutku. Na zebraniu bowiem, zwołanem w tej sprawie przez Magistrat w d. 14. III. 1908 oświadczyli lekarze-pedyatrzy z Prof. Raczyńskim na czele, że w ostatnich miesiącach uznano w Niemczech »Krople mleka« za instytucye zbyt kosztowne w stosunku do uzyskanych wyników i że we Lwowie, gdzie niemowlęta tylko wyjątkowo karmione są sztucznie, instytucya taka tem mniej jest potrzebna.

Warszawa. Wydział klimatologiczny Towarzystwa higienicznego postarał się o utworzenie w Warszawie kuchni dyetetycznej dla chorych, która będzie prowadzona przez p. Norkowską, kierowniczkę szkoły gospodarstwa domowego, a nadzorowana przez komisyę Wydziału, do której wybrani zostali: Dr Dydyński, Grundzach, J. Jaworski, M. Rajchman, Winiarski i J. Zawadzki.

Z różnych stron. Przy »Związku polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zawiązał się osobny komitet budowy szpitala polskiego. Posiedzenie organizacyjne tego komitetu odbyło się d. 9/22. III. b. r. przy udziale przeszło 100 osób. Wiceprezesem Komitetu wybrany został Dr Zakrzewski, sekretarzami Dr Bykowski, Jastrzębski i W. Kozłowski, skarbnikiem Dr Hattowski. Wybór prezesa odroczono.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Prof. Kader: Przedstawienie chorych. 2) Prof. Trochanowski: Zdroje iwonickie w świetle ostatniego rozbioru z r. 1907. 3) Dr Schlank: W sprawie opatrywania pępowiny u noworodka.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovina (Dr M. Dreysel, Fortschritte der Medizin Nr 4 1908) jest przetworem, złożonym z difenylaminu i kwasu tymylobenzoelowego. Stosowana w wielu przypadkach ostrego i przewlekłego wiewióra, okazała się arhovina środkiem pozbawionym działania drażniącego, nawet przy używaniu 12 kapsułek dziennie przez 6 tygodni. Arhoviny używa się z korzyścią przy silnych zapaleniach pęcherza, w razie pieczenia przy oddawaniu moczu i przy bolesnych wzwodach. Równocześnie jednak z zażywaniem arhoviny musi być stosowane leczenie miejscowe. Arhovina łagodzi objawy podmiotowe; palenie, bóle w okolicy pęcherza i t. p. ustępują zwykle szybko, wyjątkowo przeciągają się przez 2—3 tygodni. Kwaśność moczu podnosi się. Arhovina zmniejsza mętnienie moczu; w pewnej liczbie przypadków nawet przy silnem zmętnieniu i objawach ciężkiego zapalenia następuje zupełne wyjaśnienie moczu. Im mniej gruczoł krokowy zajęty jest sprawą zapalną, tem prędzej mocz się wyjaśnia. Zapobiegawczo stosuje się arhovinę także z pomyślnym skutkiem. D. podaje, że gdy bez leczenia bywa 80—90% powikłań, to po arhovinie tylko 26%. Chory, który przez 3 tygodnie używając arhoviny nie miał powikłań, dostał wkrótce po odstawieniu jej zapalenia cewki tylnej i najądrza. Arhovina jest zatem pożytecznym środkiem w leczeniu wiewióra, szczególnie jeżeli się ją stosuje wcześnie obok leczenia miejscowego. *Hr.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 4. kwietnia 1908. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

W sprawie powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego [1]).

Podał
Doc. Zdzisław Sowiński.

Znaczenie lecznicze rtęci przy wszelkich objawach kiłowych już oddawna jest znane i w tej sprawie dwóch zdań być nie może. Mimo to jednak do obecnej chwili nie powiodło się wypracować ściśle naukowych sposobów stosowania przetworów rtęciowych, wobec czego powstają coraz to nowe sposoby na miejsce dawnych; wnet jednak następuje rozczarowanie, ponowny zwrot ku starym sposobom, i taki stan nieokreślony, oparty czasami na uprzedzeniach osobistych, trwa aż do chwili niniejszej. Istniał i dotąd istnieje sposób stosowania rtęci przez wcierania, jakoteż i przez zażywanie jej wewnątrz. Wobec licznych stron ujemnych tych sposobów zwrócono się do wstrzykiwań do tkanki podskórnej i mięśni. Z jednej strony możliwość wprowadzania pewnej ściśle oznaczonej dawki w każdym poszczególnym przypadku, pewność, iż cała ilość wstrzykniętego przetworu zostanie wessaną, jak również i ta okoliczność, że rtęć przy tym sposobie nie ma wpływu bezpośredniego na narządy trawienia i że w tych razach działa w stosunkowo mniejszych dawkach, wszystko to razem zyskało tej metodzie w krótkim czasie niemało zwolenników. Epoka wstrzykiwań rtęciowych jest jednym z najciekawszych rozdziałów w historyi leczenia kiły. Lecz niestety zapał trwał niedługo. Ze wszech stron poczęły odzywać się skargi na znaczną bolesność w miejscach wstrzyknięć, na tworzenie się nacieków, ropni i nawet martwicy. Wobec tylu stron ujemnych szybko nastąpiło zniechęcenie i wstrzykiwania rychło znalazły niemało przeciwników. Najpierw poczęto zwalać całą winę na sam przetwór chemiczny. Okoliczność ta przyczyniła się do wytwarzania coraz to nowych związków rtęciowych, które odznaczały się przymiotami dodatnimi wyłącznie tylko w rękach tych autorów, którzy je zalecili. Ostatecznie wszystkie środki, stosowane do wstrzyknięć, rozpadły się na dwie grupy: na przetwory rozpuszczalne i nierozpuszczalne, a każda znów z tych grup miała swych zwolenników i swych przeciwników.

[1]) Rzecz odczytana 29. IV. 1906 r. na posiedzeniu rosyjskiego Towarzystwa syfilidol. i dermatol. w Petersburgu.

Przeciwnicy tego lub owego przetworu chemicznego rtęci przytaczają i całe szeregi różnych oddziaływań ujemnych. Tak n. p. Omelczenko (1) opisuje 15 przypadków ropni w okolicy pośladkowej w miejscach wstrzyknięć $^1/_2$% rozczynu sublimatu. Lévy-Bing (2) na 4000 wstrzyknięć przetworów rozpuszczalnych nie spostrzegał ani jednego ropnia, na 1800 zaś wstrzyknięć przetworów nierozpuszczalnych (kalomel) spostrzegał 4 ropnie. Według badań Balzera i Reblauda (3) ropnie takie są skutkiem miejscowej martwicy tkanek, ponieważ sama ropa, badana bakteryologicznie, okazała się jałową.

Salicylanu rtęciowego zasadowego, jako środka leczniczego przy kile, użył do wstrzykiwań pierwszy Silva Aranjo (4), pierwsze zaś próby stosowania tego związku we Francyi podjął Balzer w r. 1889 w »Hôpital de Lourcine« Używano 10% zawiesiny tego przetworu w oleju wazelinowym *(ol. vaselini)*, wstrzykując po 1,0 tej zawiesiny co 8 dni. Dzięki Prof. Tarnowskiemu przetwór ten zyskał szerokie zastosowanie w Rosyi i obecnie stał się jednym z najwięcej rozpowszechnionych. Nie zamierzam tu rozpatrywać wszystkich stron ujemnych, jakiemi odznaczają się przetwory nierozpuszczalne w ogólności, a salicylan rtęciowy w szczególności, lecz ograniczę się do jednego z najczęstszych powikłań w miejscach wstrzyknień, a mianowicie nacieków.

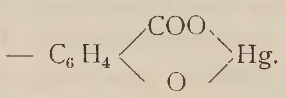
Etyologia owych nacieków jest do obecnej chwili niejasna. Chirurdzy twierdzą, iż wszystkie nacieki, spostrzegane po wstrzyknięciach rtęci, są wywoływane przez drobnoustroje; rzekomo są to następstwa naszych uchybień względem aseptyki i antyseptyki. Otóż z góry można przypuszczać, iż nacieki w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego mają inne pochodzenie. Bądź co bądź bowiem, nacieki, pomimo jednakowych warunków ostrożności, w jednych przypadkach rozwijają się, w drugich zaś ich nie bywa.

Dotychczasowe badania wydały wyniki następujące: Omelczenko w 15 przypadkach ropni w miejscach wstrzyknięć rozpuszczalnych przetworów rtęci dowiódł zapomocą hodowli obecności gronkowca. Kreibohm i Rosenbach (5), wprowadzając psom pod skórę 20 grm. rtęci, wywoływali ogniska ropne, w których zapomocą badań bakteryologicznych obecności drobnoustrojów stwierdzić nie zdołali. Podobne doświadczenia powtarzali ci autorowie kilka razy z jednakowymi zawsze wynikami ujemnymi. Prócz tego ci sami autorowie wykonali doświadczenia i na królikach; również i tutaj w spostrzeganych pod skórą na-

ciekach nie wykryli przy badaniach bakteryologicznych obecności żadnych drobnoustrojów. Fournier w swej monografii o leczeniu kiły, na podstawie własnych spostrzeżeń utrzymuje, iż związki rtęciowe mogą być przyczyną obumarcia tkanek w miejscach wstrzyknięć; nieuchronnym wynikiem takiego obumarcia będą nacieki. Prof. Stukowienkow (6), przypisując w sprawie tworzenia się nacieków znaczenie ścinającym białko związkom rtęciowym (n. p. dwuchlorek rtęci), jednocześnie uważa za możliwe podrażnienie tkanek także przez inne przetwory rtęciowe, które mogą wywoływać nacieki »obrzękowe«. Autor ten mniema, iż skrzepy, powstające wskutek połączenia się rtęci z białkiem, składają się z dwóch części, z których jedna ulega szybkiemu wessaniu, druga zaś przeciwnie, nie ulegając wessaniu, jest przyczyną nacieków.

Aby wyświetlić przyczyny tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego, postanowiłem najpierw poddać rozbiorowi chemicznemu i bakteryologicznemu sam przetwór, a prócz tego wykonać szereg doświadczeń ze sztucznem zakażeniem tego przetworu rozmaitymi drobnoustrojami ropotwórczymi, i ostatecznie sprawdzić otrzymane wyniki drogą doświadczeń na zwierzętach.

Używany do wstrzykiwań salicylan rtęciowy jest zasadową solą salicylowo-rtęciową, mającą wzór:



Połączenie to otrzymuje się przez działanie kwasu salicylowego na żółty tlenek rtęciowy.

Według A. Granvala i H. Lajoux (7) normalny salicylan rtęciowy można otrzymać zapomocą strącenia rozczynu tlenku rtęciowego solą salicylanu sodowego *via frigida;* przetwór jest proszkiem białym, nierozpuszczalnym w wodzie zimnej, rozkładającym się jednak przy działaniu wody wrzącej na zasadową sól salicylowo-rtęciową i wolny kwas salicylowy.

Larin (8) zaznacza, iż stare przetwory salicylanu rtęciowego odznaczają się odczynem bardzo kwaśnym. Zdaniem tego autora w celach leczniczych powinny być stosowane tylko takie przetwory, które wyrobiono najdalej przed paru miesiącami.

Świeżo przygotowany przetwór łatwo rozpuszcza się w rozczynie chlorku sodowego, zaś starszy trudno i niezupełnie. Rozczyn taki, przechowywany w ciągu 2 miesięcy, nie uległ żadnym zmianom; po upływie zaś tego czasu zmętniał. Zasadowy salicylan rtęciowy w wodzie prawie się nie rozpuszcza, w 95^0 wyskoku rozpuszcza się w stosunku 1:45, w eterze 1:100. Jest to biały, bezkształtny, bardzo drobny proszek o odczynie obojętnym, bez smaku i zapachu, nie rozkładający się pod działaniem siarkowodoru i siarczku amonu, t. j. nie przybierający w tych warunkach barwy ciemnej (Hager). Kwasy słabe, jako to: kwas węglowy, octowy, mleczny, winian potasowy kwaśny, soli tej nie rozkładają; silne zaś kwasy mineralne: kwas solny, siarkowy, azotowy, rozkładają ten związek i w rozczynach w tych kwasach powstają osady czarne przy działaniu siarkowodoru. Zasadowy salicylan rtęciowy w rozczynie ługu żrącego (NaOH) i węglanu sodowego rozpuszcza się, wytwarzając połączenia podwójne; przy działaniu na te rozczyny kwasów słabych wydziela się niezmieniony salicylan rtęciowy. W rozczynach chlorku sodowego, bromku i jodku sodowego lub potasowego sól ta na zimno pęcznieje, a przy podgrzaniu rozpuszcza się; po ostudzeniu takiego rozczynu wydzielają się sole podwójne. Przy zetknięciu się salicylanu rtęciowego z niebieskim papierkiem lakmusowym nie powinno powstawać zabarwienie czerwone (wolny kwas salicylowy).

Przetwór, stosowany, do wstrzyknięć, przygotowuje się z olejem wazelinowym, który jest płynem bezbarwnym; punkt jego wrzenia przypada przy 300—360^0 C. Jeżeli olej ten pochodzi z nafty rosyjskiej, wówczas zawiera wodziany węglowodorów aromatycznych, nafteny CnH_2n. Odczyn oleju jest obojętny. Chcąc określić ilość kwasu, zawartego czasami w oleju, trzeba rozpuścić 4—5 grm. oleju w 5—6 razy większej ilości eteru, dolać wyskoku bezwodnego i miareczkować $^1/_{10}$ normalnym ługiem żrącym potasowym, dodawszy przedtem fenolftaleiny. Potem określa się miligramy KOH, które zostały zużytkowane do zobojętnienia 100 grm. oleju wazelinowego.

Rozporządzając mieszaninami salicylanu rtęciowego i oleju wazelinowego (4,0—30,0) różnej dawności (tak n. p. niektóre buteleczki, będące już w użytku, stały potem przy zwykłych warunkach, t. j. zakorkowane nawet zwykłym korkiem, w ciągu $1^1/_2$ roku) przystąpiłem do pierwszej części zamierzonych badań. Wymienione powyżej przetwory, tak świeże, tylko co przygotowane, jak i takie, które już stosowano w ambulatoryum klinicznem, poddałem całemu szeregowi badań bakteryologicznych, szczepiąc na pożywkach sam olej wazelinowy, który znajdował się nad powierzchnią rtęci, i zawiesinę, otrzymaną przez zmieszanie salicylanu rtęciowego z olejem wazelinowym. Hodowle we wszystkich przypadkach dały wyniki ujemne. Też same flakoniki umieściłem w cieplarce przy 37^0 C; niektóre z tych flakoników pozostawiłem otwarte w ciągu 3—10 dni w pracowni na stole, inne również otwarte umieściłem w cieplarce; we wszystkich tych przypadkach szczepienia na pożywkach dały wyniki ujemne.

Wobec tych wyników badań bakteryologicznych pomimo woli nasuwało się przypuszczenie, czy czasem nacieki nie powstają wskutek większego lub mniejszego rozkładania się salicylanu rtęciowego, przyczem mógł się tworzyć nierozpuszczalny tlenek rtęciowy; związek ten, działając na tkankę jako ciało obce, mógłby już być przyczyną powstawania nacieków. W takich warunkach istniałby równocześnie wolny kwas solny, który znajdując się w oleju, mógłby wywołać objawy zatrucia, spostrzegane u chorych po wstrzykiwaniach (mdłości, wymioty, zawroty głowy i t. p.); obecność tego kwasu zarazem działałaby zabójczo i na drobnoustroje. Otóż, gdyby to przypuszczenie było prawdziwe, powinnibyśmy przy rozbiorze chemicznym salicylanu rtęciowego z jednej strony i oleju wazelinowego z drugiej stwierdzić tak obecność tlenku rtęciowego, jak i kwasu salicylowego.

W tym celu rozmaite starsze mieszaniny salicylanu rtęciowego i oleju wazelinowego (około $1^1/_2$ roku) wylewałem na sączek suchy; przecedzony olej mieszałem z wodą przekroploną w częściach równych lub w stosunku 1:2 części oleju. Po upływie 20 minut wyciągałem zapomocą pipety wodę, znajdującą się pod olejem poddawałem ją badaniu, zwilżając nią papierek lakmusowy; kwaśnego odczynu nie stwierdziłem.

Do tejże probówki, zawierającej mieszaninę oleju wazelinowego i wody przekroplonej, dodawałem 2 krople rozczynu amoniaku, poczem silnie kłóciłem i mieszaninę wylewałem do biurety; zapomocą kurka wypuszczałem płyn na sączek zwilżony, poczem przesącz zbierałem do czystej probówki. Płyn ten gotowałem aż do zupełnego ulotnienia się amoniaku, poczem studziłem i dodawałem 1 kroplę rozcieńczonego rozczynu chlorku żelazowego; niebiesko-fioletowego zabarwienia, swoistego dla kwasu salicylowego, nie spostrzegałem. Jak wiadomo, kwas salicylowy rozpuszcza się w oleju wazelinowym w stosunku 1:60.

Pozostały na sączku salicylan rtęciowy przepłukiwałem eterem naftowym aż do zupełnego uwolnienia go od oleju wazelinowego; potem po poprzedniem suszeniu przetworu w ciągu całej nocy na powietrzu, postępowałem w sposób następujący: włożywszy do kilku probówek po 0,2 grm. salicylanu rtęciowego, dolewałem po 1 ctm. sz. wody, a potem dodawałem kroplami 10% rozczynu żrącego ługu sodowego; do zupełnego rozpuszczenia soli należało użyć 5—6 kropel; rozczyn był przeźroczysty, a na dnie nie zdołałem zauważyć tlenku rtęciowego.

Tym samym sposobem zbadałem jeszcze 8 przetworów, które pozostawały w połączeniu z olejem wazelinowym około $1^1/_2$ roku, i na dnie rozczynów spostrzegałem kilka cząsteczek tlenku rtęciowego; do zupełnego rozpuszczenia tych przetworów należało użyć 8—9 kropli ługu sodowego.

Dwa przetwory rtęci, które pozostawały w połączeniu z olejem wazelinowym w ciągu 11 miesięcy, po dodaniu ługu sodowego, rozpuściły się zupełnie.

Wymienione przetwory poddałem jeszcze działaniu 10% rozczynu węglanu sodowego i wyniki otrzymałem też same, t. j. w rozczynach przetworów, pozostających w połączeniu z olejem wazelinowym dłużej, niż rok, osiadało na dnie kilka cząsteczek tlenku rtęciowego.

W zgęszczonym rozczynie chlorku sodowego wszystkie przetwory, niezależnie od ich wieku, rozpuszczały się dość trudno.

Zestawiając z jednej strony wyniki, do jakich doszedłem przy badaniu bakteryologicznem oleju wazelinowego, pozostającego w zetknięciu z salicylanem rtęciowym przez różny przeciąg czasu, z drugiej zaś strony wyniki rozbiorów chemicznych tak wspomnianego oleju, jakoteż samego salicylanu rtęciowego, dochodzę do wniosku, iż przy zwykłych warunkach przetwory, stosowane do wstrzykiwań, nie zawierają ani żywych zarazków, ani też takich związków chemicznych, których obecnością możnaby wytłómaczyć przyczynę powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć.

Wychodząc z tego założenia i przypuszczając szczególne warunki, przy których zakażenie przetworu drobnoustrojami mogłoby nastąpić, postanowiłem wykonać szereg doświadczeń z przetworami, zakażonymi sztucznie pewnym rodzajem drobnoustrojów ropotwórczych, aby w ten sposób wyświetlić ich wzajemny stosunek.

Olej wazelinowy, pozostający nad powierzchnią salicylanu rtęciowego, pozostawał przy badaniach, jak już o tem wspominałem, zawsze jałowy. Poddawałem również badaniu olej wazelinowy, używany do przygotowania zawiesiny rtęciowej[2]), lecz i w tym żadnych drobnoustrojów nie znalazłem.

[2]) Olej ze składu aptecznego Stola i Schmiedta w Petersburgu.

Doświadczenia wykonałem z hodowlami gronkowca złocistego, prątka siennego, okrężnicy i prątka ropy błękitnej[3]). (Dok. nast.)

[3]) Hodowle tych drobnoustrojów otrzymałem z pracowni kliniki chorób zakaźnych, za co składam podziękowanie.

Ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego Szpitala.

Przyczynek do oceny wartości klinicznej szczepień naskórnych tuberkuliny u dzieci metodą Pirqueta.

Podał
Wacław Jasiński
lekarz intern szpitala.

(Dokończenie.)

Druga grupa naszych szczepień obejmuje przypadki, podejrzane o gruźlicę. Do grupy tej zaliczyliśmy przedewszystkiem te wczesne przypadki gruźlicy, dla których pobyt w szpitalu zastępował, jak wspomniano, leczenie w sanatoryach: u dzieci oddawanych do szpitala z powodu braku apetytu i upośledzenia w odżywianiu, stwierdzaliśmy albo tylko objawy powiększenia gruczołów oskrzelowych (objaw Smitha, gwiazdowate rozszerzenie żył na mostku, *micropolyadenia)*, albo, oprócz tego nacieki w szczytach: przebieg ciepłoty (wieczorne wzniesienia) przemawiał również za gruźlicą; do podejrzanych zaś zaliczyliśmy te przypadki ze względu na krótką obserwacyę. Z 63 przypadków tego rodzaju odczyn ujemny widzieliśmy w 5. Z tych 2 przypada na gruźlicę gruczołów oskrzelowych, 3 nacieki szczytowe. Dwa z tych przypadków zaliczyliśmy z góry do klinicznie wątpliwych ze względu na mało wybitne zmiany i kilkudniowe zaledwie spostrzeganie. W 3 innych brak odczynu pozostaje dla nas narazie niewyjaśnionym.

Oto w skróceniu wyciąg z kart szpitalnych tych chorych:

1. Henio B. 6 lat. Odżywiony nieźle. Skóra blada, rozszerzona sieć żylna na mostku. Gruczoły nieliczne. W płucach zmian nie stwierdzono. Smith dodatni. Dziecko zabrano do domu po kilku dniach.

2. Hersz G. 5 lat. Bardzo wycieńczony. Skóra barwy ziemistej, cienka, sucha. Granice serca wybitnie powiększone — szmer skurczony u koniuszka, dobitność 2-go tonu nad t. płucną. Nad lewym szczytem odgłos krótszy, zmian oddechu i rzężeń nie stwierdzono. Po kilku dniach zabrany do domu.

3. Janka M. 7 lat. Miernie odżywiona. Skóra śniada, klatka piersiowa płaska; gruczoły nieliczne. Oddech chuchający w przestrzeni międzyłopatkowej, wyraźny objaw Smitha. — Na wadze w szpitalu przybrała w ciągu 29 dni 1 kilgr.

4. Zofia Gr. 8 l. Odżywienie liche. Gruczoły szyjne drobne, liczne. Nad lewym szczytem przytłumienie, wydech wydłużony. Smith dodatni. Zabrana do domu po 14 dniach z poprawą.

5. Klara O. 4 l. Odżywienie dobre. Skóra blada, czarne, długie rzęsy. Gruczoły liczne, drobne. Nad prawym szczytem odgłos krótszy, wydech wydłużony, zaostrzony. Smith b. wybitny. Wieczorne wzniesienia ciepłoty, na wadze przybiera nieznacznie. W szpitalu spostrzegana przez czas dłuższy, nie oddziaływała na dwukrotne szczepienie.

W jednym przypadku, podejrzanym o gruźlicę gruczołów oskrzelowych, odczyn przy pierwszem szczepieniu wypadł ujemnie. W 19 dni później szczepiliśmy powtórnie tym razem otrzymaliśmy ,obwódki blado-różowe, średnicy 1·5 cm; przebieg zaś ani dane badania nie dowodziły pogorszenia. Był to jedyny ze spostrzeganych przez nas przypadków, gdzie powtórne szczepienie wypadło inaczej, niż pierwsze, szczepiliśmy zaś dwukrotnie w 31 przypadkach.

Pirquet otrzymał podobny wynik kilkakrotnie i czyni 3 przypuszczenia dla objaśnienia tego pozornie sprzecznego wyniku: 1) pierwsze szczepienie samo przez się wywołało allergię w postaci nadwrażliwości, — podobną nadwrażliwość spostrzegano u swinek morskich w stosunku do surowicy (Otto, Rosenau, i Anderson); 2) pierwsze szczepienie pobudziło do ponownego wytworzenia się niweczników; 3) zakażenie gruźlicą nastąpiło w okresie pomiędzy 1-szem a 2-giem szczepieniem. Drugie przypuszczenie Pirqueta ma analogię w stosowaniu wstrzykiwań małych dawek tuberkuliny (Moeller, Loewenstein i Ostrowski, 1905): odczyn, jak wiadomo, występuje tu po kilku dopiero wstrzyknięciach. Na zasadzie własnych spostrzeżeń moglibyśmy objaśnić przypadek powyższy tylko drugiem przypuszczeniem Pirqueta, w innych bowiem przypadkach, w których szczepiliśmy dwukrotnie, nie spostrzegliśmy wskutek szczepień żadnej nadwrażliwości: odczyn w obydwu szczepieniach był ujemny. Pirquet zresztą przypuszczenia swego nie popiera spostrzeżeniami, uważając je tylko za możliwe teoretycznie.

Do podejrzanych o gruźlicę zaliczyliśmy także 5 przypadków innego, niż poprzednie typu: w 4 z tych przypadków było mianowicie zrazikowe zapalenie płuc, które wystąpiło po odrze. W 3 z tych przypadków u dzieci, znacznie wyniszczonych, nie było zresztą objawów gruźlicy; odczyn w tych przypadkach był ujemny. Dwa z tych przypadków wypisano ze znaczną poprawą, w jednym z nich kilkakrotne badanie obficie wykrztuszonej plwociny nie wykryło prątków gruźliczych. Trzeci przypadek znikł nam z oczu przedwcześnie z wyraźną jednak tendencyą do poprawy. Czwarty z pomienionych przypadków dawał odczyn dodatni; w przypadku tym wypisanym zresztą z poprawą, stwierdziliśmy wybitne powiększenie gruczołów szyjnych, co wspólnie z wywiadami *(otitis eczema capitis)* świadczyło o zołzach. Ostatni z przypadków tej grupy dotyczył dziecka, przysłanego z rozpoznaniem gruźlicy; w płucach stwierdziliśmy rzeczywiście objawy jamy; dziecko drobnej budowy, nie wyniszczone, dwukrotne szczepienie tuberkuliny dało wynik ujemny. Dziecko to po kilku tygodniach pobytu opuściło szpital z poprawą stanu ogólnego; widziano je później dwukrotnie i w płucach znajdowano stale te same objawy, stan ogólny zaś nie pogorszył się. Dane te, zarówno jak przebieg choroby, nasunęły podejrzenie co do rozszerzenia oskrzeli *(bronchiectasiae)* i skłoniły nas do zaliczenia omówionego przypadku co najmniej do wątpliwych.

Trzecia grupa naszych szczepień obejmuje 42 przypadki, klinicznie wolne od gruźlicy. W 39 mieliśmy wynik ujemny, w 3 dodatni. Omówimy z początku ostatnie.

I. Nr 43. Otto K. l. 9. przyjęty na oddział z powodu *enuresis nocturna*. Dziecko odżywione licho, drobne: twarz nalana; gruczoły pod żuchwą i karkowe b. liczne, drobne (*micropolyadenia*). Objawu Smitha nie stwierdzono. W płucach zmian niema. W ciągu pierwszej doby po szczepieniu wystąpiły wyniosłe grudki, średnicy 1,2—1,5 cm.

II. Nr. 15. Władzia C. l. 12, ojciec zmarł wcześnie (gruźlica?) przyjęta na oddział z powodu połowicznego niedowładu (podobno po durze). Stan odżywiania bardzo dobry, w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono, nieliczne gruczoły, objawu Smitha nie stwierdza się. Po zaszczepieniu w 24 godziny odczynu nie zauważono, po 2 dobach na miejscu szczepienia wystąpiły blado-różowe obwódki średnicy 0,6 cm. (»torpide Reaction«).

III. Nr. 129. Bruno Sch. l. 7. Padaczka. Odżywienie dobre. Gruczoły nieliczne. W płucach zmian nie stwierdzono. Objaw Smitha ujemny. W 24 godziny po szczepieniu odczyn w postaci obwódek 0,6—0,8 cm średnicy.

Pewnych danych do objaśnienia odczynu dodatniego w tych przypadkach nie mamy. W pierwszym liczne gruczoły przemawiałyby za usposobieniem zołzowem. Wybitny odczyn, właściwy tego rodzaju osobnikom, zdawałby się stwierdzać to przypuszczenie. Przypadek drugi możnaby objaśnić gruźlicą utajoną. Dotyczył on dziecka starszego (12 lat), a przytem powolny odczyn zdarza się, według Pirqueta, najczęściej właśnie w przypadkach utajonej gruźlicy. Trzeciego przypadku objaśnić nie umiemy, należy on jednak do spostrzeganych krótko.

W kilku przypadkach, umieszczonych ostatecznie w grupie wolnych od gruźlicy, istniało początkowo podejrzenie co do charakteru gruźliczego sprawy, odczyn ujemny na razie wydawał się nieusprawiedliwionym, dalsze spostrzeganie jednak stwierdziło rzeczywiście brak gruźlicy. W jednym przypadku u chłopca 14-letniego, przyjętego z podejrzeniem o gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, odczyn był ujemny; w dalszym przebiegu stwierdzono ropne zapalenie mięśnia lędźwiowoudowego *(psoitis ac.)*; chłopiec po operacyi opuścił szpital w stanie zadawalniającym. W drugim przypadku istniało przypuszczenie gruźlicy kości ramieniowej; operacya i zejście dowiodły, że było to podostre zapalenie szpiku kostnego. Bardzo pouczającym wreszcie był przypadek z odczynem ujemnym pomimo wyraźnych zmian w szczycie (przytłumienie, oddech wybitnie zaostrzony); po kilkudniowem spostrzeganiu (na oddziale płoniczym) zmiany w płucach wyrównały się, dziecko wypisano zupełnie zdrowe, stwierdzając, że powyższe zmiany zależały od przebytego niedawno zapalenia płuc (Dr Schoeneich).

Na tem kończymy przegląd dotychczasowych naszych spostrzeżeń. Nie uważamy ich jeszcze za zakończone: część naszego materyału ulegnie zapewne ponownemu badaniu, które wnioski pierwotne pozwoli uzupełnić lub sprostować. Badania dotychczasowe każą nam zająć przychylne dla metody stanowisko: chociaż bowiem w kilku przypadkach otrzymaliśmy wynik niespodziewany i niezgodny z danemi badania klinicznego, żaden z tych przypadków i wogóle żaden ze spostrzeganych dłużej lub badanych sekcyjnie nie przemawiał wyraźnie na niekorzyść metody; w kilku natomiast przypadkach wynik szczepienia był nam istotnie pomocnym do właściwego rozpoznania. Nie podzielamy może krańcowego optymizmu tych badaczy, którzy wynikom szczepienia dziś już rozstrzygające nadają znaczenie; metoda Pirqueta w obecnym okresie swego rozwoju posiada niewątpliwie wartość pomocniczą, wyjaśnienie zaś istoty odczynu określi dokładniej granice użyteczności metody, zarówno pod względem rozpoznawania, jak i rokowania. — Pesymizm niektórych badaczy, oparty nawet na sprzecznych pozornie wynikach szczepienia z wynikami sekcyi, nie wydaje nam się dostatecznie usprawiedliwionym: odczyn ujemny u osobnika ze stwierdzoną na sekcyi gruźlicą świadczy o braku »nadwrażliwości«. Przyjęto ogólnie, iż brak podobny stwierdzamy najczęściej w ostatnich dniach życia; — w przypadkach ciężkich »nadwrażliwość« ta ginie jednak może wcześniej, brak więc odczynu przy wybitnych zmianach klinicznych będzie wskazówką niepomyślnego rokowania (Wolf-Eisner (24).

Dotychczasowe badania kliniczne stwierdzały najczęściej brak odczynu w stwierdzonych sekcyjnie przypadkach gruźlicy u osesków. Spostrzeżenia takie wywołały słuszne rozczarowanie, gdyż metoda Pirqueta, jak wspomniano, tem jest pewniejszą, im młodszy jest szczepiony osobnik. Badania jednak sekcyjne, stwierdzając gruźlicę, nie zajmowały się dotychczas różniczkowaniem pochodzenia sprawy. Ciekawe przypadki w tej mierze ogłosił w ostatnich dniach Detre: zastosował on mianowicie do szczepień wyciąg z hodowli laseczników perlicy *(typus bovinus)*. Kossel, Weber i Heuss wcześniej już w szeregu przypadków wyodrębnili z materyału sekcyjnego ludzkiego wyłącznie prątki typu zwierzęcego; z przypadków tych przytem przeważna część dotyczyła osesków: na 20 przypadków Webera 14 przypadało na dzieci. Detre nie usystematyzował co do wieku wyników swoich szczepień. — Myśl zastosowania do szczepień dwojakiego materyału (Bovin- et Humanfilarat) jest pożądanem uzupełnieniem metody Pirqueta i dalsze badania rzucą może więcej światła, w szczególności na wyniki szczepień u osesków.

Nie przesądzając wartości tych nieukończonych jeszcze badań, łączymy się w opinii o metodzie Pirqueta ze zdaniem tych, którzy sądzą, że:

1) odczyn dodatni świadczy o gruźlicy, bądź utajonej, bądź czynnej,

2) Brak odczynu wyłącza gruźlicę, — w przypadkach zaś niewątpliwej gruźlicy jest wskazówką niepomyślnego rokowania.

Piśmiennictwo. 1. Escherich: Jahrb. f. Kind. T. 33. — 2. Binswanger: Archiv f. Kinderh. T. 43. — 3. Schick: Jahrb. f. Kind. 61. — 4. Hamburger, Sluka: Jahrb. f. Kind. T. 62. — 5. v. Pirquet: Ueber die Vakzination u. vakzinale Allergie Wien, Denticke 1907. — 6. Pirquet: ref. Deut. med. Woch. Nr 22, 1907. — 7. Vallée, Arloing, Dufour, Siccard: ref. Deut. med. Woch. Nr 32 i Semaine médicale Nr 26—30, 1907. — 8. v. Pirquet: Wien. med. Wochs. Nr 28, 1907. — 9. v. Pirquet: Wien. klin. Wochens. Nr 38, 1907. — 10. v. Pirquet: Med. klinik Nr 39, 1907. — 11. Moro-Doganoff: Wien. klin. Wochens. Nr 31, 1907. — 12. Oppenheim: Wien. klin. Wochens. Nr 32, 1907. — 13. Citron: Berl. klin. Woch. Nr 36, 1907. — 14. Engel-Bauer: Berl. klin. Wochs. Nr 37. 1907. — 15. Bandler Kreibich: Deut. med. Woch. Nr 40, 1907. — 16. K. Rzętkowski: Gaz. lekarska Nr 46, 1907. — 17. St. Kramsztyk: Medycyna Nr 47—48, 1907. — 18. W. Skórczewski: Przegląd lekarski Nr 1, 1908. — 19. L. Korczyński: Przegląd lekarski Nr 1—2, 1908. — 20. Feer: Münch. med. Wochs. Nr 1, 1908. — 21. Morelli: Wien. klin. Wochs. Nr 3, 1908. — 22. Kopeć-Zembrzuski: Gazeta lek. Nr 2—3, 1908. — 23. Goebel: Münch. med. Wochs. Nr 4, 1908. — 24. Wolf-Eisner: Deut. med. Wochs. Nr 5, 1908. — 25. Detre: Wien. klin. Wochs. Nr 6, 1908.

Oceny i sprawozdania.

Fermentoterapia i hemoterapia nowotworów.

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał

Dr E. Stahr.

Myśl stosowania fermentów przeciw nowotworom nie jest w zupełności nową. Już przed laty próbował miejscowej fermentoterapii nowotworów Billroth, ale bez widocznych skutków, i sposób ten potem dlatego porzucono. Później z biegiem lat baczne spostrzeganie stwierdziło cały szereg faktów, dowodzących, że jednak fermenty mają pewien wpływ na nowotwory. I tak przekonano się, że pankreatyna prędko strawia w probówce tkankę rakową w przeciwieństwie do pepsyny, która prawie zupełnie na raka nie działa (Ferd. Blumenthal). Potem zauważono, że tak samo działa pankreatyna na białko, wydzielone z guzów rakowych (Bergell). Pepsyna również nie trawi białka, wydzielonego z raków. Podobnie, jak pankreatyna, zachowuje się papajotyna.

Fakty te wzbudziły wielkie nadzieje i stworzyły najpierw terapię trypsynową nowotworów, praktycznie z początku stosowaną przeważnie w Anglii. To usiłowanie lecznicze oparło się na doświadczeniach i zapatrywaniach J. Bearda. Rozumowanie jego było następujące: »Twory wielokomórkowe (*metazoa*) różnią się pod względem wymiany materyi tem od pierwotniaków (*protozoa*), że te ostatnie rozkładają swą pożywkę przy pomocy śródkomórkowych fermentów, gdy natomiast wyżej uorganizowane twory wielokomórkowe wydzielają fermenty pozakomórkowo. Jeżeli w raku i jego swoistych komórkach będziemy widzieli pewien rodzaj powrotnej przemiany, rewerzyi, ku pierwotniakowi, to wydadzą się nam fermenty trzustkowe odpowiednimi do swoistego działania na raka«. Stąd poszły jego doświadczenia z rakiem mysim, których wynik zachęcił go do prób na ludziach. Takie same próby podjęto później (1904—1905) w berlińskim Zakładzie dla badania raka. Miejscowo stosowali trypsynę Leyden i Bergell [1]). Przyrządzali ją w następujący sposób: 20 gramów pankreatyny, zmieszanej z eterem, wstrząsali przez dobę w jałowej flaszce na maszynie do potrząsania, potem eter zlewali, a resztę eteru usuwali w próżni. Następnie dolawszy 100—200 gramów jałowej wody, jeszcze raz mieszankę przez 10 godzin wstrząsali, i wreszcie roztwór na wirownicy czynili przeźroczystym i trwałym. Wstrzykując miejscowo taką trypsynę, zdołali wprawdzie wywołać rozpadanie się guzów rakowych, ale tylko na ograniczonej przestrzeni. Trypsyna, wstrzykiwana w większych ilościach, rozpuszczała zarówno komórki raków, jak i zdrowej tkanki. Żadnego przypadku nie uleczyli. (»Von Heilfällen wissen wir nicht zu berichten«). I podawanie wewnętrzne, nawet wielkich dawek (do 20 gr.) było bezskuteczne, chociaż wyraźną ulgę przynosiło chorym na raka żołądka, ale bez przerzutów i niebardzo wyniszczonym.

Wtedy postanowili ci sami autorowie próbować wszystkich, jeden po drugim, fermentów proteolitycznych i przeszli do wątroby zwierzęcej [2]). W zabiegach swoich posługiwali się sokiem, otrzymanym z wątroby przez wygniatanie. Szczegółów nie podają, jak ten sok wyrabiają, bo i w tym kierunku czynią jeszcze dalsze próby, zmierzające do wydoskonalenia tego soku. Zaznaczają tylko, że udało im się znaleść w tym soku ferment taki, który rozkłada ową część najprostszych peptonów (Seidenpepton) i glycylalanin, rodzaj peptydu, których pankreatyna nie trawi. Stosowali ten sok w trzech przypadkach nowotworów, nie nadających się do zabiegu, a więc w przypadku wielkiego mięsaka na szyi, w rozległym raku macicy i w toku nawrotu raka sutka. We wszystkich tych trzech przypadkach były przerzuty i wszystkie trzy zakończyły się mimo wstrzykiwania soku wątrobnego zejściem śmiertelnem.

Sok ten działał bardzo energicznie na komórki rakowe, wywołując ich rozpad: makroskopowo rozmiękanie i rozpływanie się guza, drobnowidowo martwicę komórek. Nigdy nie stwierdzono zscrowacenia, jak to bywa przy samoistnych przemianach nowotworu. Sok ten działa wybiórczo (*electiv*) wyłącznie na komórkę rakową, zaś na zdrową nie działa w odróżnieniu od wspomnianej wyżej pankreatyny, której działanie wybiórcze jest bardzo niedokładne.

Rozpadowi komórek rakowych towarzyszyły objawy tak ciężkiego samozatrucia, że autorowie musieli tego leczenia w pół drogi poniechać. Rozcieńczenie soku nic nie pomagało, co odpowiada naturze fermentu.

Na podstawie doświadczeń swych doszli autorowie do następujących wniosków, tyczących się patogenezy nowotworów: Ustrój zdrowy posiada swoiste fermenty, które niszczą i nie pozwalają bujać komórce rakowej. Fermenty te proteolityczne znikają prawdopodobnie w ustroju dotkniętym rakiem.

Dla wyjaśnienia znaczenia fermentów proteolitycznych w leczeniu raka podjął Bergell dalsze doświadczenia. Jedne wykonał wraz z Lewinem [3]), a drugie ze Stickerem [4]).

W pierwszej seryi wykonał Bergell wraz z Lewinem doświadczenia na myszach, dotkniętych rakiem, wstrzykując im sok z rozcieranych wątrób króliczych. Zupełnie tak samo, jak

[1]) Leyden i P. Bergell. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 61. Z. 3 i 4, str. 360.
[2]) E. Leyden i P. Bergell. Deutsche med. Wochs. Nr 23, 1907.
[3]) P. Bergell i C. Lewin. Zeitschr. f. kl. Med. 1907.
[4]) P. Bergell i A. Sticker. Deutsche med. Wochs. Nr 38, 1907.

u człowieka, wstrzykiwania te wywoływały u myszy martwicę komórek rakowych. Aby guz prędko znikał, trzeba było wstrzykiwać wielkie dawki soku wątrobnego, po 25 i 30 gramów, a więc dawki dziesięć razy większe od tych, jakie ten sam skutek wywoływały u ludzi. Wogóle działanie rozpuszczające nowotwory, było mniej wyraźne w nowotworach świeżych, niż w dawniejszych, znacznie rozwiniętych, ale w tych ostatnich przypadkach wstrzykiwania wywoływały ciężkie samozatrucie, któremu zwierzęta ulegały w 2 do 3 dni. Innemu szeregowi myszy wstrzykiwali autorowie sok z wątroby również mysiej, i to pochodzący z myszy zdrowych lub chorych na raka, a więc z wątroby zwierząt tego samego gatunku. Przy tej sposobności przekonali się, że sok z wątroby króliczej działał silniej, niż sok z wątroby mysiej, a nadto, że sok, pochodzący z wątroby myszy, dotkniętej rakiem, żadnego działania proteolitycznego na nowotwór nie wywierał.

Ten ostatni fakt przemawia za teoryą Bergella i Leydena, że ustrojowi dotkniętemu rakiem brak swoistych przeciwrakowych fermentów proteolitycznych.

Pod względem leczniczym zabiegi autorów najzupełniej chybiły: u wszystkich myszy rozpadowi guza towarzyszyło śmiertelne samozatrucie.

W drugiej seryi doświadczeń, podjętych wraz ze Stickerem na psach, był Bergell szczęśliwszym: W przypadkach mięsaka doświadczalnego, sztucznie szczepieniem wywołanego, i to w takim okresie, kiedy nie można było mieć już zgoła nadziei samorodnego wyleczenia — (jak wiadomo, sztucznie u zwierząt szczepieniem wywołane nowotwory przyjmują się, dochodzą w rozwoju pewnego okresu, ale wreszcie często ulegają wstecznemu przeobrażeniu i znikają) — miejscowe wstrzykiwania fermentów wątrobnych wywoływały zupełny rozpad i wessanie się guza nowotworowego. W jednym przypadku działanie to sięgało aż nawet do przerzutu, który się poprzednio był wytworzył w sąsiednich gruczołach chłonnych. W tych rozpadających się guzach stwierdzano taki sam obraz mikroskopowy, jaki dawniej zauważano w toku samogojenia się nowotworów. Czy psy uleczone nabywają odporności na przyszłość, okażą dalsze próby.

Naturalnie, że te doświadczenia nie dają podstawy do żadnych, tembardziej zaś do korzystnych wniosków, co się tyczy skutków leczenia tym sposobem ludzi. Należy bowiem zważyć, że był to mięsak, wywołany sztucznie szczepieniem, a jeszcze pytanie, jak się zachowują mięsaki, powstałe samorodnie. Na jeden wniosek pozwalają doświadczenia autorów w każdym razie, a to na ten, że w celu leczenia trzeba wywołać sztuczną przemianę wsteczną nowotworu w wolnem tempie tak, jak wolno te guzy powstają.

Podobne próby leczenia nowotworów podjął także Bier[5]). Począł on w celu leczenia nowotworów złośliwych wstrzykiwać odwłóknioną krew, pochodzącą z innego gatunku zwierząt. Wstrzykiwał ludziom z początku krew baranią, a potem wieprzową, jako czynniejszą. Działanie krwi odnosi on do obecności fermentów. I teraz nasuwa się pytanie, czy fermenty, znajdujące się w wątrobie, a używane przez poprzednich badaczy, są temi samemi, jakie znajdują się w krwi. Fermenty wątrobne wywołują rozpad nowotworu, ale nigdy nie wywołują w jego otoczeniu zapalenia, ani bujania tkanki łącznej; natomiast krew innogatunkowa wywoływała w niektórych przypadkach tak gwałtowne bujanie tkanki łącznej w sąsiedztwie guza, że go tkanka łączna niejako zduszała. Krew innogatunkowa nie ma żadnego widocznego wpływu na tkankę prawidłową, natomiast wywiera wyraźny wpływ na patologiczną, a między innemi na rakową. Bier robił wstrzykiwania w przypadkach nowotworów, nie nadających się już do operacyi, i to albo w guz sam, albo w jego otoczenie. Raki rozpadały się prawie bez wyjątku niezwłocznie i przestawały wydzielać i sączyć. W bolach chorzy żadnej nie doznawali ulgi, co Bier tłómaczy tem, że raki te prawdopodobnie poobrastały sąsiednie nerwy. (Jak wiadomo bowiem, Bier jest zdania, że zapalenie usuwa ból. Zobacz jego dzieło: »Hyperaemie als Heilmittel«). Raki wychodzące z blizn rosły czasem mimo wstrzykiwań dalej, inne jednak ulegały we wnętrzu martwicy, a inne tak się pomniejszały, że pozornie wyglądały na zgojone. Mikroskop jednak zawsze w głębi tu i ówdzie wykrywał komórki rakowe. Napewno nie uleczył Bier dotąd żadnego przypadku raka. Niemniej jednak faktem jest niezaprzeczonym, że wstrzykiwanie krwi innogatunkowej działa wybitnie.

Fakty, stwierdzone przez Biera, przemawiają także za nową teoryą raka. Bergell sądzi, że wynik proteolityczny tych wstrzykiwań tłómaczy się obecnością we krwi tego samego fermentu, od którego zależy działanie soku wątrobnego. A może wogóle i krew i sok wątrobny i pankreatyna działają z powodu obecności tego samego fermentu.

W ostatnich dniach pojawiła się praca Roberta Odiera[6]) z Genewy, który zaleca przeciw nowotworom także fermentoterapię, ale stosowaną nie miejscowo, lecz ogólnie, bo i raka uważa za schorzenie od samego początku nie miejscowe, ale za chorobę ogólną, która tylko miejscowo się przejawia. Dla leczenia poleca fermenty glikolityczne, które mają działać wstrzyknięte gdziekolwiekbądź pod skórę i bez względu na to, gdzie się sadowi nowotwór.

Sposób ten opiera się na następującem spostrzeżeniu: Krew chorych na raka (ludzi i zwierząt samorodnie zapadłych) ma prawie zawsze wysoki ciężar właściwy (1·060—1·175 u ludzi), który się nie zmienia, choćby krew taką trzymać i godzinę w cieplarce. Zjawisko to tłómaczy Odier osłabieniem fermentu glikolitycznego we krwi, chorych na raka, który nie działając więcej na glikogen krwi, nie zmienia gęstości surowicy, jak to bywa zawsze, kiedy do cieplarki wstawiamy na godzinę krew zdrowego.

Odier dobywa fermenty glikolityczne z mięśni, wątroby i trzustki cielęcej, baraniej lub wolej, które wstrzykuje chorym na raka, albo i mięsaka. Po wstrzyknięciu nowotwór rozpada się i znika nadzwyczaj szybko, podobnie i przerzuty giną. W jednym przypadku koło 20 przerzutów zniknęło. Ani rozmiary, ani złośliwość nowotworu nie są przeszkodą w działaniu tej fermentoterapii ogólnej. Wrażliwość chorych na raka, poddanych temu leczeniu, jest różna: jedni znoszą i 3 ctm.³ dziennie, a są tacy, u których nie można przekroczyć dawki 1 ctm.³ w ciągu 15 dni. Ilość fermentów, którą można wprowadzić do chorego ustroju, stoi w ścisłym związku ze złośliwością nowotworu: I tak w przypadku daleko posuniętego i szybko rosnącego raka piersi z obrzękiem ręki nie można było nigdy wstrzyknąć tak dużej dawki fermentu, żeby w zupełności wstrzymać wzrost raka. Stan chorej mimo to poprawił się znacznie, obrzęk ręki i bole rychło ustąpiły tak, że chora mogła znowu ręki tej używać. Odier opowiada, że chora wobec naocznej poprawy domagała się natarczywie coraz większych dawek. Z drugiej strony jednak w przypadku raka obu piersi, rosnącego wolno już od 5 lat, z zajęciem gruczołów pachowych i obrzękiem rąk, chora tak oddziaływała już na 1 ctm.³ gorączką, dreszczami, bolem głowy, że wstrzykiwania musiano ograniczyć do dwóch na miesiąc.

Odier uważa raka, jak wyżej wspomniałem, za chorobę ogólną od samego początku, ale nie miejscową, i dlatego zdaniem jego nawet najlepiej i choćby najwcześniej dokonana operacya nie wystarcza (?), bo nie usuwa zaburzenia równowagi ustroju. Zapatrywania swe popiera O. następującą historyą choroby, ciekawą poniekąd i z innego punktu widzenia.

Chory 62-letni zgłasza się po poradę. Boi się, że ma raka żołądka. Kilku chirurgów już go badało i sprawy nie wyświetliło. O. wstrzykuje dla rozpoznania 2 ctm.³ fermentu w pośladek. Zaraz wieczorem ciepłota podnosi się do 38·7° C., w okolicy odźwiernika zjawia się żywy ból i tam da się wymacać guz wielkości orzecha, czego przedtem stwierdzić nie było można[7]). Wobec tego chirurg operuje i wyłuszcza raka odźwiernika, ograniczonego, małego, nie zrośniętego z otoczeniem. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie. Po operacyi chory mimo to gwałtownie na siłach podupada, wytwarza się chera. Wtedy wstrzykiwania fermentu glikolitycznego skrzepiają chorego uderzająco; w kilku miesiącach przybywa mu 11 klgr. wagi i dotąd — a już minęło 14 miesięcy — jest zdrów.

Równocześnie ze wstrzykiwaniem fermentów nie należy nigdy podawać przetworów arsenowych, jakoteż nigdy nie należy przestawać nagle wstrzykiwać. W obu razach można się doczekać bardzo niemiłych zaburzeń.

Średnio wstrzykuje Odier w przypadkach miernego nasilenia po 2 ctm.³ dwa razy w tygodniu, co przeważnie wystarcza. W przypadkach o przebiegu bardzo powolnym zależy ilość od wrażliwości osobniczej chorego.

Przygotowanie fermentu wymaga osobnych przyrządów i jest pracą, która nie da się wykonywać w codziennej praktyce lekarskiej. Dla codziennej praktyki, o ile chodzi tylko o pokrzepienie sił chorego, poleca Odier następujący sposób, mogący niekiedy także wstrzymać dalszy rozwój guza.

Pewną ilość (na wagę) mięśni młodego cielęcia, barana

---

[5]) August Bier. Deutsche med. Wochs. Nr 29, 1907.

[6]) Robert Odier. La Presse médicale 1908, Nr 16.

[7]) Odier zwraca uwagę na tę okoliczność, że chorzy wrażliwi na wstrzykiwania glikolityczne doznają przemijającego bolesnego obrzęku guzów. Niejednokrotnie objaw ten oddał Odierowi usługi w rozpoznaniu.

lub wołu, starannie oczyszczonych z tłuszczu i ścięgien — mięśnie wołu nadają się najmniej — i trzy razy tyle trzustki miele się aseptycznie lub w moździerzu rozbija na miazgę, którą się zalewa czystą, jałową gliceryną. (Ile gliceryny należy wziąć, O. nie podaje). Mieszankę tę kłóci się prętem szklanym i zostawia potem w ciepłocie 18°—20, najwyżej przez dobę. Na drugi dzień przeciska się tę mieszankę przez delikatną gazę, potem się dodaje dwie objętości jałowej wody przekroplonej i cedzi najmniej trzy razy przez dobrze zwilżoną bibułę, a w końcu przez świeczkę Chamberlanda B. — Takiego rozczynu używa się do wstrzykiwań.

Odier zaleca także i inny sposób, podany zresztą przez Beranecka w innym celu: Miazgę z mięsa i trzustki, sporządzoną jak wyżej, wkłada się do rozczynu chlorku sodowego 7°/₀₀. Po 24 godzinach dolewa się do tej mieszanki równą objętość 2 prc. rozczynu kwasu ortofosforowego o ciężarze właściwym 1.700. Na wierzch tego płynu nalewa się na dobę toluenu dla ochrony przed prochem i nazajutrz cedzi się kilka razy przez bibułę, a potem przez świeczkę porcelanową. Sączenie idzie bardzo wolno. Przesącz należy zbierać do flaszki o pojemności najwyżej 20 ctm.³, bo się łatwo psuje, i trzymać w ciemności, bo światło wywołuje straty białkowe.

Wspomnieć tu należy o próbach Mortona i Jonesa[8]), którzy wstrzykiwali trypsynę i amylopsynę w 4 przypadkach raka sutka (po 15 stopniowo, aż do 30 kropli na wstrzyknięcie). Wstrzykiwali oni te fermenty przeważnie pod skórę w sąsiedztwie nowotworu, rzadziej w sam nowotwór. W jednym przypadku raka włóknistego zmniejszyły się po kilku tygodniach takiego leczenia bole, w innych 3 nie było żadnego polepszenia. Co gorsza, odnieśli Morton i Jones wrażenie, że w jednym przypadku przyczyniły się wstrzykiwania do szybszego rozsiania się przerzutów i że w owych 3, w których nie było polepszenia, bole już po kilku wstrzykiwaniach nietylko nie słabły, ale nawet się wzmagały; gdy zaś przekroczono dawkę 15 kropli, powstawały pomimo najtroskliwszej aseptyki ropienia.

Wszystkie te powyżej wspomniane prace i doświadczenia są ledwo rozpoczęte; otwierają one nowe pole widzenia co się tyczy przyrody i leczenia raka, ale czy przyniosą jakąś praktyczną korzyść cierpiącej ludzkości, tego na razie nie możemy rozstrzygnąć.

Brocq L. **Traité élémentaire de dermatologie pratique.** (*Octave Doin, Paris* 1907).

Autor, jeden z najwybitniejszych dermatologów francuskich, odznacza się oryginalnością swych zapatrywań na patogenezę chorób skórnych. Na podstawie swych poglądów stwarza Brocq odrębny podział. Przedewszystkiem rozdziela wszystkie choroby skórne na dwie duże grupy; prawdziwe jednostki chorobowe (*entités morbides vraies*) i odczyny skórne (*réactions cutanées*). Rozróżnia zatem sprawy, powstałe przez działanie zewnętrzne od chorób, powstałych przez samozatrucie lub na tle skłonności, czy to wrodzonej, czy nabytej. W pierwszych zawsze sprawa chorobowa zależy przedewszystkiem od czynnika zewnętrznego, czy to fizycznego, chemicznego, czy pasorzytnego, to też obraz chorobowy jest w tych przypadkach w pewnych granicach zawsze jednakowy. W drugiej grupie przypady chorobowe zależą od znamion podłoża, na którem się sprawa rozwija. Przyczyną nie jest w tym razie jakiś czynnik zewnętrzny, ale chorobę wywołuje zmiana w samym ustroju, czy to nieprawidłowości wymiany materyi, czy też usposobienie wrodzone lub nabyte. Przytem działać mogą obok przyczyn wewnętrznych i czynniki zewnętrzne, skąd powstaje obraz odmienny, nie należący do żadnej z powyższych grup. Na tle tych zasadniczych, stworzonych przez siebie zapatrywań, kreśli autor z bystrością doświadczonego klinicysty, któremu nie ujdzie żaden szczegół choroby, barwnie i jasno obraz wszystkich znanych chorób skórnych, analizując z cenną dokładnością szczegóły objawów skórnych, przebieg i zejście choroby. Zrozumienie różnorodności objawów klinicznych, tak ważne szczególnie dla początkującego dermatologa, ułatwiają reprodukcye fotografii ze spostrzeganych przez autora różnych postaci chorobowych; fotografii tych pomieścił autor w tekście bardzo dużo (441). Wspomniane zalety wewnętrzne niniejszej książki, jakoteż jej szata zewnętrzna (głównie wyrazistość obrazów) czynią ją pożądaną dla pragnących poznać zapatrywania wybitnego odłamu szkoły francuskiej. *F. Krzyształowicz.*

[8]) Lancet, 27. IX. 1907, sprawozd. Münchener med. Wochenschr. 1908, Nr 9.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Schreiber. **Samorodne rozszerzenie okrężnicy, zarazem przyczynek do rektoromanoskopii.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). S. opisuje przypadek rozszerzenia okrężnicy u osoby dorosłej, którego przebieg przypomina chorobę, opisaną przez Hirschsprunga u dzieci, a polegającą na uporczywem zatrzymaniu kału, oraz bębnicy. Według Hirschsprunga polega choroba ta u dzieci na wrodzonem rozszerzeniu i przeroście okrężnicy i ma u dzieci przebieg prawie zawsze śmiertelny; natomiast u dorosłych ma przebieg łagodniejszy, a wiedzie do częstych nawrotów. W przypadku przytoczonym były również u osoby, do 17. roku życia zdrowej, objawy bębnicy, uporczywe zatwardzenie i wymioty kałowe, a wprowadzony do odbytnicy wziernik wyjaśnił sprawę, wykrywając rozszerzenie obydwóch pętli kiszki esowatej. Do zabiegu chirurgicznego w opisanym przypadku nie doszło, gdyż objawy ustąpiły po zastosowaniu przetworów makowca; stosowane poprzednio środki przeczyszczające i lewatywy stan chorej wciąż pogarszały. *Schudmak.*

Bernoulli. **Rak żołądka i jelit w dwóch pierwszych dziesięcioleciach życia.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). B. przytacza z piśmiennictwa liczby statystyczne, dotyczące raka żołądka lub jelit przed 20. rokiem życia. Statystyce tej przeciwstawia następującą własną, odnoszącą się do 50 przez siebie dokładnie badanych i spostrzeganych przypadków u osobników, które 20. roku życia jeszcze nie przekroczyły. Na 50 przypadków raka przewodu pokarmowego dotknięte były: Żołądek 13 r. (odźwiernik 5), dwunastnica 0, jelita cienkie 3, okrężnica 5 (zagięcie śledź. 2), zgięcie esowate 8, odbytnica 21 razy. Histologicznie stwierdzono raka gruczołowatego (*adenocarcinoma*) 11 razy (raz w żołądku, 10 razy w jelitach), raka galaretowatego 16 razy (5 razy w żołądku, 1 w jelicie, 10 w odbytnicy), raka włóknistego 4 razy (3 razy w żołądku, raz w odbytnicy), raka rdzeniastego 8 razy, postać mieszaną 3 razy; nie podano szczegółów 8 razy. Objawy za życia różnią się u młodych osób od objawów raka u starszych tem, że charłactwo bardzo rzadko występuje; częściej spostrzegał autor znaczną niedokrwistość przy dobrym stanie odżywienia. Przebieg jest nadzwyczaj szybki, bardzo rzadko spostrzegać się daje dłuższe trwanie choroby. Średnio trwała choroba w przytoczonych przypadkach 5·7 miesięcy. Rozpoznanie za życia należy do wielkich rzadkości. *Schudmak.*

Zweig. **Sokotok pokarmowy.** (Alimentäre Hypersekretion). (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). Przez nazwę sokotoku pokarmowego rozumie Z. chorobę wydzielniczą żołądka, polegającą na nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego po wprowadzeniu do żołądka pokarmów. Z. przytacza kilkanaście dokładnie spostrzeganych przypadków, w których na czczo żołądek, badany zgłębnikiem, był stale próżny, natomiast ilość soku żołądkowego, wydobyta po śniadaniu próbnem, zawsze znacznie przekraczała zwyczajnie po śniadaniach próbnych napotykaną ilość soku. Z. zalicza chorobę tę do rzędu nerwic wydzielniczych; objawy podmiotowe nie różnią się rzeczywiście niczem od objawów zwykle napotykanych i przy innych nerwicach żołądkowych. Chemizm żołądka nie ulega przytem żadnym zmianom; leczenie jest czysto objawowe. *Schudmak.*

Lewiński. **Znaczenie drobnowidowego zastoju treści żołądkowej dla rozpoznania raka żołądka.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). Badania L. dotyczą całego szeregu różnych chorób żołądka, przeważnie jednak raka, przyczem L. zwrócił głównie uwagę na t. zw. drobnowidowe badanie zastoju treści, mające według Zieglera pierwszorzędne znaczenie przy rozpoznaniu raka żołądka w tym okresie, kiedy wszystkie inne dotychczas znane objawy jeszcze nie występują. Postępując sposobem Zieglera, badał L. pozostałość w oczkach zgłębnika, wprowadzonego do żołądka po dokładnem przepłukaniu go, w niektórych przypadkach nawet rozczynem azotanu srebra. W niektórych przypadkach raka (nie we wszystkich) znalazł L. rzeczywiście pod drobnowidem w resztkach tych większą ilość leukocytów i znamienne według Z. laseczniki Opplerowskie; atoli i bardzo liczne przypadki bez zmian rakowych dawały często te same wyniki drobnowidowe. L. dochodzi na podstawie swych badań do wniosku, że drobnowidowe badanie Zieglerowskie nie ma żadnego znaczenia dla rozpoznania raka żołądka. *Schudmak.*

Bönniger. **W sprawie rozpoznawania wrzodu żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 8). B. wprowadza na czczo do żołądka trochę wody i potem wydobywa ją i bada co do zawartości śluzu, białka, nabłonków i t. p. Potem wprowadza do żołądka 100—200 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego. W razie wrzodu, zjawia się przenikliwy ból, który złagodzić można zaraz mlekiem. Wogóle poleca B. w leczeniu wrzodu mleko tłuste, zwłaszcza śmietankę, która wiąże silnie kwasy. Badania promieniami Röntgena dowodzą, że położenie żołądka jest tak zmienne, iż występujący dość stale ból w dołku przy ucisku, odnieść należy do innych przyczyn, a nie do bezpośredniego ucisku chorego miejsca. *K.*

Braun. **W sprawie postępowania wobec ostrych groźnych dla życia krwotoków przy wrzodzie żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 8). Przy groźnych krwotokach z wrzodów żołądka poleca B. przedewszystkiem okłucie krwawiącego naczynia. Da się to dobrze wykonać, zwłaszcza gdy wrzód usadowiony jest na krzywiznie małej. W ten sposób wyleczył B. jednego chorego, dołączywszy jeszcze do operacyi założenie przetoki jelita czczego sposobem Witzla. *K.*

Wohlgemuth. **W sprawie leczenia przetok trzustki i mechanizmu wydzielania trzustkowego podczas trawienia.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 8). W. donosi o wyleczeniu 5 przetok trzustki sposobem przez siebie podanym (wyłączenie węglowodanów z pokarmu i podawanie dwuwęglanu sody), dążącym do zmniejszenia wydzielania trzustki. Wybitnie zwiększająco na wydzielinę trzustki działa kwas solny treści żołądkowej. *Klęsk.*

M. Guisez. **Znaczenie ezofagoskopii pod względem rozpoznawczym i leczniczym.** (*Presse méd.* 1908, Nr 13). Na podstawie 300 osobistych spostrzeżeń oświadcza G., że ezofagoskopia nie jest zabiegiem ani niebezpiecznym, ani bolesnym. Niebezpiecznym nie jest, bo przełyk nie jest wcale, jak dotąd powszechnie podawano, cewą równą od góry do dołu, ale przeciwnie, oprócz jakich 3—4 ctm. od początku i 1—2 ctm. od końca, jamą wrzecionowatą, zawsze rozwartą. I dlatego, minąwszy tylko szyjną część przełyku, można przełyk wygodnie oglądać, nie dotykając wcale jego ścian, a nadto oglądnąć wpust żołądka z odległości około 8 ctm. Wpust, stanowiący dno owej jamy wrzecionowatej, jest zawsze zamknięty; można go przez ezofagoskop pomazać kokainą, a wtedy da się bardzo łatwo dokładnie obejrzeć. Wejście do przełyku, położone poza chrząstkami nalewkowatemi, a przed kręgami, wygląda, jak poprzeczna szpara, stale zamknięta. Tylko zapomocą ezofagoskopu da się rozstrzygnąć dokładnie, gdzie się znajduje przeszkoda w połykaniu, i jakiej przyrody są obrażenia ścian przełyku, gdzie się zatrzymało ciało obce. Nawet bowiem promienie Röntgena nie wykrywają wszystkich ciał obcych, a nadto z powodu ciągłych ruchów połykowych w przełyku ciało obce może się już po rentgenowaniu przesunąć w dół i może się zdarzyć, że radyoskopia da wskazanie do wysokiej ezofagotomii, a ciało obce już tymczasem jest u wpustu, albo go i minęło. Tylko ezofagoskopia rozstrzyga, czy i gdzie są zwężenia bliznowate i pozwala na racyonalne leczenie. Wszystkie zwężenia przełyku samoistne u starców rozpoznawano dotąd jako raki, tymczasem ezofagoskop dowiódł, że rak na dziesięć razy to rozpoznanie jest mylne, i że chorzy tacy cierpieli na zwykły skurcz, dający się ezofagoskopią uleczyć. Bez tego byliby ci chorzy napewno zginęli z głodu. W niektórych przypadkach, przysłanych z rozpoznaniem raka przełyku, ezofagoskop wykrył rozszerzenie tętnicy głównej. Oto pokrótce najważniejsze momenty, stanowiące o doniosłości ezofagoskopii. *Stahr.*

L. Blum. **Czy wrzodziejące durowe zapalenie gardła ma znaczenie rozpoznawcze?** (*Sem. méd.* Nr. 9, 1908). Wrzody gardła w toku duru są tak znamienne, że je pozna natychmiast każdy, kto je raz widział. Znajdują się one przeważnie na przedniej powierzchni w górnej połowie łuków podniebiennych przednich, rzadziej zaś w łukach tylnych, na języczku lub na podniebieniu miękkiem. Często zajęte są równocześnie obie strony gardła w miejscach symetrycznych, czasem tylko zajęta bywa jedna strona. Często napotyka się więcej jak 2 owrzodzenia na raz (15 razy na 76. B. widział ich raz 8 naraz). Są one owalne, różnej wielkości, zawsze powierzchowne, o brzegach wyniosłych, różowych, a dnie szaro-żółtem lub szaro-różowem. Pokryte bywają czasem śluzem i za dotknięciem łatwo krwawią. Rozwijają się prędko, czasem już w ciągu doby i znikają zwolna, do pewnego stopnia równolegle z biegiem choroby samej. Utrzymują się przeciętnie koło 10 dni, w łagodnych przypadkach choroby 4—5 dni. Wrzody te są wczesnym objawem duru; często zjawiają się wcześniej, niż osutka. Z owrzodzeń tych rokować o przebiegu choroby, o zaostrzeniach lub nawrotach nie można. Są one zawsze niebolesne i spotyka się je średnio raz na 5—6 przypadków duru, najmniej raz na 15. Najczęściej zjawiają się w lecie (od lipca do września) i u chorych między 15. a 30. rokiem życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet (57:19). Spotkać je można zarówno w przypadkach duru lekkich, jak i ciężkich, a nawet śmiertelnych. Na stole sekcyjnym spotyka się je (jak wogóle wczesne objawy duru) rzadko. Anatomicznie owrzodzenia te nie mają nic wspólnego z owrzodzeniami durowemi w jelitach, a chociaż B. znajdował na nich czasem (3:5) prątki durowe, jednak nie może twierdzić, że wywołuje je prątek Ebertha, boć go i tak w ślinie chorych na dur i bez owrzodzeń gardła często się napotyka. Owrzodzenia podobne napotyka się również i w zakażeniach paratyfusowych. W końcu swej pracy zwraca B. uwagę, że owrzodzenia te nie są cechujące dla duru, albowiem czasem napotykał je i w toku innych cierpień (zapalenie opłucnej, gruźlica prosówkowa), ale mają one takie samo znaczenie, co i osutka, t. zn., że obok innych objawów mogą przechylić rozpoznanie w kierunku duru. Dlaczego tak często zdarzają się w durze, a tak rzadko w innych chorobach zakaźnych, tego dotąd nie wiemy. *Stahr.*

Grimme. **O osobnikach wydzielających prątki durowe** (Typhusbazillenträger) **w zakładach dla obłąkanych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1908). Fakt, że osobniki takie spotykano przeważnie w zakładach dla obłąkanych, tłomaczy się zdaniem G. jedynie tem, że tam właśnie robiono przedewszystkiem poszukiwania w tej sprawie. Nieco już późniejszy wiek tych chorych stoi w ścisłym związku z powstawaniem w nieco już późniejszym wieku kamieni żółciowych, które do właściwości tej usposabiają. Konieczność odosobniania takich chorych jest jasna, ujemny zaś wpływ odosobniania na przebieg chorób umysłowych upoważnia zdaniem G., do zabiegów operacyjnych, które jedynie mogą uleczyć »roznosiciela duru« od tak groźnej właściwości. Czy wybrać należy stosunkowo niewinną cholecystotomię, czy zabieg doszczętny (wycięcie pęcherzyka) należy za każdym razem zostawić do rozstrzygnięcia chirurgowi. *Dr M. Godlewski.*

Exner i Heyrovsky. **W sprawie patogenezy kamicy żółciowej.** (*Wien. klin. Wochs.* Nr 7, 1908). Z doświadczeń E. i H. wynika, że pod wpływem bakteryi ulegają sole żółciowe rozkładowi. Prątki durowe wywołują najsilniejszy rozkład; inne bakterye słabiej żółć rozkładają. Z badań różnych bakteryj co do zdolności rozkładania soli żółciowych zestawiają E. i H. skalę, rozpoczynającą się od paciorkowca, poczem następuje gronkowiec, prątek Friedländera, prątek okrężnicy, prątek ropy błękitnej, prątek odmieniec, a w końcu prątek durowy. Kamienie żółciowe przeważnie składają się z cholestearyny, to też przez strącenie cholestearyny przez bakterye powstają warunki do wytworzenia się kamyka żółciowego. Temsamem stwierdzamy, że te drobnoustroje, które najsilniej rozkładają sole żółciowe, grają najwybitniejszą rolę w powstawaniu kamicy żółciowej, a znalazłszy mimo to przy kamykach żółciowych zakażenie żółci gatunkami bakteryi, mało rozkładającymi żółć, np. paciorkowcami, możemy prawie z pewnością przyjąć, że one w etyologii kamicy nie miały prawie żadnego udziału, lecz ich obecność pozostaje w związku z wtórnem zakażeniem. *Dr Blassberg.*

Prof. Salkowski. **O nowem, fosfor i arsen zawierającem połączeniu żelaza.** (*Berlin. klin. Wochschft. 1908 Nr 4.* S. przypuszcza, że główna część wprowadzonego do ustroju arsenu zostaje złożoną w nim w postaci związków, podobnych do nukleoproteidów, zawierających fosfor, albo, że arsen w nukleoproteidach sam część fosforu zastępuje. S. zajął się więc sprawą istnienia związków organicznych, zawierających równocześnie P i As, używając do poszukiwań swych. kw. paranukleinowego, powstającego przy trawieniu kazeiny. Udało mu się rzeczywiście otrzymać połączenie żelaza, zawierające P i As, w którem arsen jest luźnie związany. Związek ten, zwany fabrycznie »arsenogen«, podawano najpierw zwierzętom i na podstawie otrzymanych wyników określono dawkę 0·18 na dzień jako prawdopodobnie dla człowieka zabójczą. Związek ten zmięszano z triferyną, dając mu nazwę: »arsentriferrol« i przetwór ten użyto do prób leczniczych na ludziach. Na podstawie dotychczasowych wyników oświadcza Prof. Mosse, że chorzy zażywają go chętnie i znoszą dobrze i że po dłuższem podawaniu w odpowiednich przypadkach następuje polepszenie. *W. Kluger.*

Lustwerk. **Łączenie użycia weronalu z dioniną.** (*Allg. med. Ctr. Ztg. 1907. Nr 34*). Zdaniem L. jeżeli się łączy stosowanie weronalu z użyciem dioniny, to można się nie oba-

wiać przyzwyczajenia się ustroju do tych środków. Nawet przy przewlekłem używaniu weronalu ustrój wtedy nie przyzwyczaja się do tego środka, a działanie weronalu nie słabnie; nagłe przerwanie stosowania jego nie wywołuje też wtedy żadnego odczynu. Weronal nie działa zbiorowo, ani ubocznie, nie wpływa na krążenie i oddychanie; sen po weronalu jest podobniejszy do naturalnego, niż po innych lekach nasennych. W moczu nie stwierdził L. po weronalu nigdy białka, ani cukru, nigdy też nie zauważył po tym środku żadnych wysypek na skórze.

Dr M Lauterbach (Wiedeń).

Nieuhaus: **Przypadek zatrucia weronalem.** *(Korresp. f. schweiz-Arzte. 1907. Nr 11).* Osoba dotknięta histeryą zażyła w zamiarze samobójczym o godz. 3 pop. 4 gr. weronalu; w godzinę potem znaleziono ją nieprzytomną i zsiniałą na krześle. N. wezwany wieczorem, zastał ją spokojnie śpiącą i stwierdził: źrenice średnio rozszerzone, oddziałujące na światło, tętno 89, regularne. O północy chora popadła nagle w wielki niepokój i krzyczała aż do przedpołudnia dnia następnego; w moczu, dnia tego oddanym, znaleziono 0·1 gr. weronalu w 100 cm^3. W ciągu następnych skarżyła się chora na silny ból głowy, podwójne widzenie, wymioty, uczucie trwogi, powoli jednak stan się poprawiał i chora wyzdrowiała. *I. Nowaczyński.*

Pedyatrya.

Szabad. **Wpływ fosforu na wymianę wapna u dzieci chorych i zdrowych na krzywicę.** (*Wracz. Gazieta* 1907, Nr 43). W celu zbadania wpływu fosforu na wymianę wapna u dzieci zdrowych i chorych na krzywicę wykonał S. 14 doświadczeń na 3 dzieciach; dwóch — chorych na krzywicę i jednem — zdrowem, przyczem w 6 doświadczeniach oprócz wapna badał jeszcze wymianę fosforu i azotu, w innych zaś 8 tylko wymianę wapna. Doświadczenia trwały po 3 dni, niekiedy dłużej (do 12—14—20 dni). Pokarm przez cały czas doświadczeń składał się z mleka krowiego niezbieranego i bułki. Fosfor podawano w tranie według przepisu Kassowitza (*Olei jecoris aselli 100,0, Phosphori 0,01* — po łyżeczce 2 razy dziennie). Na podstawie tych doświadczeń dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Fosfor w dawce leczniczej nie wywiera wpływu na wymianę wapna u zdrowych dzieci, a zwiększa przyswajanie wapna u dzieci chorych na krzywicę. 2) Zwiększenie przyswajania wapna odbywa się przez zwiększenie wchłaniania się i zmniejszenie wydzielania się wapna w moczu i stolcu. 3) Zwiększenie przyswajania wapna następuje rychło po rozpoczęciu zażywania fosforu (już na 3—5 dzień), i ustaje bardzo powoli po usunięciu fosforu, tak, że nawet po 2 miesiącach trzyma się jeszcze wyżej poziomu prawidłowego (przy używaniu fosforu w ciągu 2½ miesięcy). 4) Fosfor działa na kości krzywiczo swoiście, zbliżając ich skład mineralny do prawidłowego.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Laszenko. **Leczenie błonicy dużemi dawkami surowicy.** *(Russkij Wracz* NN 46—52, 1907). Na podstawie dwóch spostrzeżeń dochodzi autor (Charkow) do następujących wniosków: 1) Za najmniejszą dawkę surowicy przy błonicy trzeba uważać 2000 jedn. odp. 2) Przy leczeniu lekkich świeżych przypadków błonicy z niską ciepłotą i u silnych dzieci należy odrazu wstrzykiwać conajmniej 3000—4000 jedn. Ta ilość surowicy zwykle wystarcza do prędkiego wyleczenia. 3) W początkowych okresach takich przypadków błonicy, gdzie błony zajmują całą przestrzeń migdałków, języczka, tylną ścianę gardła i t. d. należy odrazu wstrzyknąć 5000 jed. bez względu na wiek chorego. Ta ilość zwykle wystarczy, żeby zatrzymać szerzenie się sprawy. 4) W ciężkich przypadkach przy rozległych zmianach błoniczych, przy zgorzeli należy wstrzyknąć odrazu 5000 jedn., a po upływie 10—12 godzin wstrzyknięcie powtórzyć w tejże ilości, bez względu na wiek chorego. Drugie wstrzyknięcie zwykle zatrzymuje dalszy rozwój choroby. 5) W bardzo ciężkich przypadkach, albo w zadawnionych, kiedy od początku choroby minęło już 5—7 dni, kiedy błony zajmują całe gardło i jamę nosowo-gardłową i t. d., dobre wyniki daje wstrzyknięcie odrazu 6000—7000—10.000 jed. surowicy. 6) W beznadziejnych przypadkach wstrzyknięcia należy powtarzać co 5—7 godzin; każdorazowo należy wstrzykiwać nie mniej, niż 5000 jed. w ten sposób, żeby przez pierwszą dobę wprowadzić do 20.000—25.000 jedn. 7) Jednocześnie z leczeniem surowicą należy prowadzić leczenie ogólne i miejscowe. Leczenie miejscowe nie powinno być zbyt energiczne. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 21. Lutego 1908.

1) Dr Mieczkowski przedstawia: *a)* **bąblowca**, którego wydobył z **wątroby** 37-letniej kobiety. Przez otwór wyszło 3 litry pęcherzyków. *b)* **Przepuklinę** pachwinową, w której znajduje się **pęcherz** moczowy u 53-letniego mężczyzny. Przy napełnianiu pęcherza zapełnia się przepuklina. Chcąc oddać mocz, chory musiał sobie pomagać przez nacisk na guz, dolegliwości zresztą nie miał. Wobec niemożności dobrania paska proponował prelegent operacyę, na którą jednak żona chorego nie chciała się zgodzić. Ponieważ udało się bandażyście p. Kasprowiczowi dobrać znakomity pasek, przeto na razie od operacyi odstąpiono. Przypadki takie trudno jest rozpoznać przed operacyą; dotąd na 56 przypadków tylko 3 razy się to udało, podczas operacyi jeszcze wczas rozpoznano sprawę 13 razy, skaleczono pęcherz 25 razy, przecięto go i nie zauważono 15 razy. Zwykle w takich razach wrota przepukliny są bardzo wielkie.

W dyskusyi wspomina Dr Fr. Chłapowski o przypadku, spostrzeganym w Bytomiu. Chora od 7 lat cierpiała na bąblowca, którego kol. Ch. wydobył przyrządem Dieulafoya. Musiało się jednak przytem troszkę dostać do krwi, bo chora dostała potem pokrzywki, a w moczu można było stwierdzić kwas bursztynowy.

2) Dr Karwowski przedstawia chorego, który cierpiał na **łysinę plackowatą** (*alopecia areata totalis*). K. stosował u tego chorego naświetlanie światłem żelaznem (po bezskutecznych innych lekach); w 2 miesiące cała głowa pokryła się bujnym włosem, prócz ostatniego miejsca wielkości talara, które już jednak także zarosło. — W dyskusyi wspomina Radca Dr Panieński o przypadku łuszczycy, który naświetlał światłem żelaznem. Wskutek pomyłki dozorcy naświetlono zamiast 3—5 minut — pół godziny, co wywołało bardzo silny odczyn zapalny na skórze. — Dr Karwowski zaznacza, że przy odpowiedniem dawkowaniu światło żelazne zupełnie nie jest niebezpieczne; widział bardzo dobry wynik przy łuszczycy.

3) Dr Franciszek Zakrzewski wygłasza odczyt: **O obecnym stanie rentgenologii przewodu pokarmowego.** Już wkrótce po odkryciu promieni Roentgena stosowano radyografię przewodu pokarmowego, lecz teraz dopiero udoskonalono tę metodę tak, że promienie te i w tej dziedzinie nadzwyczajne oddają nam usługi. Zwłaszcza prace Kümmla zasługują na wielkie uznanie. Powiodło się teraz dowieść, że dotychczasowe zapatrywania na położenie żołądka u żywego człowieka były mylne. Leży on tylko po lewej stronie. Dla zaznaczenia żołądka na obrazie rentgenowskim napełnia się żołądek według Baretty i Leoniego zawiesiną bizmutu (nie wielkiemi ilościami, jak to czyni Holzknecht). Są dwa typy położenia żołądka i to: Riedera (żołądek przy odźwierniku zakrzywiony) i Holzknechta (prawie prostopadły). Po 25. roku życia przeważa typ pierwszy. Po połknięciu bizmutu można spostrzegać, jak w górnej części żołądka tworzy się kopułka powietrzna, która się w miarę osuwania się bizmutu powiększa, przyczem ciepła woda szybciej się opuszcza, niż zimna. Z postaci żołądka można w rentgenogramie ocenić, czy istnieje nowotwór i czy on z żołądka samego wychodzi, można rozpoznać także zwężenia wskutek blizn. Przy złośliwem zwężeniu brak jest t. zw. »Hubhöhe« na obrazie. Wobec tego, że badanie chemiczne nie zawsze daje pewne wyniki, zrozumieć łatwo doniosłość rentgenografii, która nieraz w przypadkach zupełnie niejasnych ułatwia rozpoznanie.

4) Jako koreferat do tego odczytu wygłasza Radca Dr Chłapowski wykład: **O aerofagii i saliwofagii.** Łykanie powietrza prawie wyłącznie odbywa się z połykaniem śliny. Wydzielanie zaś obfitsze śliny łączy się prawie zawsze z cierpieniami żołądka. Wskutek łykania powietrza następuje odbijanie, które na Wschodzie przy biesiadzie uważane jest za pochlebstwo dla gospodarza. Przy nerwowej saliwofagii ślina nie przechodzi przez przełyk, tylko zatrzymuje się w połyku. Żucie, niektóre potrawy i napoje zwiększają tworzenie się śliny. Używanie korzeni, napojów fermentujących, herbaty, nadmiaru lekarstw i t. d., praca biurowa po obiedzie, spółkowanie po jedzeniu wywołują nieżyty żołądka, a z nimi odbijanie. Aerofagia jest stanem fizyologicznym, ale przesadnym. Przy początku wymiotów powietrze dostaje się do żołądka także przez aspiracyę. Rentgenografia żołądka przy saliwofagii stwierdza ciągły jego ruch.

5) W »wolnych głosach« porusza Dr Karwowski myśl, żeby salę posiedzeń Wydziału w nowym gmachu Tow. Przyjaciół Nauk połączyć na wzór Domu lekarskiego w Krakowie z salą ogólną. Według dotychczasowego planu ma ona znajdować się zupełnie oddzielnie w innem skrzydle. Dr Święcicki przyrzeka myśl tę poprzeć w Zarządzie.

Następnie Dr Święcicki porusza myśl **kształcenia t. zw. samarytanek** wiejskich, którą zajmuje się Towarzystwo społeczno-higieniczne. Wywiązała się nad tem obszerniejsza dyskusya, z której wynika, że rzecz ta ma wielkie znaczenie, a Towarzystwu społeczno-higienicznemu należy się uznanie za zajęcie się tą ważną sprawą.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3. Grudnia 1907 r.

W dyskusyi nad odczytami kol. Rzętkowskiego i Kryńskiego podaje Hewelke w wątpliwość, czy udział dotychczasowy chirurgii może być uważany za ideał leczenia, a samo usuwanie chorego narządu za metodę leczniczą. Ideałem leczenia i wyleczenia jest doprowadzenie chorego narządu do stanu normalnego, *restitutio ad integrum.*

Lubliner dzieli się swemi spostrzeżeniami, jakie poczynił przed kilkoma dniami osobiście w Marburgu, gdzie zbadał dwóch chorych, operowanych przez prof. Friedricha z powodu rozedmy płuc. Operacya ta była proponowana przez Freunda przed 50 laty, lecz wówczas nie zyskała sobie sympatyi. Obydwa przypadki, badane przez L., dotyczyły ciężkich postaci rozedmy płuc, która po operacyi w obydwu przypadkach ustąpiła. Operacya polega na resekcyi pewnej części chrząstek żeber, począwszy od drugiego do szóstego. Najważniejszą częścią operacyi jest wypiłowanie części (—1½ ctm.) drugiego żebra. Rezultat tych dwóch operacyj okazał się świetnym. Również opowiedział L. o przypadkach leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznie wywołanej odmy piersiowej (*pneumothorax*). Przypadków tych L. badał świeżo pięć w Davos-Schatzalp. Dotychczas znanych jest 15 przypadków; wyniki leczenia są zachęcające.

Skłodowski nie zgadza się ze wszystkiemi twierdzeniami prelegenta. Tak n. p. w zatruciu mocznicowem rozróżnia kol. Rz. dwa rodzaje przypadków. Zatrucie, powstałe na tle choroby Brighta, nie stanowi według niego bezwzględnego przeciwwskazania do operacyi. Prelegent czyni tu widocznie ustępstwo dla operacyi Edebohlsa, chociaż spór o jej pożytek uważa jeszcze za otwarty. Druga kategorya obejmuje te przypadki mocznicy, które rozwinęły się na tle innych chorób układu moczowego. Otóż w nich uważa prelegent operacyę za wręcz przeciwwskazaną, albo odłożyć ją każe do czasu przekonania się o sprawności nerek, *resp.* drugiej nerki. S. nie rozumie dobrze celu badania sprawności nerek w przypadkach mocznicy; wszak samo jej wystąpienie świadczy chyba dostatecznie o niesprawności nerek. Dalej podnosi S., że godząc się z podobnym przeciwwskazaniem, musielibyśmy wyrzec się pomocy chirurgicznej we wszystkich przypadkach bezmoczu mechanicznego, bo tam przecie badanie moczu jest wyłączone, a tembardziej w przypadkach, gdzie choremu pozostała jedna tylko nerka. Tymczasem dziś już posiadamy aż nadto przekonywające dowody, że nawet w przypadkach o jednej tylko nerce operacya usunąć jeszcze może objawy mocznicy i ocalić życie chorego. Mówiąc o przeciwwskazaniach do operacyi w przypadkach niedokrwistości ostrej wskutek trwającego jeszcze krwotoku, prelegent uważa, że natura sprawy chorobowej w rachubę tu wchodzić nie powinna. Niewiadomo tutaj, w jaki sposób postąpić ma chirurg dla zatrzymania krwotoku n. p. z raka żołądka, jeżeli wyłącza się z góry możliwość usunięcia całego guza. Natomiast dla kol. Rz. niedokrwistość przewlekła wskutek nieustannych, acz niewielkich utrat krwi na tle nowotworu złośliwego, pozornie niezbyt rozległego, jest przeciwwskazaniem do operacyi radykalnej. Prelegent utrzymuje, że niedokrwistość w tym razie uwarunkowaną jest dwiema przyczynami, utratą krwi i złą funkcyą narządów krwiotwórczych. Lecz skąd wiadomo, ile na karb każdej z tych przyczyn położyć należy w przypadku konkretnym?

Leśniowski protestuje przeciwko klasyfikacyi Rz. chorób na chirurgiczne i wewnętrzne; klasyfikacya prelegenta wywołuje chaos.

Borzymowski czyni następujące uwagi: 1) Wniosek, że rozległe i wieloogniskowe nowotwory złośliwe stanowią przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego nie jest ścisły, ponieważ często robią się paliatywne operacye przy tych chorobach z dobrym wynikiem; wieloogniskowe i rozległe nowotwory złośliwe są tylko przeciwwskazaniem do operacyi doszczętnych. 2) Wniosek kol. Rz. co do zapalenia wyrostka robaczkowego brzmiał dosłownie tak: nie należy spieszyć z operacyą, o ile nie zagraża niebezpieczeństwo życiu chorego. Tymczasem przy tej chorobie zawsze niebezpieczeństwo zagraża życiu. 3) Według kol. R. obrzęki i brak apetytu również są przeciwwskazaniem do operacyi, tymczasem w każdej niemal ciężkiej chorobie jedno i drugie występuje i służy nam właśnie często za wskazanie do tem szybszego zabiegu operacyjnego, n. p. przy ropniach rozmaitego pochodzenia. 4) Żółcicę (cholemię) również kol. Rz. uważa za coś b. niebezpiecznego ze względu na krwotoki; B. jednak nie widział nigdy krwotoku przy żółcicy w ciągu 10-letniej praktyki szpitalnej. 5) Przy ostrej niedokrwistości kol. R. nie radzi wahać się z zabiegiem chirurgicznym, natomiast przewlekłą niedokrwistość na tle krwotoków z guzów złośliwych R. uważa za przeciwwskazanie. Pogląd ten wymaga pewnych zastrzeżeń, w niektórych bowiem przypadkach ostrych krwawień nie operujemy, a często przy przewlekłych krwotokach, n. p. przy rakach macicy, z powodzeniem operujemy. 6) Jakkolwiek choroby płucne niewątpliwie wymagają wielkiej ostrożności ze strony chirurga, to jednak argument kol. R., że przy operacyach często widywał pogorszenie, nie jest przekonywający, albowiem i bez operacyi przy tych chorobach zdarza się b. często pogorszenie. 7) Co do uśpienia, to B. radzi zwrócić uwagę przedewszystkiem nie na czystość chloroformu, lecz na chloroformującego. 8) Wady serca nie są przeciwwskazaniem do operacyi, lecz zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Anastazy Landau mówił o operowaniu przy cukrzycy. Cukrzyca sama przez się stanowi przeciwwskazanie do większych zabiegów operacyjnych, gdy jednakże operacya jest niezbędną, postępować trzeba w sposób następujący: Dyabetyka przed samą operacyą nie należy zbytnio głodzić i bez względu na cukromocz powinien on dostać węglowodany. Podczas operacyi obchodzić się należy jaknajoszczędniej z narkotykiem. Pamiętając zaś o śpiączkach, występujących bezpośrednio po operacyi, trzeba choremu do czarnej kawy dodawać lewulozy lub cukru mlecznego i nie żałować przytem alkaliów.

Dunin podnosi, że wady serca nie mogą być przeciwwskazaniem do operowania, rs. chloroformowania. Nowotwory złośliwe są bezwzględnie przeciwwskazaniem do operacyi.

Wł. Janowski zwraca uwagę, że operacya Freunda została dotąd wykonana zaledwie w 4 znanych w piśmiennictwie przypadkach (Freund, Mohr, Pässler, Seidel i Stieda). Wskazania do operacyi dotąd bardzo trudno określić. *Dr Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *ogłasza:* Przekształcenie Tow. Samopomocy lekarzy w Związek krajowy lekarzy w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia z d. 23. czerwca 1907 przyjęło c. k. Namiestnictwo do wiadomości i zatwierdziło statuty Związku krajowego, Związku obwodowego i Organizacyi powiatowej. Zgromadzenie konstytuujące Organizacyi lekarzy miasta Krakowa odbędzie się w niedzielę dnia 5. kwietnia b. r. o godzinie 5 popoł. w Domu lekarskim. Wydział Towarzystwa Samopomocy zaprasza wszystkich członków Towarzystwa, oraz tych, którzy do Organizacyi przystąpić pragną. Statut i porządek dzienny będzie wszystkim lekarzom w Krakowie zamieszkałym rozesłany wraz z deklaracyą przystąpienia. Obecni członkowie Towarzystwa Samopomocy w myśl statutu Związku krajowego, stają się z chwilą ukonstytuowania się Organizacyi jej członkami, o ile wystąpienia nie zgłoszą i są zobowiązani deklaracyę przystąpienia nadesłać.

Dr Flis, sekretarz generalny. *Dr W. Damski,* I wiceprezes.

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. Na 2 posiedzeniach Wydziału dla spraw bytu materyalnego lekarzy (5. i 27. III.) rozpatrywano sprawę udzielania pomocy lekarskiej ludności ubogiej w różnego rodzaju ambulatoryach bezpłatnych, na zasadzie referatu kol. K. Łazarowicza, (wydrukowany w całości w Nrze 12 i 13 »Medycyny«, por. »Przegląd lek.« Nr 12). Treść tego referatu jest pokrótce następująca: Na całym zachodzie Europy dozór sanitarny ujęły w swe ręce rządy,

organizacye zaś samorządne zajęły się walką z chorobami zakaźnemi, oraz szpitalnictwem. W celu zaś ułatwienia leczenia osobom, przebywającym w domu, ułatwiono tworzenie specyalnych Towarzystw wzajemnych ubezpieczeń, Kas chorych i t. d. W Rosyi, jak jedno, tak i drugie, wzięły na siebie ziemstwa. U nas sprawa ta nie z naszej winy została zupełnie spaczona: szpitale i przytułki poszły pod zarząd biurokratycznych Rad dobroczynności publicznej, które je zrujnowały doszczętnie, a wieś i uboga ludność wiejska pomocy lekarskiej nie posiadają, prócz utworzonych, dzięki inicyatywie osób prywatnych i ofiarności lekarzy ambulatoryów. Z czasem jednak poczęła ludność nadużywać tego dobrodziejstwa Liczba porad bezpłatnych, udzielanych w ambulatoryach w Warszawie, przekracza pół miliona rocznie. Korzystają z nich głównie (60 prc.) wyrobnicy, drobni rzemieślnicy, służba domowa, około 30 prc. chorych stanowią robotnicy fabryczni, subjekci handlowi, drobni urzędnicy i t. d.; prawdziwi zaś nędzarze stanowią najwyżej 1—2 prc.; około 10 prc. stanowią ludzie zamożni. Robotnicy, rzemieślnicy i t. d. powinni znaleźć pomoc lekarską w Towarzystwach wzajemnych ubezpieczeń na wypadek choroby, w Kasach chorych i t. d. Że warstwy te ludności zdołają utrzymać Kasy chorych, dowodzą chociażby dochody z kar, opłacanych przez dorożkarzy (rocznie 30—40 tysięcy rubli), z opłat za książeczki służbowe służby domowej (kilkakroć sto tysięcy rubli). Z tego są wydawane nagrody funkcyonaryuszom policyi warszawskiej. W sumie ambulatorya odbierają lekarzom warszawskim najmniej 215.000 rb. rocznie, przyczem chorzy nie poczuwają się do żadnej wdzięczności i są nawet mniemania, że pomoc ambulatoryjna należy im się za opłacanego rubla podatku szpitalnego. Co ważniejsza, ambulatorya obniżają do zera wartość pracy lekarskiej. (Wnioski referenta, ob. Nr 12. r. b. »Przeglądu lek.«.)

Wobec tego, że zmarły na dur plamisty etatowy lekarz szpitala Dz. Jezus kol. Koronkiewicz padł ofiarą zawodu, wszczęto na posiedzeniu 27. III. sprawę odszkodowania lub zapomogi dla rodziny zmarłego. Kol. J. Zawadzki poddał sprawę pod dyskusyę, po której prawie jednomyślnie uchwalono wniosek następujący: »Wydział bytu lekarzy uprasza Zarząd Stowarzyszenia o podjęcie odpowiednich kroków, by lekarze szpitalni i wogóle zakładowi, którzy utracili zdolność do pracy lub też życie skutkiem zarażenia się w szpitalu lub zakładzie leczniczym, otrzymywali odszkodowanie, ewentualnie, aby to wynagrodzenie było wypłacane ich rodzinom; przytem pozostawia się odpowiednim instytucyom ubezpieczenie lekarzy lub też przyjęcie odszkodowania na własny rachunek«. Uchwała ta, pierwszy raz powstała w zawodzie lekarskim, dowodzi wzrastania wśród lekarzy uświadomienia społecznego.

Na temże posiedzeniu rozpatrzono sprawę jednej z lecznic prywatnych, która rozesłała drukowaną ofertę do fabrykantów warszawskich, ofiarując dostarczanie pomocy lekarskiej robotnikom po cenie 25 kop. za poradę. Na wniosek komisyi, która zajęła się zbadaniem tej sprawy, powzięto uchwałę następującą: »Rozsyłanie przez lekarzy lub zakłady lecznicze (ambulatorya itd.) ofert reklamowych do nielekarzy nie jest dopuszczalne. Tembardziej nie jest dopuszczalne rozsyłanie ofert z ceną niższą od ogólnie przyjętej«. Sprawa nadto skierowana została do Sądu przy Stowarzyszeniu. *W. K.*

Taryfę lekarską ustanowili lekarze w Rzeszowie za wzorem kolegów z innych miast galicyjskich. Taryfa ta oznacza następujące honorarya: 1) za zwykłą ordynacyę w domu lekarza w godzinie ordynacyjnej 2 K; 2) za ordynacyę z badaniami skombinowanemi (narzędziami, z rozbiorem chemicznym) 4 K.; 3) takież ordynacye poza godzinami ordynacyjnemi więcej o 50%; 4) wizyta w domu chorego w dzień 4 kor., każda następna 3 K; 5) takaż wizyta w nocy (godz. 10—7) 10 kor.; 6) ordynacya w domu lekarza w nocy 5 K.; 7) w razie znaczniejszego oddalenia dostarczenie podwody lub zwrot kosztów fiakra; 8) za naradę lekarską (consilium) najmniej po 6 K.; w nocy 12 K.; za naradę ze specyalistą zamiejscowym 20 K., 9) za godzinę pobytu przy chorym po 5 K.; 10) za proste świadectwo lekarskie 4 K.; 11) za szczepienie krowianki 4—5 K.; 12) za operacye według umowy; 13) przy wyjazdach za każdą godzinę w dzień po 6, w nocy po 10 K. Wynagrodzenie należy się lekarzowi za każde wezwanie do chorego, choćby udzielenie pomocy z przyczyn od lekarza niezależnych zostało udaremnione; wynagrodzenie to powinno być płacone otwarcie, a w razie niezapłacenia ma lekarz przedłożyć rachunek stronie. Mniej zamożnym może lekarz przyznać opust, jednakże honoraryum i wtedy nie może wynosić mniej, niż 2 kor. Taryfę tę z podpisem wszystkich lekarzy rzeszowskich ogłoszono w miejscowym tygodniku. *R.*

Wydział Tow. lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi, którego to Towarzystwa założycielem i pierwszym prezesem był ś. p. Dr Józef Zoll, uchwalił na wiadomość o jego śmierci złożyć wieniec na trumnie, wziąść gremialny udział w pogrzebie, na którym przemówi kol. Dr Jabłoński, przedstawić najbliższemu Walnemu Zgromadzeniu projekt trwałego uczczenia pamięci ś. p. Dra Zolla, uwiadomić inne Dyrekcye kolejowe, konsulentów sanitarnych i lekarzy kolejowych o dniu pogrzebu dla wzięcia w nim udziału, jakoteż złożyć wdowie kondolencyę.

Wiceprezes: *Dr Jabłoński.* Sekretarz: *Dr Czerny.*

Zasadnicza rozprawa co do Kas chorych dla ludzi zamożniejszych odbyła się w Trybunale administracyjnym w Wiedniu. Wiedeńska Izba lekarska uchwałą z d. 10 stycznia 1902 r. uznała za sprzeczne z godnością stanu, gdyby lekarz przyjął posadę w kasie dla chorych, założonej przez wiedeńskich urzędników bankowych. Następnie d. 15 lutego 1902 powzięła Izba lekarska w Wiedniu taką samą uchwałę co do wszystkich regestrowanych kas zapomogowych, któreby zostały założone i członkom swoim zapewniały bezpłatną poradę lekarską, gdyż te kasy zakładane są przez ludzi, mających fundusze dostateczne, ażeby prywatnie zasięgać porady lekarskiej. Namiestnictwo dolno-austryackie zniosło obie te uchwały, twierdząc, że Izba lekarska przekroczyła swój zakres działania, zaś ministerstwo spraw wewnętrznych odrzuciło rekurs, wniesiony przez Izbę przeciwko orzeczeniu namiestnictwa. Zdaniem ministerstwa uchwały Izby sprzeciwiają się ustawie, (gdyż regestrowane kasy zapomogowe mają prawo ustanawiać dla członków swoich lekarzy) i stwarzają prejudykat dla sądu honorowego. Izba lekarska odwołała się do Trybunału administracyjnego. Podczas rozprawy przed tym trybunałem zaznaczył adwokat Dr Ofner, jako zastępca Izby lekarskiej, że wniesione przez nią zażalenie jest wynikiem długoletniej walki, którą lekarze wiodą o egzystencyę. Gdy przy obowiązkowych kasach dla chorych zaprowadzono instytucyę płatnych przez kasę lekarzy, zachowywali się lekarze biernie, chociaż kasy wyznaczały lekarzom bardzo małe wynagrodzenia. Lekarze nie zwalczali tych kas, gdyż chodziło o ludzi ubogich. Inne stanowisko musieli zająć lekarze, gdy klasy zamożne uciekły się do tworzenia instytucyi źle płatnych lekarzy kasowych, pobierających za ordynacyę po 10 do 20 halerzy. Leczenie za taką płacę musi być powierzchowne, a w dodatku obniża w sposób nielojalny honorarya lekarskia. Izba lekarska wobec tego powzięła wspomniane uchwały, ktore nie przekraczają zakresu jej działania. Wiceprezydent Izby lekarskiej, Dr Gruss, w przemowie swej wezwał Trybunał, ażeby przyszedł z pomocą lekarzom i nie zmuszał ich do szukania ratunku w biernym oporze. Trybunał po trzygodzinnej naradzie orzekł, że rozstrzygnięcie tej sprawy zostanie ogłoszone d. 4 maja b. r. W tym samym terminie zostanie załatwiona taka sama sprawa Izby lekarskiej dolno-austryackiej. *R.*

Czy lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności za zaniedbanie badania promieniami Röntgena? Na pytanie to odpowiada Prof. Karewski (w Therapie d. Gegenwart 1908. Z. 3) twierdząco, zwłaszcza co do przypadków złamań, zwichnięć i ciał obcych. Zdanie to niezupełnie słuszne. Lekarz n. p. na głębokiej prowincyi nie może nieraz nawet myśleć o radyoskopii, bo nie zawsze można chorego przetransportować, a sprowadzanie przenośnych aparatów połączone jest ze zbyt wielkim kosztem. Lekarz powinien jednak zawsze w przypadku takim oświadczyć, że badanie promieniami Röntgena oddaćby mogło wielką usługę, lub nawet w razie trudności w rozpoznaniu sprawę wyjaśnić; decyzya zaś zależeć już będzie od chorego. *K.*

Nadużycia przy ogłaszaniu konkursów. Bullmann podnosi w Nr 11, »Mediz. Klinik.« częste nadużycia, a nawet wprost nieprawdziwe przedstawianie sprawy przy ogłaszaniu konkursów na posady lekarskie. Lekarze powinni postarać się, by kolega, który przy objęciu posady został wprowadzony w błąd, mógł przeciwko danej instytucyi wystąpić na drodze prawa. W konkursach nieraz przesadnie opisuje się korzyści danej posady, pomijając milczeniem słabe strony, jak liczbę lekarzy w okolicy, kasy chorych i t. p. Jak dotąd, lekarze są w obec tego bezsilni i niejeden opłaca grube »frycowe«, nic dziw też, że co chwila czytamy przestrogi przed objęciem tej lub owej posady, mimo że konkurs przedstawia się bardzo zachęcająco, co szczególnie często zdarza się w Niemczech. *K.*

Higiena młodzieży szkolnej w Galicyi była jednym z przedmiotów konferencyi wszystkich dyrektorów szkół średnich, odbytej w zeszłym tygodniu we Lwowie pod przewodnictwem wiceprezydenta Krajowej Rady szkolnej, R. dw. Dembowskiego.

W uchwałach uznano potrzebę: 1) opracowania »Przepisów higienicznych dla młodzieży szkół średnich«; 2) urządzania kursów wakacyjnych dla nauczycieli szkół średnich z wykładami higieny szkolnej; 3) wprowadzenia w szkołach średnich nauki higieny, wszelako bez pomnożenia liczby godzin szkolnych; 4) umieszczenia w »Wypisach szkolnych« ustępów o szkodliwości wyskoku i nikotyny; 5) zaopatrzenia szkół średnich w tablice Dra Wernica: »Walka z chorobami zakaźnemi«; 6) urządzania kursów zabaw ruchowych dla nauczycieli; 7) wydania i umieszczenia w salach szkolnych tablic z »przykazaniami higienicznemi«; 8) wprowadzenia stałych lekarzy szkolnych; 9) przenoszenia szkół z miast w pola i lasy.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. do 28. III. 1908 doniesiono o 34 nowych przypadkach duru plamistego w 14 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 1), Cieszanów (Sucha wola 1), Drohobycz (Bronica 2), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 4), Horodenka (Horodenka 1), Jaworów (Hruszowice 2), Lisko (Łuh 1, Jaworzec 3), Podhajce (Nowosiółka 3), Przemyślany (Zamoście 2), Rawa (Majdan 2), Sokal (Tartaków m. 10), Stanisławów (Komarów 1), Zborów (Pleśniany 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. III. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 1; zmarło osób 53 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 13 (2), gorączki połogowej 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 3), krztuśca 7, płonicy 3 (3), duru brzusznego 3 (3), czerwonki 1 (1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22. do 28. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † 1, płonicy 18 † 2 (4 † 1), odry 6 † 1, duru brzusznego 4 (2), duru osutkowego — † 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w Łodzi w styczniu i lutym 1908.

Kilka słów objaśnienia: Cyfry oparte są na obliczeniach kart śmierci, sprawdzonych przez miejskich lekarzy obwodowych. Głównie zwrócono uwagę na śmiertelność z chorób zakaźnych, ale poważniejsze cyfry chorób niezakaźnych są również uwzględnione. Wiek dziecięcy przyjmuję do 14 lat, młodzieńczy zaś od 14 r. ż. zaliczam do dorosłych. Pragnąc wyjaśnić, czy istnieje różnica śmiertelności ludności chrześciańskiej a izraelickiej ze względu na odrębności kulturalne, zwyczajowe i religijne, obliczam oddzielnie przypadki śmierci u chrześcian i izraelitów.

W następujących zestawieniach cyfry śmiertelności wyrażone są w postaci stosunku, którego pierwszy człon oznacza śmiertelność dzieci, a drugi — śmiertelność dorosłych. Cyfry w nawiasach wskazują na odpowiednie pozycye śmiertelności wśród izraelitów, objętych także liczbami ogólnemi. Stosunki te [śmiertelność dzieci wogóle (w tem dzieci izrael.): śmiertelność dorosłych wogóle (w tem dorosłych izrael.)] będą służyły zarazem jako wskaźniki, których znaczenie jest widoczne.

Styczeń: *A*) Choroby zakaźne: gruźlica płuc 23 (10): 66 (12), gruźlicze zapalenie opon 46 (14): 4 (1), ospa 156 (5): 2 (0), błonica 12 (5): 0, dławiec 1:0, płonica 3:0, odra 15 (3): 0, krztusiec 4:0, róża 1:0, grypa 1:3 (2), dur brzuszny 9 (2): 14 (2), zapalenie płuc 81 (16): 9 (5), przymiot 0:0. Razem zakaźne: 354 (55): 96 (22) = 450 (77).

B) Choroby niezakaźne: nowotwory 1 (1): 23 (7), wada serca 1 (1): 47 (9), zapalenie nerek 1 (1): 17 (7), nieżyt jelit 46 (10): 4, nieżyt dróg oddechowych 70 (15): 6 (3), udar 0: 19 (6), miażdżyca tętnic 0: 10 (2), zakażenie połogowe 0: 7 (1), drgawki 60 (5): 0, wycieńczenie dzieci 63 (20): 0, nieżywo urodzeni 37 (3): 0, uwiąd starczy 0: 89 (23), rozedma płuc 0: 12 (4), rany postrzałowe 0: 12 (1), rozmaite 23 (5): 51 (11). Razem niezakaźne: 302 (61): 297 (74) = 599 (135).

Luty: *A*) Choroby zakaźne: gruźlica płuc 17 (3): 71 (18), gruźlicze zapalenie opon 32 (11): 2 (1), ospa 85 (0): 1 (0), błonica 2 (11): 0, dławiec 2:0, płonica 7:0, odra 6:0, krztusiec 5 (2): 0, róża 0:1, grypa 1:0, dur brzuszny 3:4 (10), zapalenie płuc 48 (13): 15 (4), przymiot 3:2. Razem zakaźne: 211 (33): 96 (24) = 307 (57).

B) Choroby niezakaźne: nowotwory 1: 20 (6), wada serca 2 (0): 25 (15), zapalenie nerek 0: 8 (3), nieżyt jelit 50 (8): 3 (0), nieżyt dróg oddechowych 56 (12): 3 (1), udar 0: 8 (4), miażdżyca tętnic 0:0, sprawy połogowe 0:0, drgawki 77 (7): 0, wycieńczenie dzieci 26 (10): 0, nieżywo urodzonych 68 (4): 0, uwiąd starczy 0: 40 (8), rozedma płuc 0:0, rany postrzałowe 0: 9 (1), rany cięte 0: 4, rozmaite 39 (0): 12. Razem niezakaźne: 319 (41): 144 (38) = 451 (79).

Ogólna więc śmiertelność w styczniu wynosi 1,049 (212), w lutym 758 (136); na wiek dziecięcy w styczniu przypada 656 (106), w lutym zaś 520 (74). *Dr Bartoszewicz.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. IV. b. r. posiedzenie, na którem po uczczeniu pamięci zmarłych członków: ś. p. Prof. Mierzejewskiego i Dr Zolla i odczytaniu pism Namiestnictwa i Wydziału krajowego (ob. niżej), wybrano członkiem korespondentem Dr Gundruma z Zagrzebia, a prezesem komisyi przemysłowo-lekarskiej Dr Bielańskiego. Następnie przedstawili Prof. Kader i Dr Radliński operowanych chorych z kliniki chirurgicznej (resekcye jelit z powodu zwężeń gruźliczych, enteroanastomoza z powodu raka okrężnicy, wycięcie odźwiernika z powodu raka, plastyka ścięgien, wyłuszczenie torbieli jajnikowej u 8-letniej dziewczynki, faryngotomia i wycięcie nowotworu migdałka), Dr Landau J. przypadek choroby Barlowa, a Dyr. Trochanowski miał wykład o wynikach ostatniego rozbioru zdrojów w Iwoniczu. — W dyskusyi przemawiali: Prof. Browicz, Kader i Doc. Gliński.

— *Wydział krajowy wystosował do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pismo następujące:*

L. 8101/08. Lwów d. 6. marca 1908.

Wydział krajowy zawiadamia Szanowne Towarzystwo, że w sprawie memoryału o reformie szpitalnictwa krajowego Wysoki Sejm żadnej nie powziął uchwały. Natomiast Wydział krajowy korzystać będzie w miarę finansowej możności kraju z wyrażonych w memoryale spostrzeżeń i postulatów, a to tem chętniej, że odpowiadają one najistotniejszym potrzebom sanitarnym kraju naszego i kierunkowi, jaki sobie Wydział krajowy w tych sprawach wytknął.

Marszałek krajowy: *Badeni* m. p.

Członek Wydziału krajowego: *Onyszkiewicz* m. p.

(Podobnej treści pismo otrzymały inne korporacye i instytucye lekarskie w kraju, które wniosły do Sejmu w zeszłej sesyi memoryały w sprawie szpitalnictwa).

— *Towarzystwo lekarskie krakowskie otrzymało z Namiestnictwa galicyjskiego następujące pismo:*

L. 23,793/VI. B. Lwów d. 3. marca 1908.

Na cenne pismo c. k. Namiestnictwo oznajmia, że sprawa stworzenia państwowej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych jest w toku.

Projekt takiej ustawy, opracowany przez c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych na podstawie opinii c. k. Najwyższej Rady Zdrowia, był właśnie w miesiącu lutym bieżącego roku przedmiotem obrad ankiety ministeryalnej.

O ile c. k. Namiestnictwu wiadomo, zaprojektowaną jest ustawa w tak ogólnych zarysach, że wszystkie szczegóły i odrębne stosunki poszczególnych krajów będą mogły być uwzględnione w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy.

Wobec grożącej zaś z dwóch stron, od Rosyi i od Turcyi cholery, która z wiosną do Monarchii, a zwłaszcza do naszego kraju, łatwo wtargnąć może, należałoby wydanie rzeczonej ustawy raczej przyspieszyć, a nie opóźniać jej przez żądanie jeszcze opinii c. k. Krajowej Rady Zdrowia, lub ku temu zwołanej ankiety lekarskiej.

Opinie te będą mogły wydać właściwe czynniki co do przepisów wykonawczych do tej ustawy.

C. k. Namiestnik: *Potocki* m. p.

— Komisya wykonawcza dla sprawy usunięcia wyrobów pruskich wybrała swym prezesem Dr Kwaśnickiego, wiceprezesami Dr Damskiego i mag. f. p. Mikuckiego, sekretarzami Dr Weinsberga i mag. f. p. Grabowskiego.

— W d. 1. IV. odbyła się Komisya mieszana w sprawie projektów budowy »Zakładu położniczego« w Krakowie.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. przyjął na posiedzeniu w d. 24. II. b. r. sprawozdanie Prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb. Wydział wykonawczy obrał swym prezesem Prof. Fingera z Wiednia i uchwalił m. i. wysłać deputacyę do ministerstwa spraw wewn. w sprawie utworzenia urzędu zdrowia i ustawy o chorobach zakaźnych, oraz wnieść do ministerstwa wojny memoryał przeciw częstszemu powoływaniu lekarzy do ćwiczeń. — Na temże posiedzeniu, oraz w d. 16. III.

b. r. oprócz załatwienia spraw drobniejszych, rozpatrywał Wydział Izby wsch.-gal. szereg spraw honorowych, postanowił wystąpić przeciw pewnemu partaczowi i wydać okólnik w sprawie partactwa do lekarzy, zaopiniował rachunki lekarskie 2 lekarzy i wreszcie zgodził się, by Towarzystwo ubezpieczeń w Krakowie wypłacało 5 koron za badania przy t. zw. ubezpieczeniach życiowych służby folwarcznej, pod warunkiem, że przy wszystkich innych ubezpieczeniach wypłacane będzie honoraryum 10 koron i że także Izba zach.-gal. owo wyjątkowe niższe honoraryum zatwierdzi.

— Pierwsze zebranie ankiety lekarsko-aptekarskiej w sprawie usunięcia wyrobów pruskich, zwołane z inicyatywy Dra W. Ziembickiego, odbyło się d. 20. III. b. r. przy udziale delegatów Gremium aptekarskiego, Wydziału lekarskiego, Szpitala powszechnego, Towarzystwa lek. lwowskiego, Akademii weterynaryi, dalej delegatów asystentów uniwersytetu, sekundaryuszy szpitalnych, lekarzy miejskich, prasy lekarskiej i Towarzystwa dziennikarzy polskich, a pod przewodnictwem Prof. Bądzyńskiego. Uchwalono wydać zwięzły skorowidz dla lekarzy, wskazujący, które leki są wyrobem pruskim i jakimi wyrobami innymi, przedewszystkiem polskimi, można je zastąpić, a całą akcyę dalszą powierzyć komitetowi wykonawczemu, do którego zostali wybrani: Prof. Bylicki (prezes), Dr Pisek i Mr. f. Sklepiński (wiceprezesi), Dr W. Ziembicki i Dr Piepes-Poratyński (sekretarze), Prof. Popielski (redaktor skorowidza). Komitet, mający prawo kooptacyi, działać będzie w porozumieniu z lwowskim komitetem ogólno-obywatelskim i z lekarsko-aptekarskim komitetem krakowskim, z którym pracą stosownie się podzieli.

— W Stanisławowie ma w r. b. powstać Park Jordana na 10-morgowym terenie, zakupionym na ten cel przez Kasę Oszczędności.

Warszawa. »Polski komitet badania i zwalczania raka« ogłasza konkurs z nagrodą 300 rb. za najlepszą oryginalną pracę naukową z zakresu: *a*) badań anatomiczno-patologicznych raka i innych nowotworów złośliwych; *b*) badań doświadczalnych nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt; *c*) badań wymiany materyi u chorych na raka; *d*) statystycznych opracowań przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym; *e*) badań nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów. Prace w języku polskim, opatrzone godłem, powtórzonem na zapieczętowanej kopercie, zawierającej nazwisko i adres autora, nadsyłać należy najdalej do 1. marca 1910 pod adresem »Komitet badania i zwalczania raka. Warszawa, Towarzystwo higieniczne, Krakowskie Przedmieście 66«. Nagrodzona praca, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. Sąd konkursowy składają: Dr J. Jaworski, Fr. Kijewski, Prof. Przewoski, M. Rejchman i S. Serkowski.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie uczciło na posiedzeniu w dniu 17. III. b. r. uroczyście 50-lecie pracy p. Jankowskiego, sekretarza Zarządu Towarzystwa i Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach. W kancelaryi Towarzystwa zawieszono portret Jubilata.

— Zasłużony Dr Stanisław Markiewicz obchodził w d. 29. III. b. r. dwudziestopięciolecie pracy na stanowisku lekarza naczelnego kolei warszawsko-wiedeńskiej. Delegacya lekarzy kolejowych złożyła Jubilatowi zebraną ze składek znaczniejszą kwotę, za którą ma być ufundowane wieczyste miejsce imienia Jubilata w stworzonych przez niego koloniach letnich.

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało warszawskie Towarzystwo lekarskie Dr Świąteckiemu.

— Lekarze przytułków położniczych złożyli zarządowi miasta memoryał, wskazujący na opłakany stan tych zakładów i na konieczność założenia przynajmniej 3 dalszych po 50 łóżek. Koszt budowy jednego takiego zakładu wyniósłby około 35,000 rb.

— Do walki z cholerą poczyniono w Warszawie rozległe przygotowania, urządzono domy izolacyjne i t. p. Tymczasem cholery niema. Natomiast przeciw grasującym właśnie groźnym epidemiom nie podjęto nawet części podobnych środków walki.

— W dziennikach warszawskich podniesiono wzrastający brak lekarzy w Królestwie Polskiem, wskutek czego ważne nawet stanowiska, n. p. przy fabrykach, dostają się w ręce felczerów, nieraz bardzo młodych. Z lekarzy Polaków, kończących obecnie wszechnice zagraniczne, znaczna podobno część osiada poza granicami Królestwa.

Z różnych stron. Komitet organizacyjny IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich podaje do wiadomości, że posiedzenia Zjazdu trwać będą od 6. do 10. czerwca b. r. Wkładki uczestnictwa (10 koron) przesyłać można przekazem pocztowym pod adresem: »Praha, II. Příkopy, Živnostenská Banka«. Uczestnicy Zjazdu otrzymują bezpłatnie wszystkie publikacye Zjazdu. Zamierzone odczyty i wykłady zgłaszać należy listownie do prezydyum odpowiedniej sekcyi. Sprawy mieszkań i t. d. załatwia komitet organizacyjny praski na poprzednie żądanie.

— Porządek dzienny posiedzenia Sekcyi lekarskiej Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w dniu 7/20. III. b. r. obejmował następujące wykłady: 1) Dr Gutowski: O warunkach zdrowotnych w Carskiem Siole. 2) Mr. farm. Leśniewska: Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną. 3) Prof. Dr Ziemacki: Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Washingtonie ogłasza (oprócz nagrody im. Hodgkina, o której donosiliśmy) konkurs międzynarodowy na 5 jeszcze nagród po 1,000 dolarów z 2 medalami złotymi i 3 srebrnymi, a mianowicie: 1) za najskuteczniejszą działalność na polu zwalczania gruźlicy przez stowarzyszenia przeciwgruźlicze, 2) za najlepsze uzdrowisko dla robotników, już istniejące, 3) za najlepszy projekt domu robotniczego z umeblowanemi mieszkaniami, 4) za najlepszy projekt polikliniki dla suchotników niezamożnych, 5) za najlepszy projekt szpitala dla chorych na rozwiniętą gruźlicę. Nadto przyznanych będzie 7 nagród po 100 dol. z medalami za najlepsze krótkie pouczenia (przepisy) dla osób dorosłych, dla matek, dla nauczycieli, robotników fabrycznych i rolnych i dzieci. Wreszcie przyznanych będzie jeszcze 8 nagród w postaci medali złotych za najlepsze zestawienie praw i rozporządzeń przeciw gruźlicy i t. d. Bliższych wiadomości udziela Komitet Zjazdu, Washington D. C. 810. Colorado Building.

— Międzynarodowy Zjazd laryngologiczny w Wiedniu rozpocznie się 21. IV. b. r. uroczystem posiedzeniem, zagajonem przez Prof. Chiariego, na którem mowę ku czci Türcka i Czermaka wygłosi Prof. Schrötter. W następnych dniach (22—25.) rozpoczynać się będzie każde posiedzenie referatem, których tematy są następujące: 1) Laryngologia i rynologia ze stanowiska ogólno-lekarskiego. 2) Związek chorób nosa i jamy nosowogardłowej z chorobami oka. 3) Leczenie ogólne miejscowych chorób górnych dróg oddechowych. 4) Promienie Röntgena w laryngologii. 5) Leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych. 6) Międzynarodowe zjazdy laryngologiczne. Wśród zaproszonych referentów znajduje się dwóch Polaków: Dr Heryng i Prof. Jurasz. Wykładów zgłoszono dotąd 79, wśród nich Dr Herynga i Sędziaka z Warszawy. Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa laryngologiczna. Na zjazd wysyła delegatów 17 towarzystw laryngologicznych, m. i. warszawskie (Dr A. Sokołowski) i 40 uniwersytetów (delegatem z Heidelberga jest Prof. Jurasz, z Krakowa Prof. Pieniążek).

— Prof. Dr W. Rothert ustąpił z katedry botaniki w Odessie. Prof. Rothert, liczący obecnie 46 r. ż., odbył studya na wszechnicy dorpackiej, poczem pracował w Strassburgu, Paryżu i Petersburgu; w r. 1889 został etatowym docentem w Kazaniu, skąd został powołany do Odessy.

— Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń, IX, Wäringerstrasse 13), jako sprawozdawca polski międzynarodowego kwartalnika »Epilepsia« uprasza autorów prac o padaczce o nadsyłanie mu odbitek lub streszczeń.

— W Göttingen rozpoczęli profesorowie Wydziału lekarskiego szereg wykładów popularnych o partactwie leczniczem.

— Z powodu śmierci Prof. Hoffy zmierza podobno Wydział lekarski berliński do zwinięcia katedry i polikliniki ortopedycznej, do dodania zaś na jej miejsce oddziałów ortopedycznych w obu klinikach chirurgicznych; ministerstwo zaś temu się opiera. To dało powód do sporu w dziennikach lekarskich niemieckich, czy ortopedyę należy uważać za samodzielną gałąź sztuki lekarskiej, czy też nie. Otóż, o ile chodzi o wykształcenie tylko studentów, to niewątpliwie każda klinika chirurgiczna może w zakresie ortopedyi zapewnić swym słuchaczom wiadomości, wystarczające w życiu praktycznem. Ale nie można sobie bez osobnych zakładów wyobrazić ani dalszego rozwoju ortopedyi, ani rozwoju opieki nad kalekami, ani kształcenia się specyalistów-ortopedów, którzy w razie braku uniwersyteckich klinik ortopedycznych musieliby szukać nauki chyba po zakładach prywatnych.
K.

— Podjęte w Niemczech poszukiwania statystyczne zdają się wskazywać, że częstość zapalenia wyrostka robaczkowego szybko się tam wzmaga. W latach 1903—1906 liczba zachorowań prawie się podwoiła, wzrastając z 8,412 na 16,781, śmiertelność zaś zmniejszyła się z 9,46 na 6,68. Wśród zmarłych w r. 1906 przeważają nieco mężczyźni (58 wobec 42 kobiet na sto zmarłych).

— Zmarły 9 XII. r. z. w 70 r. życia laryngolog Maurycy Schmidt, jeden z wytrwałych pionierów uleczania na drodze chirurgii endolaryngealnej gruźlicy krtani, zostawił w rozporządzeniu ostatniej woli życzenie, aby po śmierci jego dokonano sekcyi płuc, w celu wysnucia ewentualnych wniosków, o ile stałe obcowanie z chorymi na płuca i krtań, wywiera wpływ na ustrój leczącego lekarza. Przy sekcyi znaleziono w jednym z dolnych płatów płuc zabliźnione ognisko gruźlicze, powstałe prawdopodobnie wskutek aspiracyi. Już sam fakt zarządzenia sekcyi w celu stwierdzenia prawdy naukowej, świadczy o wielkiej miłości ludzkości u zmarłego. Cześć pamięci wielkiego ducha, któremu laryngologia w bieżącym roku pięćdziesięcioletniego jubileuszu złoży hołd należny. *A. B.*

— 18 Zjazd psychiatrów i neurologów francuskich odbędzie się w Dijon 3—9. VIII. b. r.

Mianowani: Dr M. Lubelski bezpłatnym lekarzem-eksternem szpitala izr., Dr J. Wertheim bezpłatnym asystentem szpitala Dz. Jezus, a Dr Kucharzewski i Dr Karpiński ordynatorami szpitala ewangelickiego (z »pensyą« roczną rb. dwieście!) w Warszawie;

Doc. Mohr z Berlina profesorem nadzw. i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Halle; Doc. Oppel profesorem chirurgii ogólnej w Akademii petersburskiej.

Zmarli: Dr Józef Zoll, wychowaniec i b. asystent Uniw. Jag., konsulent sanitarny Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, założyciel i pierwszy prezes Towarzystwa lekarzy kolejowych zach.-galic., w kołach koleżeńskich z powodu swej uczynności i prawości charakteru szeroko posiadający sympatye, zmarł w 40 r. ż. w Clavadel pod Davos; Dr Antoni Benda, lekarz kolei państw. w 40 r. ż. w Dębicy; Dr Leon Sikorski, b. lekarz kolei elektrycznych i fabryk m. Łodzi, w 80 r. ż. w Borzykówce w piotrkowskiem; Dr Celestyn Sztembart, b. naczelny lekarz Kasy chorych, w 54 r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Puławski W.: Zur Statistik der Scharlachheilserumtherapie. Deuts. med. Wochs. 1908. Nr 5. — Biegański Władysław: Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego. Wydanie drugie na nowo opracowane. Z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1908. (E. Wende). Cena rb. 1. — Nowotny: Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma. Monats. f. Ohrenhk. 1907. — Rudzki: Stosunek lekarzy do bojkotu narodowego Niemców. Głos lek. 1908. — Neugebauer: Hermaphroditismus beim Menschen. Lipsk. Klinkhardt. Str. 748. Cena 40 Mk.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich polskich w marcu 1908: *Gazeta lekarska Nr 9—12:* Gryglewicz: W sprawie etyologii dysenteryi i jej leczenie surowicą. Bregman (c. d.). Dłuski i Rospędzihowski (c. d.). Lorentowicz (c. d.). Bartkiewicz: Luxatio carpo-metacarpea. Henryk Landau: W kwestyi t. zw. ziarnistej degeneracyi czerwonych krążków krwi. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 10—13:* Leyberg: Znaczenie dla praktyki nowoczesnych postępów syfilidologii. Endelman: Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego oraz kilka uwag o sposobie operacyjnym Fritscha. Biro: Leczenie chirurgiczne nowotworów mózgu. Hornowski: Przyczynek do rozpoznania za życia niezamkniętego otworu owalnego serca u dorosłych. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura. Wizel: Parę słów w sprawie nazwy »obłęd maniakalno-depresyjny«. — *Tygodnik lekarski Nr 10—13:* Sołowij: Postępowanie wyczekujące podczas porodu przy miednicy ścieśnionej w granicach conjugata vera 7—11 cm. Gluziński (c. d.). Papée: O reformie prostytucyi. Klarfeld: Badania ergograficzne nad odruchem kolanowym. Nowicki: Badania nad wyrostkiem robaczkowym z uwzględnieniem stosunków anatomicznych i patologicznych. Ożga: Z kazuistyki przepuklin. Grek i Reichenstein: Zachowanie się ciałek białych krwi przy obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka. — *Nowiny lekarskie Nr 3:* Wachholz: Wątpliwy stan umysłowy nałogowej oszustki. Damański i Wilenko: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Sędziak (dok.). Czyżewicz jun. (dok.). — *Czasopismo lekarskie Nr 2:* Perlis: Kilka słów o powikłaniach przy próbnem nakłuciu opłucnej. Poczobut (c. d.). Ryttel. Spostrzeżenia z praktyki. — *Postęp okulistyczny Nr 2:* Bednarski: O zaniku nerwu wzrokowego przy nieforemnej czaszce. — *Zdrowie Nr 3:* Grundzach: Z pobytu w Ciechocinku. Grudziński: Działalność oddziału wodoleczniczego w Ciechocinku za pierwsze 3 lata istnienia. Ciągliński: Oddział elektroterapeutyczny w Ciechocinku. — *Przegląd higieniczny Nr 3:* Bruchnalski: Wentylacya izb szkolnych jaką jest, a jaką być powinna. Maślanka: O kanalizacyi naszych miast. Szpilman (dok.). Krzyżanowski: O poznawaniu zafałszowanych pokarmów i napojów. — *Głos lekarzy Nr 6—7:* Rudzki: Stosunek lekarzy do bojkotu narodowego Niemców. Wątorek: Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych wobec interesów lekarzy. Mikołajski: 1) Inseraty niemieckie i pruskie. 2) Niemiecki projekt ustawy o partaczach leczniczych. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Porajewski: Nieufność władz do lekarzy. Nowak Wł.: W sprawie ubezpieczenia lekarzy kasowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 8. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Dr Schlank: W sprawie opatrywania pępowiny u noworodka. 2) Dr Tadeusz Mayzel (jako gość): Prostytucya a choroby weneryczne.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Rozpylacz do proszków, wdmuchiwanych do krtani, nosa i t. d. starał się ulepszyć Eiselt (Dts. med. Wochs. 1908, Nr 7 i Prager med. Wochs. 1908, Nr 10) przez matowe szkło tej części rurki, w której znajduje się proszek, by się proszek lepiej w rurce trzymał i przez odpowiednią wstawkę, nie dozwalającą cofać się proszkowi w rurce, gdy chory zakaszle. (Rozpylacz ten wyrabia fabryka F. Ulbricha, w Kukan pod Gablonz w Czechach). *R.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 11. kwietnia 1908. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu anatomii porównawczej U. J. (Prof H. Hoyer.)

Zachowanie się krętków bladych *(spirochaete pallida)* w zmianach kiłowych; szczepienia kiły małpom.

Podali

Prof. Dr Fr. Krzyształowicz i Prof. Dr M. Siedlecki.

Aż do ostatnich czasów pojawiają się jeszcze ciągle prace w sprawie etyologii kiły i znaczenia krętków bladych *(spirochaetc pallida)*, opisujące coraz szczegółowiej pasorzyta, którego początkowo przyjęto z wyraźną nieufnością. Prace różnych autorów rozmaitych krajów i narodów przemawiały coraz wyraźniej i coraz dobitniej za znaczeniem etyologicznem krętka bladego tak, że obecnie prócz bardzo wyjątkowych głosów (Schultze, Thesing, Saling, Siegel) nikt już nie stawia w tym kierunku zarzutów, a wszyscy oczekują na odkrycie sposobu hodowania tych istot. Ten ostatni postulat może jeszcze długo czekać na spełnienie, postulat, który postawiono dla wielu innych pasorzytów (krętki w ogólności, świdrowce, pasożyty krwi) uznanych jednak mimo niemożności wyhodowania za czynnik etyologiczny dla wielu chorób. To też Neisser słusznie stwierdza, że na dziś wystarcza nam w zupełności dowód stałości pojawiania się krętków bladych we wszystkiem, co do kiły należy i wyłącznej ich obecności tylko w kile — i kończy słowami: »Meines Erachtens ist dieser Beweis allerdings schon genügend erbracht«.

Rzeczywiście tych dowodów tak dodatnich, jak i ujemnych, już dzisiaj znamy bardzo dużo. Prace różnych autorów stwierdzają bowiem obecność krętków w różnych zmianach kiłowych wszystkich okresów i postaci tej choroby. Przedewszystkiem znaleziono je w naciekach pierwotnych tak na częściach płciowych, jakoteż gdziekolwiek indziej w skórze położonych; dalej w różnych zmianach drugorzędnych, pojawiających się w różnych okolicach ciała. Znaleziono je również w gruczołach chłonnych we krwi, w moczu, w ślinie i pocie, w płynie mózgowordzeniowym, następnie w zmianach okresów późnych, w kilakach, u dzieci urodzonych z rodziców kiłowych i to nietylko w zmianach skórnych, ale i w narządach wewnętrznych, a wreszcie i w zmianach u małp, szczepieniem kiły wywołanych. Dziś już wielu autorów oświadcza się za tem, że poszukiwanie krętków jest środkiem rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach. Obok tego istnieją dowody ujemne; nie stwierdzono bowiem obecności krętków w różnych chorobach wenerycznych nie-kiłowych i w wielu chorobach skórnych, jakoteż w nowotworach, w których znaleść można łatwo krętki innego rodzaju.

Materyał, badany przez nas co do krętków, składał się ze stu kilkudziesięciu przypadków różnych zmian kiłowych i to tak kiły pierwotnej i wczesnej w różnych okresach choroby, jak i kiły późnej, a nawet dziecka nieżywo urodzonego z matki kiłowej. Obok tego zanotowaliśmy ujemny wynik badania w kilkunastu przypadkach chorób wenerycznych niekiłowych i chorób skóry (wrzód miękki, zapalenie żołędzi, kłykciny kończyste, gruźlica błon śluzowych, nabłoniaki, owrzodzenia jamy ustnej nie-kiłowe). Na mocy tych badań stwierdzić możemy, że we wszystkich zmianach kiłowych znajdowaliśmy krętki blade w różnej ilości z mniejszą lub większą łatwością. Jeden z nas (K.) stwierdził także krętki blade kilkakrotnie w zmianach drugorzędnych kiłowych, których rozpoznanie ulegało pewnej wątpliwości, przez co utwierdzono rozpoznanie kiły.

W naciekach pierwotnych ilość znalezionych krętków bladych była zazwyczaj dość wielką, zależną przedewszystkiem od czasu trwania nacieku. Przy badaniu całkiem świeżych nacieków, trwających kilka dni tylko, powierzchownie owrzodziałych, znaleść można wielką ilość krętków zupełnie prawidłowych, o skrętach równych, dość wysokich, krętków, odznaczających się dość znaczną długością i co do długości mało się różniących między sobą. Obfitość krętków w nacieku pierwotnym utrzymuje się w przypadkach nieleczonych przez pewien czas, niedający się bliżej oznaczyć. W ogólności tylko powiedzieć można, że obfitą ilość krętków znajduje się w cieczy wyciśniętej z nacieku póty, póki tenże wzrasta i utrzymuje się w pierwotnej postaci, znamiennej dla tej zmiany. Z chwilą, kiedy naciek staje się miększym po kilkutygodniowem trwaniu, bez względu na jakość i wielkość ubytku na powierzchni, ilość krętków zmniejsza się znacznie i zmieniają się ich znamiona. Jako przykład posłużyć może naciek pierwotny u kobiety, położony na wardze sromnej większej, trwający, (wedle podania) 10 dni, a badany przez nas co 2—3 dni przez 20 dni. Przez pierwsze dwa tygodnie badanie stwierdzało prawie jednakową ilość krętków, w ostatnich dniach tego okresu czasu nieco mniejszą, 15. dnia można je było znaleźć jeszcze w dość znacznej ilości; 17. dnia tylko bardzo nieliczne, a 20. wcale ich nie było w przeszukanych kilku prepara-

tach. Przez cały czas badania stosowano do przemywania tylko przegotowaną wodę lub 3% rozczyn wodny kwasu borowego. Naciek przy pierwszem widzeniu chorej był pokryty nalotem dławcowym, który pomału się oddzielał, a w ostatnich dniach badania pokrywała naciek całkiem czysta i zdrowa ziarnina.

Jakość i wielkość ubytku, istniejącego w nacieku nie ma wpływu na ilość krętków. Wrzody zaniedbane, głębokie, ale trwające kilka tygodni, dawały ciecz, zawierającą bardzo nieliczną ilość krętków, — w innych powierzchownych zaledwo tylko sączących, z których znacznie trudniej dawała się wycisnąć ciecz surowicza, ale trwających krótszy czas, otrzymywaliśmy bardzo łatwo preparaty z wielką ilością krętków. Najważniejszym czynnikiem zatem, od którego zależała ilość krętków w preparatach, był czas trwania nacieku.

Siedziba nacieku pierwotnego także nie zmieniała ilości krętków; naciek wargi ust dawał preparaty o tak obfitej ilości krętków, jak naciek wargi sromnej lub napletka prącia.

Użycie środków odkażających zdawało się wywierać pewien wpływ na ilość krętków znajdowanych w cieczy, wyciśniętej z nacieku. Użycie kilkakrotne przemywań sublimatem wpływało w ten sposób, że w preparatach, wziętych po przemywaniu, nie spotykano zupełnie krętków; jeżeli jednak na parę dni przerwano powyższe przemywania, a użyto do przemywań wody przegotowanej, ilość krętków w wyciśniętej cieczy zwiększała się znacznie. Nie ulega zatem wątpliwości, że tu sublimat miał wpływ na rozwój krętków; nasuwa się jednak przypuszczenie, że wpływ ten ograniczał się tylko do warstw powierzchownych, ale że krętki rozwijały się w warstwach głębszych, skąd przez ucisk trudniej można je było wydostać na powierzchnię. Przemawiałaby zaś zatem wspomniana okoliczność, że szybko po odstawieniu sublimatu można je znowu znaleźć z łatwością w wyciśniętej cieczy.

Czas trwania jakiejkolwiek zmiany kiłowej, a zatem nietylko nacieku pierwotnego, ma tak przeważne w tym razie znaczenie, że nawet w guzkach suchych można łatwo wykryć krętki, jeżeli badamy te guzki wkrótce po ich pojawieniu się. Ilość ich wprawdzie nie jest tak wielka, jak w nacieku pierwotnym, ale w każdym razie dają się odszukać znacznie obficiej, niż w guzkach nawet większych, ale dłużej trwających. Stwierdzić to można łatwo u tego samego osobnika, gdy wysypka występuje powoli; — guzki świeższe zawierają ilość krętków łatwą do stwierdzenia, natomiast w guzkach już ustępujących znaleźć ich bardzo trudno. To samo odnosi się do wysypek krostkowych i pęcherzykowych.

W kłykcinach sączących, usadawiających się zazwyczaj około otworów ustroju tak w błonach śluzowych, jak i w skórze, ilość krętków była zazwyczaj tak wielka, jak w naciekach pierwotnych, a znacznie większa, niż w guzkach suchych. Okoliczność tę stwierdziliśmy na całym szeregu podobnych zmian, leżących głównie na sromie kobiety, w około otworu stolcowego, na mosznach i w kącikach ust. W tych wrzodziejących przerosłych guzkach wielka ilość krętków utrzymywała się także dłużej, niż w guzkach suchych, a zmniejszała się znacznie, gdy guzki te pokrywały się naskórkiem.

Okoliczność ta zatem byłaby w sprzeczności z tem, o czem wspominaliśmy powyżej, że obnażenie nacieku nie ma wpływu na ilość krętków. Sprzeczność ta jednak zdaje nam się tylko pozorną; guzki te bowiem, które nazywamy kłykcinami sączącemi, lepieżami, powstają w miejscach drażnionych, przekrwionych, gdy na całej powierzchni skóry istnieje często równocześnie tylko wysypka plamista. Nie owrzodzenie zatem, zresztą bardzo powierzchowne, w bujającym naskórku, ale drażnienie tego miejsca skóry, szczególne warunki (wilgoć, ciepło, przekrwienie) zdają się być przyczyną istnienia w tem miejscu znacznie korzystniejszych warunków dla rozwoju wszystkich pasorzytów. A może i rozwój bakteryi ropnych, które wywołują zapalenie tej części skóry, przyczynia się do większego rozmnażania się krętków w tak zmienionych tkankach. Wreszcie przypuszczać można, że niejakie znaczenie w tym kierunku mogą mieć znajdowane zawsze w tego rodzaju zmianach krętki załamujące światło *(sp. refringens)* i prątki wrzecionowate *(bacillus fusiformis)*.

Ale o wiele wcześniej niż zmiany w ilości krętków, występują zmiany w ich postaci [1]). Wspomnieliśmy już, że krętki blade, znajdowane w naciekach świeżych, krótko trwających, są bardzo do siebie podobne, tak co do długości, jak i grubości, rodzaju skrętów i ułożenia. Zazwyczaj bardzo szybko, bo już po kilku dniach spostrzedz można postacie nieco inne, różniące się od krętków typowych, jak je opisał Schaudinn i Hoffmann. Przedewszystkiem zmiana dotyczy ich ułożenia. Gdy w zmianach świeżych pojawiają się krętki, leżące wzdłuż linii prostej, to z biegiem czasu znajdujemy coraz więcej osobników, zgiętych łukowato lub kolankowato. Podobnie, gdy w pierwszych spotykamy krętki prawie jednakowej długości, to w dalszych długość ich waha się niejednokrotnie w dość obszernych granicach. Częściowo przyczyniają się do tego postacie podzielone podłużnie, ale nie rozpadłe na pojedyncze osobniki, albo zespolone ze sobą.

Rodzaj i jakość skrętów także ulega pewnym zmianom. W postaciach świeżych skręty są zazwyczaj strome, takie, jak je opisał Schaudinn i Hoffmann, drobne, ścieśnione i na pierwszy rzut oka jednakowe od jednego do drugiego bieguna krętka. W postaciach, czas pewien trwających, skręty stają się przedewszystkiem nierówne, większe i mniejsze, mniej lub więcej strome, a w przebiegu zmiany spostrzega się w preparatach coraz mniej krętków typowych, a coraz więcej takich, które są wyprostowane na pewnej przestrzeni swego ciała. Jeżeli się uwzględni, że i grubość krętka waha się dość znacznie, że w przebiegu zmian kiłowych znajduje się krętki w pewnej części ich ciała wyraźnie grubsze, wyraźniejsze, — to musi się dojść do przekonania, że krętki blade ulegają w przebiegu wykwitów kiłowych pewnym zasadniczym zmianom, których jednak nie można przypisać zwyrodnieniu.

Szczepienia kiły na małpy przedsiębraliśmy w tej nadziei, że badając zmiany, wywołane u małp, będziemy mogli łatwiej spostrzegać w nich wszystkie postacie rozwoju i po-

[1]) Szczegóły morfologii krętka bladego wśród przebiegu kiły i badania porównawcze z innymi krętkami opisano w pracy, czytanej na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Krakowie w dniu 4. listopada 1907.

twierdzić istnienie rozmaitych postaci i przeobrażeń krętka, które znaleźliśmy w zmianach kiłowych u ludzi. Badania te nie dały nam wprawdzie wszystkich oczekiwanych wyników, pozwoliły nam jednak stwierdzić dużo szczegółów w tej dziedzinie, zapoznając nas przytem z objawami kiły doświadczalnej, występującej wybitnie i u małp niższych.

Do szczepień użyliśmy 10 małp z rodzaju *Macacus* (*M. cynomolgus*, *rhesus* i *sinicus*) i jedną: *Cercopithecus*. Materyał do szczepień braliśmy z różnych zmian, bo z nacieków pierwotnych, z guzka suchego świeżego i wysypki guzkowej dziecka żywo urodzonego z matki kiłowej, wreszcie z nacieków, powstałych u małp po szczepieniu miazgi nacieków kiłowych. Miejscem szczepienia były powieki ócz, głównie ich brzeg, a w niektórych przypadkach równocześnie napletek samców lub wargi sromne samic. Jako miejsce szczepienia wybraliśmy brzeg powiek, idąc za doświadczeniem Thiebiergea i Ravauta, którzy stwierdzili w swych badaniach, że gdy u tych samych małp nie powstawał odczyn w innych miejscach szczepionych, pojawiała się jednak zmiana na brzegu powiekowym. To samo potwierdzają i inni autorowie, szczególnie u małp niższych (Neisser, Finger i Landsteiner). Doświadczenia nasze stwierdziły to również, gdyż i w naszych przypadkach pojawiały się po szczepieniu zmiany na powiekach u tych samych osobników, u których zawodziły szczepienia na częściach płciowych.

W wymienione miejsca szczepiliśmy jad kiłowy nietylko rozcierając cieczą surowiczą, wyciśniętą z nacieku, ale i wkładając miazgę nacieku kiłowego w kieszonkę, zrobioną przez nacięcie na brzegu powiekowym, gdzie skóra przechodzi w błonę śluzową. I w tym kierunku poszliśmy za radami doświadczonych autorów (Neisser, Finger i Landsteiner), którzy radzą robić nacięcia głębsze, kieszenie w skórze i w nie wszczepiać kawałki tkanki lub wyciśnięty sok. Przed braniem materyału do szczepień oczyszczano dokładnie zmiany sączące (wrzody, kłykciny) wyjałowionym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, a guzki suche prócz obmycia wodą i mydłem, oczyszczano mieszaniną wyskoku z eterem. Miejsce szczepienia odkażano w podobny sposób; wogóle staraliśmy się, o ile to możliwe, dokonywać rękoczynów bezgnilnie (aseptycznie). Materyał, brany do szczepienia, badaliśmy we wszystkich przypadkach co do krętków i tylko w razie dodatnim dokonywano nim szczepienia. Dla umożliwienia dokonania szczepień usypialiśmy zwierzęta chloroformem, który małpy znosiły wcale nieźle.

Z 11 szczepionych zwierząt dwie małpy zmarły w krótkim czasie (około miesiąca) po szczepieniu skutkiem ogólnej gruźlicy, te zatem w sprawozdaniu zupełnie pomijamy. Z reszty (9) u jednej małpy (*mac. cynomolgus* Nr 1) wynik nazwać musimy zupełnie ujemnym, powstało bowiem na brzegu powiekowym zaledwo tylko lekkie zaczerwienienie, które szybko ustąpiło. U tego samego zwierzęcia uzyskano wyraźny odczyn na powiece po szczepieniu w dwa miesiące później, dlatego za przyczynę pierwotnego ujemnego wyniku uważamy w tym razie błąd w technice szczepienia (powierzchowne nacięcia).

Prócz powyższej małpy u dwóch innych wynik nie był zupełnie pomyślny tak, że uznaliśmy go za wątpliwy. W jednym przypadku (Nr 6) wystąpił nawet znaczniejszy obrzęk całej powieki bez ograniczonego nacieku i obrzęk ten w kilkanaście dni ustąpił bez śladu, a badanie wyciśniętego soku nie wykryło obecności krętków. U drugiej małpy (Nr 9) z wynikiem wątpliwym powstał po szczepieniu miazgi z nacieku na powiece małpy drobny guzek, który w 6 tygodni od chwili szczepienia był już mało widoczny. Poszukiwanie krętków dało i w tym wypadku wynik ujemny.

U sześciu zatem tylko z 9 małp możemy uważać wynik za zupełnie dodatni. (Dok. nast.)

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

W sprawie powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego.

Podał

Doc. Zdzisław Sowiński.

(Dokończenie).

Doświadczenia z gronkowcem złocistym. Olej waselinowy, używany do przygotowania zawiesiny salicylanu rtęciowego, rozlano do probówek w ilości po 8 ctm. sz. i wyjałowiono. Na tym oleju zaszczepiono dobową hodowlę agarową w ilości 3—4 uszek pętli platynowej; po 4 dobach pobytu w cieplarce przy 37° C., zaszczepiono z oleju pożywki bulionowe, a z nich po upływie jednej doby zrobiono szczepienia na agarze, które dały wyniki ujemne. Jak już wspomniałem, jedne probówki z olejem zakażone, po 4 dobach pobytu w cieplarce poddawano dalszym badaniom, inne zaś pozostawiano przez 4 doby przy zwykłej ciepłocie pokojowej, następnie umieszczano na 2—3 doby znów w cieplarce, poczem dopiero wykonywano wyżej wspomniane szczepienia na agarze. Również i w tych razach szczepienia dały wyniki ujemne.

Też same doświadczenia powtórzono i z hodowlą bulionową, używając do zakażenia oleju po 3—4 uszek pętli platynowej. Pożywki, na które szczepiono olej zakażony, i w tym przypadku pozostały jałowe.

Olej, do którego zaszczepiono gronkowca złocistego tak z pożywki stałej, jakoteż płynnej, wstrzykiwano po 4 dobach pobytu w cieplarce, w ilości 6—8 ctm. sz. do jamy brzusznej królikom i świnkom morskim, wywołując nieznaczne, krótkotrwające podniesienia się ciepłoty. Stan ogólny zwierząt pozostał zadowalniający.

Chcąc w doświadczeniach zbliżyć się o ile możności do warunków zwykłych, zbierałem olej, pozostający nad powierzchnią rtęci, i przesączywszy go przez jałowy papierowy sączek, rozdzielałem go po 8 ctm. sz. do probówek wyjałowionych. Kilkoma uszkami hodowli agarowej gronkowca olej ten zakażałem, a po 3 dobach pobytu w cieplarce rozprowadzałem go zapomocą łopatki platynowej po powierzchni pożywki agarowej w miseczkach Petriego. Szczepienia te dały wyniki ujemne.

Przypuszczając, iż hodowla ginie wskutek szczepienia jej w tak nieznacznej ilości, i do tego na pożywce może nieodpowiedniej, postanowiłem stworzyć dla niej warunki stosowniejsze i sprawdzić, czy wtedy nie nastąpi czasem bujny rozwój drobnoustrojów? W tym celu brałem kawa-

łeczki agaru wielkości 2—3 ctm., na których powierzchni znajdowały się hodowle gronkowca, i umieszczałem je w probówkach z olejem. Po 4 dobach pobytu w cieplarce przy 37° C. postępowałem w sposób następujący: W jednych przypadkach robiłem szczepienia, nie dotykając się kawałeczka agaru, a biorąc ostrożnie tylko sam olej i rozprowadzając go zapomocą łopatki platynowej po powierzchni pożywki agarowej w miseczkach Petriego; wyniki były ujemne. W innych zaś przypadkach płyn w probówkach zakażonych silnie kłóciłem, poczem dopiero stosowałem ten sam sposób szczepienia, biorąc ostrożnie do dalszych szczepień wyłącznie olej, a nie ruszając zupełnie kawałeczka agaru z hodowlą; wtedy tylko na początku pierwszego paska spostrzegałem nader skąpy rozwój gronkowca, zaś następne paski pozostawały jałowe.

Doświadczenia te dowiodły, iż w tych warunkach rozwój gronkowca złocistego w ten sposób, jak to się daje spostrzegać wogóle w środowiskach płynnych, nie następuje, lecz że tylko dzięki obecności kawałka agaru znajdujące się na nim kolonie gronkowca pomimo 4-dniowego pobytu w oleju nie zginęły. Wyniki dodatnie w ostatnich doświadczeniach należy tłómaczyć w ten sposób, iż podczas kłócenia mogło nastąpić mechaniczne strącenie kolonii do oleju; pomimo, iż kolonia taka znajdowała się w warunkach nieodpowiednich do rozwoju, jednak wskutek tego, iż przeszczepienie wykonano bezpośrednio po kłóceniu, nie zdążyła ona uledz zniszczeniu.

Olej, w którym szczepiono kawałeczki agaru z hodowlami gronkowca na powierzchni, bez poprzedniego kłócenia, zaraz po wyjęciu z cieplarki, zlewałem ostrożnie do jałowej miseczki Petriego, poczem wstrzykiwałem do jamy brzusznej królikom i świnkom morskim w ilości 5—6 ctm. sz. U zwierząt tych spostrzegałem potem nieznaczne podniesienie ciepłoty w ciągu pierwszych 2 dni; zwierzęta pozostawały przy życiu, a stan ich ogólny był zupełnie zadowalniający.

Nie powtarzając już opisu takichże badań, dokonanych z hodowlami prątka siennego, prątka okrężnicy i ropy błękitnej, ograniczę się do zaznaczenia, iż w tych doświadczeniach wyniki badań bakteryologicznych były takie same, jak w doświadczeniach.

Przypuszczając, iż pewna ilość rtęci może z biegiem czasu przejść w połączenie rozpuszczalne, postanowiłem poddać rozbiorowi chemicznemu olej, który dłuższy czas znajdował się w styczności z salicylanem rtęciowym.

W tym celu użyłem do badań zawiesiny salicylanu rtęciowego, przygotowanej przeszło przed rokiem. Najpierw oddzieliłem zapomocą cedzenia olej od rtęci, a zebrawszy go w ilości 75 ctm. sz., dodałem do niego 25 ctm. sz. wody przekroplonej, silnie skłóciłem, poczem dodałem czystego kwasu siarczanego w ilości 4%, i poddałem mieszankę gotowaniu w ciągu 18 minut. Do gorącego jeszcze płynu dolewałem chemicznie czystego kwasu solnego w ilości 6%. Ostudziwszy potem mieszankę do 30° C., rozrzucałem kilka zwiniętych paseczków lamety i pozostawiałem tak w ciepłem miejscu na 2 doby. W ciągu tego czasu i w tych warunkach wszystka rtęć, znajdująca się w oleju, osiada całkowicie na lamecie, tworząc amalgamat. Po obfitem przepłukaniu lamety z początku w wodzie zwykłej, a potem przekroplonej, przemywałem ją jeszcze wyskokiem 95°. Po wyjęciu lamety z wyskoku suszyłem ją w bibule, poczem umieszczałem w zupełnie suchej probówce, do której już przedtem wrzucałem maleńki kryształek jodu. Probówkę tę ostrożnie nagrzewałem, wobec czego jod, ulatniając się, osiadał na lamecie, i w ten sposób powstawał jodek rtęciowy. Wtedy wprowadzałem do płomienia całą probówkę, ażeby prędzej przepędzić ów związek, który osiadał na ściankach probówki w postaci żółtawego kółka, poczem ostrożnie wyrzuciwszy lametę z probówki, dorzucałem na jej dno jeszcze parę kryształków jodu i znowu nagrzewałem. Pary jodu, łącząc się z jodkiem rtęciowym, tworzą znamienny jasno-czerwony dwujodek rtęciowy (9).

Posiłkując się w swych badaniach tylko co opisanym sposobem. nie zdołałem mimoto stwierdzić obecności rtęci w oleju, który przeszło rok pozostawał w zetknięciu z salicylanem rtęciowym. Doświadczenia te dowiodły, iż przypuszczenie moje, że z biegiem czasu przejść może pewna ilość rtęci do oleju, niema żadnych podstaw.

Zakażając sztucznie olej waselinowy, doszedłem do przekonania, iż olej ten jest dla rozwoju drobnoustrojów pożywką nieodpowiednią i że one w nim giną; jeżeli jednak drobnoustroje dostaną się do oleju jednocześnie z odpowiednią pożywką (kawałeczek agaru), to mimoto, iż nie można zauważyć ich rozwoju, jednakże nie giną. Aby więc ostatecznie wyświetlić wzajemny stosunek pomiędzy rtęcią i drobnoustrojami, należało przeprowadzić jeszcze z zawiesiną rtęciową i pewnym rodzajem bakteryi takie doświadczenia, któreby drogą pośrednią zbliżyły nas do rozwiązania tego zagadnienia.

Najpierw należało ustalić jadowitość każdej ze stosowanych hodowli.

Jadowitość gronkowca złocistego wypróbowano, szczepiąc dobową bulionową hodowlę pod skórę ucha królikowi. Wstrzyknąwszy temu zwierzęciu 0,4 ctm. sz. na kilogram wagi, spostrzegałem na drugi dzień w miejscu nakłucia ropień, a po 4 dobach następowała śmierć zwierzęcia. Po wstrzyknięciu tej hodowli w ilości 1 ctm. sz. do jamy brzusznej śwince morskiej, wagi 310 grm., nastąpiła po 3 dobach również śmierć zwierzęcia. Szczepienia tak z owego ropnia, jak z płynu w otrzewnej, dały czystą hodowlę wstrzykniętego gronkowca. Wstrzykując podskórnie 0,2 ct. sz. dobowej hodowli, spostrzegałem po upływie 2 dni tworzenie się ropnia.

Tak samo wypróbowałem jadowitość prątka ropy błękitnej. Wstrzykując królikowi podskórnie 0,7 c. sz. na kilogram wagi, spostrzegałem po 2 dobach śmierć zwierzęcia. Wstrzyknąwszy 0,6 c. sz. dobowej hodowli prątka okrężnicy pod skórę ucha królikowi, spostrzegałem po upływie 10—15 godzin tworzenie się ropnia; po 2 dobach i 5 godzinach zwierzę padło. Po wstrzyknięciu podskórnem 0,1 ctm. sz. tworzył się po upływie jednej doby ropień w miejscu nakłucia. Szczepienia z owych ropni dały czystą hodowlę wstrzykniętego prątka okrężnicy.

Określiwszy jadowitość wymienionych drobnoustrojów, przeszczepiałem każdą hodowlę do bulionu, a po dobie pobytu w cieplarce przy 37° C. mieszałem w równych częściach ze skłóconą poprzednio zawiesiną rtęciową, używaną zwykle do wstrzykiwań u chorych. Skłóciwszy ponownie mieszankę z zawiesiny rtęciowej i hodowli bulionowej i powtarzając kłócenie zawiesiny od czasu do czasu,

jak to zwykle robi się w ambulatoryum, rozprowadzałem po upływie różnego czasu zapomocą łopatki platynowej mieszankę ową w postaci równoległych pasków po powierzchni agaru w miseczkach Petriego.

Wyniki tych szczepień stwierdziły, że hodowla gronkowca w tych warunkach ginie po upływie 25—30 minut, hodowla prątka okrężnicy po upływie 14 minut, prątka siennego po upływie 11 minut, prątka ropy błękitnej po upływie 9 minut.

Roztrząsając wyniki badań tak chemicznych, jakoteż bakteryologicznych, należy najpierw zastanowić się nad tą, napozór szczególną okolicznością, iż drobnoustroje w oleju waselinowym giną. Lecz, jak wiadomo, każda komórka żyjąca potrzebuje do swego istnienia obecności wody; otóż brak wody jest jedną z ważniejszych pośród wielu innych przyczyn, dla których drobnoustroje w oleju waselinowym giną. Wskażę tu na rozprawę Kondratkowskiego (10), który badał bakteryologicznie maści lekarskie. Z szeregu maści rtęciowych autor ten badał: *ungt. hydr. praecipitati albi, ungt. hydr. oxydat rubri, ungt. hydr. ciner. simpl. et dupl.* Rozwoju drobnoustrojów w tych maściach Kondratkowski nie spostrzegał.

Badania moje wskazują, iż zastosowanie tych zwykłych środków zapobiegawczych, jakie są niezbędne przy wszelkich wogóle wstrzykiwaniach podskórnych, najzupełniej zabezpiecza od wniesienia pierwiastka zakaźnego również i przy wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego. Przeciwnie, znaczniejsze nawet zakażenie przetworu tym, czy innym drobnoustrojem ropotwórczym staje się z biegiem czasu nieszkodliwem. Mimoto jednak wcale nie twierdzę, iż każda hodowla bulionowa użytych przezemnie mikrobów ropotwórczych musi stanowczo zginąć przy tych warunkach i we wspomnianym czasie; do stanowczych wniosków w tej sprawie są niezbędne dalsze badania. Zważywszy jednak z jednej strony, iż przy zwykłych warunkach klinicznych tak obfite zakażenie przetworu mikrobami ropotwórczemi nastąpić nie może, z drugiej — na podstawie moich badań, — iż olej waselinowy jest środowiskiem nieodpowiedniem dla rozwoju bakteryi i że one nie giną w nim wyłącznie tylko w okolicznościach szczególnych, — przypuszczam, iż przyczyny tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego nie należy szukać w samej zawiesinie. Doświadczenia te dobitnie przemawiają za tem, iż przyczyny nacieków nie należy szukać w zakażeniu przetworów lub w jakimś rozkładzie chemicznym salicylanu rtęciowego, przy którym wytwarzałby się tlenek rtęciowy. Wobec tego mniemam, iż stan fizyologiczny tkanek w miejscu wstrzyknięć, a być może, i w całym ustroju u chorych na kiłę o tyle podlega zmianom, iż wessanie przez ustrój przetworu wstrzykniętego obniża się, a nawet zupełnie się zatrzymuje. Jeżeli zaś do tego dołączają się i zmiany miejscowe tkanek, jak za tem przemawia cały szereg badań patologiczno-anatomicznych (Zelenew, Łukaszewicz, Tomaszewicz (11) i inni), zmian przytem nader niekorzystnych, to samo przez się staje się zrozumiałem, iż zdolność wchłaniania w jednej i tej samej okolicy przy powtarzających się wstrzykiwaniach musi się obniżać, a zarazem będzie słabnąć wpływ leczniczy przetworu. Podobne nacieki bolesne spostrzega się nawet po wstrzyknięciach tłuszczów, pomimo zachowania najsurowszych przepisów aseptyki (Leyden). Przetwory zaś rtęciowe, nawet w słabem zgęszczeniu, mogą w miejscach bezpośredniego zastosowania działać na tkanki przyżegająco, wskutek czego może powstać martwica tej części tkanki, naokoło której musi się wszcząć silna sprawa zapalna z następowem zwyrodnieniem tkanek. Od przestrzeni, zajętej przez zapalną sprawę twórczą, od stopnia natężenia tej sprawy, powstającej jako odczyn tkanek, a przypuszczalnie nawet jako odczyn całego ustroju przeciw wprowadzonemu ciału obcemu, jakiem jest zasadowy salicylan rtęciowy, zależą też te, czy inne zmiany miejscowe.

W końcu zaznaczyć należy niektóre okoliczności uboczne, mające w tej sprawie również wielkie znaczenie, jako to: miejsce wstrzyknięć, sposób ich wykonania, długość igły, większa lub mniejsza otyłość chorego, jego tryb życia i t. d.; jeżeli rtęć dostanie się np. do mięśni, to wessanie jej nastąpi szybko, jeżeli zaś dostanie się do tkanki tłuszczowej, to wessanie następuje wolniej i w tych razach mogą powstawać nacieki (Juckuff (12)).

Przyczyny więc tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego zależą w jednych przypadkach w zupełności od samego ustroju, w drugich zaś leżą poza nim; w innych mogą działać obydwa czynniki jednocześnie; od stopnia natężenia każdego z przytoczonych czynników zależą zmiany, które dają się spostrzegać w miejscach bezpośredniego działania wstrzykniętego przetworu.

Wyniki mej pracy doświadczalnej pozwalają mi wysnuć wnioski następujące:

1) Olej waselinowy *(ol. vaselini)* w zawiesinie rtęciowej jest zawsze jałowy.

2) Salicylan rtęciowy w połączeniu z olejem waselinowym, nawet przy dłuższem zetknięciu ($1^1/_2$ roku), nie podlega rozkładowi na tlenek rtęciowy i kwas salicylowy.

3) Olej waselinowy jest środowiskiem nieodpowiedniem do rozwoju gronkowca złocistego, prątka siennego, prątka okrężnicy i ropy błękitnej.

4) W zawiesinie rtęciowej rtęć do oleju nie przechodzi.

5) Zawiesina salicylanu rtęciowego działa nader zabójczo na drobnoustroje ropotwórcze.

6) Nacieki w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego powstają głównie, widocznie wskutek odczynu ze strony tkanek, który może być wywołany tak przez zmiany ogólne w ustroju, jak i przez przyczyny miejscowe; również możliwe jest działanie obydwóch tych czynników jednocześnie.

Piśmiennictwo. 1) Omelczenko: Etyologia abscessow na miestach injekcyj rastworimych preparatow. — Medicinskoje Obozrenje, 1895 r., str. 938. — 2) Levy-Bing; Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis. Paris, 1903 r. — 3) Balzer i Reblaud l. c. Levy-Bing, str. 22. — 4) Silva Aranjo: l. c. Fournier. Leczenje syfilisa, 1894, str. 243 (tłómaczenie Gowsiejewa). — 5) Kreibohm i Rosenbach: Archiv f. klin. Chirurgie 1888 r., t. 32. — 6) Stukowienkow: Opyt ujaśnienja osnow leczenja syfilisa rtutju. Medic. Obozr. 1894 r., Nr 21. — 7) Granval i Lajox: Journal de Pharm. et de Chemie 1893 r. 27, str. 196. — 8) Larin: Chemische Zeitung, 1901 r., str. 193. — 9) Wyszemirskij: O wlijanii elektryczeskich wann, staticzeskich duszej i tokow bolszoj czastoty na wydielenje rtuti moczej. Petersburska rozprawa, 1898 r. — 10) Kondratkowskij: Bakterjołogiczeskoje izsljedowanje medicinskich mażej. Petersburska rozprawa, 1903 r. — 11) Tomaszewicz: Miestnyja izmienienja u żywotnych pod wlijanjem wpryskiwanja rastworimych i nierastworimych preparatow rtuti. Petersburgska Rozprawa, 1896 r. — 12) Juckuff: Verbreitungsart subcut. beigebr. Flüssigkeit etc. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm., 1893 r., t. 32.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Strauch. **Czy można uniknąć zejść śmiertelnych wśród uśpienia?** (*Mediz. Klinik.* 1908 Nr 10). Gdy przy podawaniu innych środków trujących trzymamy się przepisanej dawki, to przy stosowaniu środków usypiających właściwie tego nie czynimy. Niebezpieczeństwo uśpienia polega wprawdzie w pierwszym rzędzie na błędach techniki, zdarzają się jednak i mimo doskonałej techniki często ciężkie powikłania. Chloroform jest n. p. środkiem, działającym wybitnie na serce. Czasem śmierć przy uśpieniu nastąpić tu może po kilku pierwszych kroplach. Niebezpieczeństwem zagraża także następowe szkodliwe działanie chloroformu, zwłaszcza po uśpieniach długotrwałych. Eter nie działa źle na serce, ale jego siła usypiająca jest znacznie mniejsza. Chcąc ją wzmocnić przez uszczelnienie maski, wprowadzamy zaś znowu do ustroju bezwodnik kwasu węglowego, a przez zgęszczone pary drażnimy błony śluzowe i pobudzamy wydzielanie śluzu i śliny. Pierwszym warunkiem pomyślnego przebiegu uśpienia jest dobry, a raczej spokojny stan i spokojna czynność serca. Chory wskutek podniecenia psychicznego spędza zwykle całą noc przed operacyą bezsennie i rano często zauważyć można wtedy nieregularną akcyę serca. Z tego powodu S. podaje swym chorym wieczorem przed operacyą 1,0 gm. weronalu, a na godzinę przed operacyą wstrzykuje 0,015—0·02 morfiny i równocześnie podaje lewatywę z wyskoku (po 50—75 gm koniaku, wina czerwonego i herbaty z dodatkiem 5—10 kropli nalewki makowca i szczypty soli kuchennej). Zyskuje się przez to wiele. Chory śpi całą noc spokojnie, często można zacząć uśpienie wśród snu naturalnego i wtedy sen zwykły przechodzi spokojnie w uśpienie sztuczne. S. używa uśpienia eterowego, ewentualnie, gdy sen nie jest dość głęboki, dodaje kilka kropli chloroformu, a potem już stosuje eter. Nie spostrzegał przy tym sposobie zupełnie podnieceń, zatrzymania się oddechu lub zapadów. Uważać należy tylko przy uśpieniu na wymioty, nagromadzenie się śluzu lub zapadanie języka. Po operacyi chorzy śpią zwykle dalej spokojnie, a po obudzeniu nie czują się tak znękani, jak po czystem uśpieniu chloroformowem, które S. uważa wogóle za postępowanie niewłaściwe. *Klęsk.*

Rosenthal i Berthelot. **Uśpienie mieszaniną tlenu i chlorku etylu.** (*Posiedz. Ak. Um. francuz.* 6. I. 1908). R. i B. w doświadczeniach swych na zwierzętach przekonali się, że przez domieszkę tlenu do chlorku etylu można przedłużyć uśpienie (godzinę i dłużej). W uśpieniu tem można wykonywać i ciężkie zabiegi. Objawów ubocznych niema żadnych, zaśnięcie następuje szybko, przebieg uśpienia łagodny, a potem niema tego wstrząsu, który występuje często po uśpieniach chloroformem lub eterem. *K.*

Becker. **O odkażaniu rąk chirosoterem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). Klapp i Dönitz polecili do odkażania rąk roztwór różnych wosków i ciał balsamicznych w czterochlorku węgla, nazwany przez nich chirosoterem. Tę jasno-żółtą ciecz rozpyla się rozpylaczem na ręce i silnie wciera. Ciecz wnika w skórę i mechanicznie ją woskuje, nie dozwalając drobnoustrojom dostawać się na powierzchnię. Przez częste używanie skóra rąk, stale nasiąknięta chirosoterem, staje się gładka i doskonale można ją odkażać następowo. W przypadkach nagłych, np. na wojnie, użyć można według K. i D. chirosoteru nawet jako pokrycia ręki nie odkażonej. Czucia nie upośledza ta metoda zupełnie; cena chirosoteru niewielka. Te podane przez K. i D. dodatnie strony chirosoteru zostały potwierdzone o tyle przez innych autorów, że środek ten jest bardzo dobry, ale na ręce już odkażone, co B. także stwierdził. Natomiast w dalszych doświadczeniach przekonał się, że nawet mowy o tem być nie może, by używać można samego tylko chirosoteru bez poprzedniego odkażania rąk. *Klęsk.*

Flatau. **W sprawie wyjaławiania rękawiczek gumowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 13). F. wyjaławia rękawiczki gumowe w parze, nakładając je na szkielet druciany, który rozciągając rękawiczkę, daje pewność, że wyjałowienie będzie wszędzie dokładne, a zarazem nadaje się bardzo dobrze do wysuszania i przechowywania rękawiczek. *K.*

Wiesner. **O leczeniu iskrami sposobem Keating-Harta.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). W. spodziewając się, że leczenie raków iskrami znajdzie szersze zastosowanie, podaje opis (z rycinami) urządzenia, używanego przez siebie, a mającego tę dobrą stronę, że jest ono niezależne od aparatu Röntgena i można je także przenosić do domu chorego. Do oziębiania używa W. bezwodnika kwasu węglowego; nasad do elektrody używa porcelanowych. Używa tylko jednobiegunowego prądu. *Klęsk.*

Granjux. **Psy w służbie sanitarnej polowej we Francyi.** (*Allgem. militärärzt. Zeit.* 1908 Nr 2). Doświadczenie w innych krajach dowiodło, że psy odpowiednio wytresowane oddać mogą nieocenione usługi w wyszukiwaniu rannych. Pies taki znalazłszy rannego, zostaje przy nim i szczeka, lub też zabiera jakąś część ubrania, zwykle czapkę i niesie ją do sanitaryusza. Psy takie utrzymywać powinno Towarzystwo czerwonego krzyża, lub przedsiębiorstwa prywatne za pewnem wynagrodzeniem. We Francyi założono już »towarzystwo dla wypróbowania psów sanitarnych«. Towarzystwo to urządziło 11 I. b. r. międzynarodowy popis. Mimo zimy, psy spełniały swoją służbę bardzo gorliwie i z dobrym wynikiem. Najlepiej do celów tych nadają się suki, zwłaszcza psów owczarskich. *K.*

Schewen. **W sprawie patologii uchyłka krtani.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 9). Rozróżniamy uchyłki krtani (*laryngocele*) zewnętrzne i wewnętrzne. Są to zwykle wady wrodzone, które jednak dopiero w późniejszym wieku nieraz nagle się objawiają. Uchyłki krtani mogą być także wrzekome, n. p. gdy wskutek owrzodzeń lub innych spraw chorobowych krtań jest połączona n. p. z jamą ropnia. Uchyłki przypominają zupełnie worki powietrzne u małp na szyi, o których dokładnie nie wiemy, jaki cel mają lub raczej miały. Uchyłki krtani zwykle nie dają żadnych objawów, czasem tylko, gdy nagle się zwiększą, wywołać mogą duszność, a nawet uduszenie, zwłaszcza uchyłki wewnętrzne. Nagłe powiększenie się uchyłka powstaje czasem po kaszlu, krzyku, trąbieniu lub, jak w przypadku S., po zabiegu Politzera. Leczenie przy uchyłku wewnętrznym operacyjne, przy zewnętrznym wystarcza ucisk, przy odpowiedniem zachowaniu się chorego. *Klęsk.*

Kocher. **W sprawie klinicznego oceniania złośliwych nowotworów gruczołu tarczowego.** (*Deutsch. Zeift. f. Chir.* T. 91. Z. 3—4). Po omówieniu różnych typów złośliwych nowotworów gruczołu tarczowego (wole mięsakowe, wole rakowate, wole koloidowe tworzące przerzuty i t. p.) podaje K. najważniejsze objawy, dozwalające lekarzowi praktycznemu wczas rozpoznać złośliwość wola. Należą do nich: 1) od pewnego ściśle określonego czasu nagły, szybki i ciągły wzrost, 2) twardnienie ograniczonych części wola 3) zmniejszanie się ruchomości wola względem tchawicy i przełyku, 4) samoistne rozpromieniające się bole i trudności połykowe. W razie występowania tych objawów powinien lekarz zaraz wysłać chorego do operacyi. *Klęsk.*

Leuwer. **Próby celem zapobieżenia zaćmieniu zwierciadeł krtaniowych.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1908. Nr 5). Celem zapobieżenia zachodzeniu zwierciadełka krtaniowego przy badaniu parą, umieścił L. koło niego małą puszkę, którą napełnia się parafiną. Po ogrzaniu ciepło parafiny ogrzewa lusterko i przez dobre 10 minut lusterko pozostaje czyste. *Klęsk.*

Esau. **Wyłączenie i przeszczepienie jelita cienkiego w miejscu wyboru.** (*Mediz. Klinik.* 1908 Nr 10). Jak dowodzą doświadczenia E. na psach, można jelito cienkie u psa z łatwością wyłączać i przeszczepiać dwuczasowo w sąsiedztwo, n. p. w powłoki brzuszne; u psa bowiem żywotność i odporność jelita jest znacznie większa, niż u człowieka. Możność swobodnego przeszczepiania jelita cienkiego w miejscu wyboru miałaby dla chirurgii ogromne znaczenie. Dowodem był już sposób Rutkowskiego-Mikulicza operacyi wynicowania pęcherza. Gdybyśmy mogli zawsze dowolnie przeszczepiać jelito, to użyćby go można korzystnie w wielu przypadkach n. p. do plastyki cewki moczowej, moczowodu, przełyku i t. p. W razie oddzielenia wyłączonego i przeszczepionego jelita od nerwów zmniejszyłaby się zapewne i wydzielina jego gruczołów. Sprawa ta ma jednak i strony ujemne. Po pierwsze, pominąwszy już wogóle możność przyjęcia się przeszczepionego jelita, wchodzi tu jeszcze w rachubę niebezpieczeństwo wywołania niedrożności jelit przez pas krezki, pozostawiony na razie przy wyłączonem jelicie. Dalej pamiętać należy o możliwości zakrzepu w naczyniach pasa krezki i następowej zgorzeli wyłączonego jelita, a w końcu operacye takie wymagałyby bardzo wiele czasu. Że takie przeszczepienie jelita i u człowieka mogłoby być zastosowane, dowodzi spostrzeżenie E. z kliniki w Gryfii, w którem po operacyi przepukliny uwięzniętej, wyłączona pętla jelita tak ściśle zrosła się z powłokami brzusznemi i tak dobrze od ich strony była odżywiana, że w końcu można było bez szkody odciąć ją zupełnie od krezki. *Klęsk.*

Maas. **W sprawie doszczętnej operacyi przepuklin u dzieci.** (*Berl. klin. Wochft.* 1908. Nr 5). Poniżej pierwszego roku życia powinno się o ile możności unikać operacyi przepuklin, gdyż daje ona w tym wieku 16% śmiertelności; wyniki operacyi później podjętych są wcale dobre. *K.*

Bardescu. **Sposób operacyi przepuklin udowych od kanału pachwinowego.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 2). B. przy operacyi przepukliny udowej prowadzi cięcie nad kanałem pachwinowym, otwiera go od przodu, t. j. przecina powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, dalej podskórnie dąży do worka przepuklinowego udowego, uwalnia go i przeciąga powyżej więzadła Pouparta do rany w kanale; tam podwiązuje worek i zamyka wrota przepuklinowe od wewnątrz, łącząc szwem więzadło Pouparta z więzadłem Coopera. Wreszcie kończy operacyę podług Bassiniego. Przy przepuklinach udowych uwięzniętych operuje B. wprost do jamy brzusznej. *Klęsk.*

Hahn. **Doszczętna operacya „nadprzepuklin" z pomocą systematycznego rozciągania powłok brzusznych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Wielkie, nie dające się odprowadzać przepukliny nazywa autor nadprzepuklinami (Ueberhernie). Jak wiadomo, wyniki operacyi przy tych przepuklinach są złe z tego powodu, że w jamie brzusznej brak jest już poprostu miejsca na odprowadzone jelita, odprowadzenie więc przy operacyi wywołać może potem groźne następstwa, a nawet śmierć. Zapobiegać temu doradza H. w ten sposób, by przed operacyą systematycznie odprowadzać treść przepukliny i przez uciskowy opatrunek utrzymywać ją przez pewien czas w jamie brzusznej, przez co zwolna powłoki ulegają rozciągnięciu. Wobec wązkich wrót, proponuje H. nawet najpierw krwawo wrota rozszerzyć, a dopiero po rozciągnięciu powłok następowo operować. W ten sposób postąpił H. w 3 przypadkach olbrzymich przepuklin i osiągnął zupełnie dobry skutek. *K.*

Durlacher. **O zdolności do życia noworodków przy ogromnych, nie nadających się już do operacyi przepuklinach pępkowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 11). D. spostrzegał przypadek olbrzymiej przepukliny pępkowej u noworodka; zamiast powłok brzusznych na przestrzeni 12 ctm. szerokiej, a 8·5 ctm. długiej, istniała tylko cienka, przeświecająca błona, przechodząca wprost w pępowinę. Okoliczna skóra zaczęła jednak szybko narastać, tak że po 3 miesiącach pokryła już od przodu jamę brzuszną. Obecnie po dwóch latach dziecko nie ma zupełnie przepukliny, tylko przy krzyku rysują się trzy współśrodkowe pierścienie w środku brzucha. Przypadek ten poucza, że nawet wobec ogromnych przepuklin u noworodków można spodziewać się wyleczenia, tak że wobec małych nie należy spieszyć się z operacyą. *K.*

Autenrieth. **Rozległe oderwanie krezki przy urazach brzucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Urazy brzucha wywołują nieraz oderwanie się krezki od jelita wzdłuż jego osi, co w następstwie prócz krwotoku wywołać musi obumarcie jelita, nieraz bardzo rozległe. A. operował z tego powodu 4½-letnie dziecko w 2½ godzin po wypadku (przejechanie). Objawy: wymioty, krwotok do jamy brzusznej, napięcie powłok. A. znalazł prócz naddarcia pętli esowatej, na ½ metra od kątnicy oderwanie krezki na przestrzeni 35 ctm. Jednoczasowe wycięcie 115 ctm. jelita i szew okrężnicy, zaszycie brzucha. Wyzdrowienie. *Klęsk.*

Steiner. **Chirurgiczne leczenie przewlekłej czerwonki.** (*Berl. klin. Wochft.* 1908. Nr 5.) Przy leczeniu przewlekłej czerwonki zaleca S. wykonać odbyt sztuczny tuż poniżej zastawki Bauhina, a następnie przeciwrobaczkowo przepłukiwać jelito grube najpierw ciepłą wodą, a gdy odchodzi już płyn czysty, rozczynami jodu lub protargolu. Po wyleczeniu zagaja się naturalnie przetokę. *K.*

Lieblein. **Nowy guzik jelitowy.** (*Zentblt f. Chir.* 1908. Nr 4). Nowy guzik jelitowy, który L. bardzo zachwala, sporządzony jest z galalitu, t. j. formolowego połączenia kazeiny. *K.*

Wiesner. **Kazuistyczny przyczynek do znaczenia radyologicznego badania kiszki.** (*Munch. med. Woch.* 1908. Nr 9). Na podstawie przypadku, w którym w następstwie operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego zjawiły się przypadłości zwężenia jelita grubego i gdzie badanie radyologiczne dokładnie wyjaśniło przyrodę i siedzibę sprawy (zrosty), co operacyjnie następnie stwierdzono, poleca W. gorąco radyoskopię kiszki w następujący sposób: Po dokładnem wypróżnieniu jelita grubego wlewa się choremu 40—100 gm azotanu bizmutu w zawiesinie 400—1000 gm oliwy do kiszki, w położeniu na lewym boku. Potem obraca się chorego na grzbiet. Po kilku minutach można rozpocząć badanie. Zwykle nawet samo prześwietlanie zupełnie wystarcza. *Klęsk.*

Niedner. **Odma opłucna i opatrunek plastrowy.** (*Mediz. Klinik* 1908 Nr 8). Przy odmie opłucnej poleca N. ustalić odpowiednią stronę klatki piersiowej zapomocą opatrunku plastrowego. Sposób ten podał on już w r. 1901 przy krwotokach płucnych. Obecnie wypróbowawszy go na kilku chorych z odmą opłucną, poleca go w tem cierpieniu, zwłaszcza w przypadkach odmy »z zastawką«, gdzie samoistne wessanie powietrza jest wprost wyłączone. *Klęsk.*

Fiedler. **Pierwotne ostre zapalenia szpiku kostnego żeber.** (*Münch. med. Wochft.* 1908. Nr 5). Tę nie częstą chorobę cechują: bardzo szybkki oddech, bole brzucha pochodzące z rozpromieniania się bolu nerwów międzyżebrowych, silne zajęcie stanu ogólnego, zmiany miejscowe żeber, zwykle trzech dolnych. Choroba często powstaje po urazie w 7—10 dni. Rokowanie poważne, zależy od energicznej pomocy chirurgicznej. O wiele częściej spotykamy podobne zmiany żeber, jako sprawę wtórną, przerzutową po durze, zapaleniu płuc, płonicy i t. p. *Klęsk.*

Quadflieg. **Przypadek urazowego zwichnięcia prawego nerwu łokciowego.** (*Münch. med. Woch.* 1908. Nr 9). Wskutek urazu w łokieć powstało przykurczenie 4 i 5 palca, drętwienie ich, bole przy zginaniu łokcia, przyczem chory sam zauważył, że mu coś na łokciu przeskakuje, przyczem całe przedramię popada w kurcz. Przysłany do szpitala z rozpoznaniem gośćca. Q. rozpoznał zaraz zwichnięcie nerwu łokciowego, który można było wymacać dobrze ku przodowi ponad kłykciem wewnętrznym. Przy operacyi znaleziono nerw zgrubiały silnie wskutek zmian zapalnych. Q. przyszył nerw na przestrzeni 3 cm do ścięgna mięśnia trójgłowego. Wyleczenie zupełne. Zwichnięcie nerwu łokciowego wystąpić może po urazie, wskutek zmian zapalnych lub samoistnie wskutek wrodzonych wad w budowie łokcia. Umocowanie nerwu wykonać można z pomocą rynienek i płatów z powięzi lub okostno-kostnych. Q. sądzi jednak, że wykonane przez niego umocowanie onerwia przy ścięgnie mięśnia trójgłowego wystarcza zupełnie. Rokowanie zależy od długości trwania następowych zmian zapalnych nerwu. *Klęsk.*

Steinmann. **Nowy sposób wyciągu przy leczeniu złamań.** (*Korrespbl. f. Schw. Aerzte* 1908 Nr 1). By umożliwić zastosowanie silnego wyciągu, nawet w przypadkach złamań wielce powikłanych ranami, poleca S. umocowywać wyciąg na metalowych gwoździach, wbitych skośnie w substancyę gąbczastą obwodowego odłamka kości. Stosować można przytem wyciąg do 20 kg. bez wielkiej bolesności i bez obawy odleżyn. *Klęsk.*

Prof. Vulpius. **O wartości leczniczego unieruchomienia stawów** (*arthrodesis*). (*Münch. med. Wochsft.* 1908. Nr 7.) Przy porażeniach dziecięcych zwrócono się w ostatnich czasach z zapałem do przeszczepiań, a niesłusznie zarzucono unieruchomianie stawów. Wprawdzie przeszczepiania dają często dobre wyniki, mimo to w wielu przypadkach jedynie unieruchomienie jest wskazane. Tak n. p. powinno się je wykonać zawsze tam, gdzie porażenie jest zupełne i nie ma już nadziei, że jakakolwiek ruchomość powróci. Wolno wykonać operacyę dopiero najwcześniej w rok po przebyciu ostrych przypadów. W stawie stopowym można wykonać i obustronne unieruchomienie. W kolanie wykonujemy je przy silnem wygięciu ku tyłowi, lub przykurczeniu znacznego stopnia. Należy tu wykonać unieruchomienie o ile możności tylko po jednej stronie, a po drugiej w razie potrzeby przeszczepienie. Unieruchomienie biodra wykonuje się (także tylko jednostronnie) tylko wtedy, gdy porażenie jest obustronne, podobnie i w ramieniu. Opatrunek ustalający należy stosować najmniej 4 miesiące. Co się tyczy wyników, to w stawie skokowym w 50—60% osiąga się zupełne i pewne unieruchomienie, w kolanowym w 75%, w barkowym w 80%, w biodrowym podobnie. Chorzy godzą się z chęcią na operacyę, bo wolą mieć sztywną, ale silną i pewną kończynę, niż cepowatą. W niektórych stawach n. p. barkowym, wytwarzają się potem ruchy uboczne całym pierścieniem kostnym, wcale dla chorego korzystne. *Klęsk.*

Meurers. **Doświadczenia z plombą jodoformową kości podług Mosetig Morhofa.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 56. Z. 1). Plomba kostna Mosetiga znajduje coraz szersze zastosowanie, dozwala ona bowiem postępować przy operacyach n. p. przy wycinaniach stawów o wiele więcej zachowawczo. Dawniej wycinano kości aż do części zdrowych, obecnie często można usunąć tylko chrząstkę, a głębiej sięgające ogniska wyskrobać i zaplombować. Przy zapaleniu szpiku kostnego należy zakładać plombę dopiero

w okresie przewlekłym po poprzedniem usunięciu wydzieliny ropnej zapomocą otwarcia, oczyszczenia jamy i tamponady. W ten sposób wyniki będą zawsze dobre, jak to na 45 przypadkach M. przedstawia. *Klęsk.*

Esau. **Gościec gruźliczy Ponceta.** (*Mnch. med. Woch.* 1908. Nr 8). Poncet pierwszy opisał dość rzadką postać chorobową, którą nazwał »gośćcem gruźliczym«. Zaczyna się ona u młodych osobników zwykle nagle w kilku stawach wśród silnych bolów i objawów zapalnych. Towarzyszą jej gorączka, poty i silne wychudzenie. W przeciągu kilku miesięcy stawy zajęte chorobą, zaczynają coraz więcej sztywnieć, przyczem bole ustępują. W chorobie tej nie bywa nigdy skłonności do tworzenia się ropni. Zesztywnienia zwykle są włókniste. Często choroba nie przebiega ostro, lecz zajmuje stopniowo powoli symetryczne stawy, bez silnych objawów zapalnych i niektóre ze stawów nie sztywnieją. Choroba ta przypomina w ogólnych zarysach zmiany tryprowe w stawach. Podobny przypadek spostrzegał E. Cierpienie wystąpiło u dziecka najprzód w stawach kolanowych, potem skokowych, dalej w biodrze po stronie prawej, a w końcu w szyjnej części kręgosłupa. Zajęciom stawów towarzyszyła zawsze silna gorączka. Pod wpływem opatrunków korygujących osiągnięto wyleczenie w stawach skokowych i w kręgosłupie. W kolanach wystąpiło zesztywnienie włókniste, a w biodrze kostne. Rokowanie jest w tej chorobie wogóle co do czynności stawów niedobre, a lepiej rokować można jedynie, gdy zjawia się w stawie wysięk, wtedy bowiem zajęta jest zwykle tylko sama błona maziowa. Bouveyron uważa całą tę sprawę za sprawę analogiczną z gruźlicą zewnętrzną n. p. z toczniem. W leczeniu wchodzą w rachubę: wyciąganie, leczenie zastoiną w wielkich przyrządach ssących, tuberkulina, w razie przykurczeń lub zesztywnień zwykłe leczenie chirurgiczne. *Klęsk.*

Doc. Wreden. **Zachowawcze leczenie gruźlicy chirurgicznej wstrzykiwaniami kamfor-naftolu.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 3). Na podstawie swoich wieloletnich spostrzeżeń zaleca W. gorąco leczenie gruźlicy chirurgicznej kamfor-naftolem, gdyż 1) leczenie wstrzykiwaniami kamfor-naftolu przy jednoczesnem ścisłem unieruchomieniu chorego narządu daje lepsze wyniki, niż inne sposoby. 2) Wstrzykiwanie czystego kamfor-naftolu jest rzeczą zupełnie bezpieczną tylko w jamach ropni i przetokach; przy śródtkankowych wstrzykiwaniach najlepiej używać zawiesiny kamfor-naftolu w glicerynie (1 część kamfor-naftolu na 5—2 części gliceryny, zależnie od wieku i ogólnego stanu chorego). 3) Śródtkankowe wstrzykiwanie kamfor-naftolu i opróżnienie ropni jest zabiegiem zupełnie bezbolesnym po poprzedniem wstrzyknięciu 1 prc. rozczynu kokainy. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Dentystyka.

Prof. Michel. **O adrenalinie, jako środku przeciwzapalnym.** (*Corresp. f. Zahnärzte* 1907, Z. 4). Stosowanie adrenaliny w okulistyce z dobrymi wynikami skłoniło autora do prób z adrenaliną w dentystyce. — Wprawdzie, jak M. powiada, z powodu wielkiego obszaru błony śluzowej jamy ustnej i obecności śliny, wyniki w dentystyce stosunkowo nie mogą być tak pomyślne, jak w okulistyce, niemniej jednak i w dentystyce uzyskuje się, zdaniem M., wynik dodatni. — M. na podstawie kilkunastu przypadków dochodzi do wniosku, że przy czystem zapaleniu ozębnej, przeważnie osiąga się dobre wyniki. Przy nakładaniu koron, lub plombowaniu radzi M. stosować adrenalinę, unikać prób natomiast tam, gdzie wskutek dużego wysięku nastąpiło zniszczenie tkanki. — Co do stosowania, to M. używał na 15 przypadków, w 10 przetworu »Merck Ritsert« (*Coc. 0·08, Subcutin 0·02, Paranephrin. 0·01*), wstrzykując na raz 1 gr. Nasuwało się pytanie, czy nie należy dodatniego wyniku w tych wszystkich przypadkach przypisać działaniu kokainy? Aby się o tem przekonać, M. w dalszych 5 przypadkach wstrzykiwał *dren. boric.* $^1/_{000}$ 2—3 kropli w rozczynie fizyologicznym soli. Z tych 5 przypadków w jednym tylko był wynik ujemny. Nie widząc więc wielkiej różnicy w stosowaniu czystej adrenaliny, lub w połączeniu z kokainą, poleca M. używać przetworu Merck-Ritserta, zwłaszcza, że kokaina, zwężając naczynia i znieczulając, potęguje działanie adrenaliny. — W końcu M. zaznacza, że nie należy wstrzykiwać więcej, niż 2 razy na dobę, o ile chcemy uniknąć nieprzyjemnych objawów zatrucia ogólnego. (Niedawno ogłoszona w »Przeglądzie lek.« praca Gońki dowodzi, że twierdzenia Michla są mylne. *Przyp. spr.*). *Dr Immerglückówna.*

Doc. Koerner. **Ropotok zębodołowy, a cukrzyca.** (*Deutsche Monatsschr. f. Zahnärzte* 1908, Z. 1). Przez ropotok zębodołowy rozumie się przewlekłe ropne zapalenie dziąseł, połączone z postępującym zanikiem zębodołów i wyrostków zębodołowych. — Sprawa ta objawia się zaczerwienieniem, obrzękiem, rozpulchnieniem dziąseł, bardzo znacznym wysiękiem ropnym i bolami; bole te pochodzą od podrażnienia gałązek czuciowych n. trójdzielnego przez obrzęk dziąseł i okostnej. — Sprawa ta występuje w każdym wieku i o obu płci; u kobiet zwłaszcza podczas ciąży. — K. rozróżnia w etyologii: 1) Przyczyny miejscowe: ostre zapalenie okostnej, kamień zębowy, urazy przy zabiegach operacyjnych w jamie ustnej. 2) Wpływ ogólnych spraw chorobowych: skaza moczanowa, cukrzyca, zołzy, przewlekłe nieżyty jelit, zaburzenia w miesiączkowaniu, wreszcie metale, wprowadzone do ustroju w celach leczniczych: rtęć, ołów. 3) Działanie drobnoustrojów. — Co do cukrzycy, należy zdaniem K. przyjąć, iż te same czynniki, które w tej chorobie usposabiają do zmian w różnych narządach, działając na dziąsła i okostnę zębów, zmniejszają ich odporność, a tem samem ułatwiają dostęp drobnoustrojom. Przypuszczano dawniej, że obecność cukru trzcinowego w ślinie jest tym czynnikiem szkodliwym; o tem jednak myśleć nie można, skoro ślinianki wydzielają cukier wyjątkowo, jak stwierdziły badania Frerichsa, Noordena i i.; raczej należy tu przypisać znaczenie silnie kwaśnemu oddziaływaniu śliny u chorych na cukrzycę. K. twierdzenia swoje co do łączności cukrzycy z ropotokiem zębodołowym tak daleko posuwa, że zdaniem jego nietylko wszyscy chorzy na cukrzycę z czasem dostają ropotoku zębodołowego, ale bardzo często sprawa ta jest pierwszą zapowiedzią cukrzycy. K. poleca więc w każdym przypadku ropotoku zębodołowego badać mocz. W leczeniu należy uwzględnić przyczynę; K. podaje, że w cukrzycy po ogólnem leczeniu w Karlsbadzie zauważył znaczne polepszenie ropotoku zębodołowego. Nadto należy unikać wszelkich podrażnień miejscowych. W ostatnich czasach stosował K. przepłukiwania jamy ustnej 3% H_2O_2 i systematyczne miesienie dziąseł z dobrymi wynikami. *Dr Immerglückówna.*

Salomon. **Skurcz toniczny górnych kończyn, jako odruch po uszkodzeniu miazgi zębowej.** (*Deutsche Monatsschr. f. Zahnh.* 1900, Z. 8). Zdrowy, silny, 28 l. mężczyzna zgłosił się do autora z powodu silnego bolu górnego lewego zęba mądrości. Ząb był prawie zupełnie zniszczony, S. postanowił go więc usunąć. Przy bardzo trudnem wyjęciu jedno ramię kleszczy obsunęło się na miazgę, którą była zupełnie obnażona. Natychmiast wystąpił silny skurcz toniczny wszystkich zginaczy obu rąk, zwłaszcza zaś ręki lewej. Po pewnym czasie, gdy S. założył na miazgę na wacie nieco zgęszczonego kwasu karbolowego, począł kurcz ustępować; wreszcie po zupełnem usunięciu zęba przeminął. *Dr Immerglückówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe d. 27. marca 1908.

I. Prof. Biernacki: **Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacyliną.** W 3 doświadczeniach, wykonanych na 2 psach śledzono przez 4 dni wymianę materyi przy zwykłym pokarmie, przez następne 4 z dodatkiem po $^1/_2$ gr. laktobacyliny (w proszku) dziennie, przez ostatnie 4 znowu bez laktobacyliny. Przy podawaniu laktobacyliny zmniejszała się ilość kału, ilość suchej substancyi spadała o 15%—20%, również spadała zawartość azotu i tłuszczu. Laktobacylina zatem wpływała wybitnie podniecająco na przyswajanie w jelitach. Ilość etero-siarczanów w moczu nie ulegała określonym wahaniom. B. robił nadto doświadczenia z kw. mlecznym w ten sam sposób, jak z laktobacyliną, przyczem wzmożenie przyswajania było znacznie słabsze (o 2,8%). Podobnie działanie nie identyczne z laktobacyliną wywierało mleko kwaśne. Wzmożenie przyswajania uważa B. za punkt ciężkości przy podawaniu laktobacyliny; działanie jej jest inne, niż kwasu mlecznego.

Dyskusya: Prof. Prus nie uważa badań kontrolnych, przeprowadzonych przez prelegenta, za dostateczne. Co do samej laktobacyliny, to wszystkie prace, do niej się odnoszące, nie przemawiają mowcy do przekonania. — Prof. Sieradzki sądzi, że badania powinny być uzupełnione doświadczeniami bakteryologicznemi. Laktobacylina działa niewątpliwie dobrze w przypadkach większego kiśnienia w jelitach. — Prof. Beck musi wziąć

w obronę prelegenta przed zarzutem Prof. Prusa co do niedokładnych badań kontrolnych, innego bowiem sposobu kontrolowania nie zna. Co do różnicy w działaniu między laktobacyliną a kw. mlecznym, to zwraca na nią uwagę sam Miecznikow. Kwas mleczny już w żołądku i dwunastnicy ulega wessaniu i może być nawet szkodliwym. Laktobacylina działa przedewszystkiem w dolnych odcinkach jelit, wydzielając kw. mleczny w drobnych ilościach.— Prof. Biernacki przypomina, że metodykę badania dostatecznie przedstawił w pracy swej nad tłuszczami, zaznacza, że badania bakteryologiczne już robiono, wreszcie podnosi, że mleko Miecznikowa wydaje się odpowiedniejszem przy biegunkach, wywołuje bowiem stężenie kału.

II. Dr W. Nowicki: **Ocena krytyczna mało dotąd znanego protokołu sekcyi króla Jana Sobieskiego.** Prelegent poświęca na wstępie kilka słów wykonywanym w Polsce sekcyom i ich celom. Przytacza w krótkości opis sekcyi Stefana Batorego, następnie odczytuje tłomaczenie polskie protokołu sekcyi króla Sobieskiego. Tekst, dotąd nieogłoszony drukiem, jest odpisany z dokumentu, zakupionego z licytacyi w Monachium, a będącego własnością p. Bersona w Warszawie. Technika sekcyi wcale dokładna, uwzględniono prawie wszystkie narządy i jedynie ich opis pozostawia wiele do życzenia. Co do strony literackiej, to protokoł jest przeplatany czasem dość naiwnemi na temat znalezionych zmian uwagami, jak n. p. na temat zauważonej suchości mózgu, »co jeśli tak było przez naturę urządzonem, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił, — mówił rozumnie, że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu«. Lub n. p. przy omawianiu całokształtu sekcyi przy końcu protokołu, podnoszącego, że kilka przyczyn skojarzyło się »na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jak i lepianki nędzarzy«. Naiwnem jest n. p. dopatrywanie się podobieństwa w kamieniu nerkowym do tarczy, na której jest korona królewska. Sekcyę, zdaniem prelegenta, robiono na zwłokach, które rozpoczęły ulegać gniciu; kto ją robił, czy sami lekarze podpisani, czy też balwierze, »ludzie nieuczciwi«, trudno rozstrzygnąć. Sekcyę zaczęto od narządów jamy brzusznej, potem badano narządy klatki piersiowej, na końcu zaś jamę czaszki. Opierając się na danych, w czasie sekcyi zebranych, uważano za przyczynę śmierci króla schorzenie nerek: »skoro zaiste nerki zwyrodniały, surowica przestała się wydzielać z ogólnej masy krwi w czasie i w miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, — nadmierne wezbranie surowicy, obrzęki skóry i następcza puchlina brzucha«. Prelegent podnosi to stosunkowo zgodne z dzisiejszemi zapatrywaniami określenie powstawania obrzęków przy schorzeniu nerek. Opierając się na zmianach sekcyjnych i na szeregu notatek, odnoszących się do życia i ostatnich chwil bohatera z pod Wiednia, dochodzi prelegent do wniosku, że król Jan III, dotknięty skazą moczanową, cierpiał na przewlekłe zapalenie nerek z następowymi obrzękami, w dniu śmierci zaś wystąpiły dwa napady mocznicy, uważane przez historyków mylnie za udar mózgowy. *Witold Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 6. marca 1908.

1) Dr Skoczyński przedstawia chorą z **porażeniem prawego nerwu współczulnego.** U 30-letniej chorej stwierdza się zwężenie prawej szczeliny ocznej oraz źrenicy, dalej wpadnięcie oka w głąb (*enophtalmus*) i obniżenie ciepłoty w prawej połowie twarzy.

2) Dr Karwowski przedstawia: *a*) przypadek **pityriasis rubra universalis Hebrae** u kobiety, która cierpi na tę chorobę od $^3/_4$ roku. Najprzód na twarzy, potem dość szybko na całem ciele rozprzestrzeniła się czerwoność skóry, połączona z suchem łuszczeniem. Ręce i nogi również zajęte, pokryte zrogowaciałą, świecącą się warstwą naskórka. Jedynie pod piersiami znajdują się miejsca trochę gładsze i bledsze. Prelegent zwraca uwagę na wielką rzadkość tak typowego przypadku, a zarazem omawia rozpoznanie różniczkowe i obecne zapatrywania na charakter tej choroby i zupełną niejasność etyologii. Przypadek ten zbada K. histologicznie. *b*) **Chorobę Raynauda** u kobiety, zwracając uwagę na nadzwyczaj typowe woskowate wejrzenie palców i ich lodowatość. *Dr Adam Karwowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. grudnia 1907 r.

1) Wł. Janowski przedstawia płytki, dowodzące **odczynu proteolitycznego białych ciałek krwi.**

2) Wł. Janowski przedstawia **krzywe, zdjęte przez przełyk z lewego przedsionka serca zapomocą turgosfigmografu Straussa.** Są to pierwsze tego rodzaju zdjęcia, gdyż pozostali dwaj autorowie, zajmujący się badaniem lewego przedsionka serca przez przełyk, zdejmują krzywe zapomocą sfigmokardiografu Jaqueta. Krzywe, zdjęte zapomocą turgosfigmografu, wyglądają nieco odmiennie od otrzymywanych na sfigmokardiografie, co zależy od tego, że na pierwszym z tych przyrządów igła pisze krzywe na obracającym się walcu, gdy na drugim z nich igła kreśli krzywe na przesuwającym się poziomo papierze. — Już w pierwszem swojem przemówieniu starał się J. dowieść przez obliczenie wzajemnych stosunków czasu odnośnych krzywych, zdjętych z przedsionka serca, że skurcz przedsionka zostaje na nich wyrażony przez spadek krzywej, jak to twierdzi Minkowski, a nie przez jej podniesienie, jak to twierdzi Rautenberg. Obecnie doszedł J. stanowczo do wniosku, że Minkowski ma słuszność. *Dr Ign. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 4. lutego 1908 r.

1) Bregman przedstawił przypadek **akromegalii.** Chora 37-letnia ma typowo powiększone ręce, stopy i twarz; palce zgrubiałe, dłoń rozszerzona, stopa szeroka i zgrubiała. Rentgenogramy stwierdzają, że zgrubienie rąk i nóg zależą przeważnie od rozrostu części miękkich. Nasada języka, gardło i krtań — powiększone. Klatka piersiowa szeroka, obojczyki grube. Wątroba wielka, stan odżywiania zły. Ilość dobowa moczu do 4000 ctm sz., białka i cukru niema. Obustronna skroniowa hemianopsya: na lewem oku cała zewnętrzna część pola widzenia wypadła prócz podłużnej wysepki, w której widzenie barwy białej, a częściowo i innych jest zachowane; na prawem oku w zewnętrznej połowie pola widzenia widzi chora kolor biały dobrze, inne wychodzą znacznie bladziej, niż w połowie zewnętrznej. Zanik w okresie początkowym lewego nerwu wzrokowego. Zaburzenia te wskazują na ucisk skrzyżowania n. n. wzrokowych wskutek przerostu przysadki mózgowej. Rentgenogramy potwierdzają to; widać na nich rozszerzenie siodła tureckiego. Brak miesiączki od 4 lat; zanik macicy. Przed 4 laty poronienie, odtąd nieustające wydzielanie się mleka z gruczołów sutkowych. Pierwszym objawem, który sprowadził chorą do lekarza, były polipy nosa, kilkakrotnie usuwane, a które są wyrazem przerostu błon śluzowych.

2) Barszczewski wypowiedział rzecz p. t.: **Urządzenia i metody badania klinicznego promieniami X. chorób wewnętrznych.** Promienie X. same są nieuchwytne dla naszych zmysłów, poznaje się je jedynie pośrednio przez ciała fluoryzujące oraz przez klisze uczulone. Stąd powstały dwa rodzaje poznawania promieni X: radyoskopia i radyografia. Dla celów praktycznych wystarcza często radyoskopia. Przy badaniu klatki piersiowej radyoskopia powinna zawsze poprzedzać radyografię. Tutaj opisuje B. przyrządy, niezbędne do badań radyologicznych. Obraz radyograficzny zależy od zmiany kierunku promieni X, od położenia badanej osoby, od ustawienia ekranu i stopnia jego oświetlenia. Dokładność obrazu zależy jeszcze od wielu innych warunków, jak przystosowanie siatkówki badacza do radyoskopii i t. p. Z kolei wylicza B. cały szereg położeń, jakie badany przybierać powinien odpowiednio do tego, jaka część klatki piersiowej i jaki narząd mają być prześwietlone. Badanie radyograficzne jamy brzusznej przedstawia znacznie większe trudności, niż klatki piersiowej: pomaga tutaj pospolicie obecnie stosowane podawanie mieszanki bizmutowej, która wskutek swej nieprzenikliwości dla promieni X, pozwala na rozpoznawanie np. zniekształtnień żołądka, zmian jego położenia, zwężeń jelit i t. p. Radyografia w cierpieniach wątroby mało daje danych, natomiast cierpienia nerkowe w wielu razach niewątpliwie można rozpoznać; zaliczyć tu należy n. p. złogi moczowe, torbiele nerek i t. p.

Judt zaznacza, że jeżeli podawane są kazuistyczne przypadki, gdzie n. p. promienie X nie wykrywały guza, istniejącego w klatce piersiowej, to przypisać to należy nieodpowiedniemu doborowi promieni: używano zbyt miękkich promieni, gdzie jedynie promienie twarde prześwietlćby zdołały, i na odwrót. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 18. lutego 1908 r.

1) Hertz Ryszard przedstawił płytki **z proteolizą ropy aseptycznej.** Badania ostatnich czasów wykryły własność proteolityczną białych ciałek krwi; jest ona tak wielka, że np. ropa z ropniaka opłucnej po zapaleniu płuc wytwarza na płytce surowiczej wgłębienie jeszcze w rozcieńczeniu 1:2000. H. przeprowadził badania dla stwierdzenia, czy rzeczywiście, jak to utrzymują niektórzy autorowie, proteolityczne własności posiadają jedynie krwinki białe wielojądrzaste, neutrofile. H. opierał się na pracy Janowskiego, który w swoim czasie dowiódł, że morfologia ropy zależy od czynnika, jaki ropienie wywołał. W tym celu H. wywoływał u psów ropienie przez wstrzykiwanie im terpentyny, kreoliny, azotanu srebra i rtęci i badał własności proteolityczne uzyskanej ropy. Okazało się, że ropa terpentynowa, która składa się z jednojądrzastych limfocytów, nie trawi zupełnie białka nawet *in substantia*, natomiast ropa kreolinowa, a szczególniej srebrowa i rtęciowa, która składa się wyłącznie z wielojądrzastych białych ciałek, trawią białko płytek w mniejszem lub większem rozcieńczeniu; kreolinowa jeszcze 1:30, srebrowa 1:100, rtęciowa 1:150. Badania prelegenta dowiodły dalej, że surowica krwi ludzkiej, przesięki i wysięki, zmieniony płyn mózgowo-rdzeniowy, posiadają wybitny wpływ hamujący na proteolizę.

2) Bełkowski przedstawił przypadek **promienicy karku** z objawami opuszkowymi i **moczówki zwykłej** (*diabetes insipidus*).

3) Czarkowski Józef przedstawił 20-letniego mężczyznę, u którego **z powodu rozedmy płucnej** wykonał **operacyę Freunda**. C. usunął podochrzęstnie chrząstki I, II, III, IV i V żeber prawej strony. Po operacyi rozszerzalność klatki piersiowej powiększyła się o jeden centymetr, ogólny stan chorego poprawił się znakomicie, duszność zmalała wyraźnie.

4) Karwacki przedstawił pod drobnowidem szereg preparatów hodowlanych i tkankowych **krętka Obermeyera**; na podstawie swych badań w tym kierunku doszedł K. do wniosku, iż drobnoustrój ten, na podobieństwo krętka bladego, należy do wielopostaciowych i jest najprawdopodobniej pierwotniakiem.

5) Borzymowski wykładał: **O ranach postrzałowych według własnych spostrzeżeń i statystyki, przedstawionej na ostatnim Zjeździe we Lwowie.** Opierając się na około 300 przypadkach doszedł B. do następujących wniosków: 1) Odróżnić wlot od wylotu rany postrzałowej można najlepiej przez porównanie kształtu — wlot bowiem miewa postać bardziej zbliżoną do prawidłowego koła, niż wylot. 2) Rozmiary wylotów ran od kul karabinowych zależą od grubości skóry na miejscu wylotu, jej wypukłości, oraz ilości tkanki podskórnej. 3) Rany postrzałowe mózgu, rdzenia, płuc, opłucnej, wątroby, nerek i jelit w dolnej części brzucha, tak od kul karabinowych, jak i rewolwerowych, powinny być leczone wyczekująco. 4) Rany jelit środkowej i górnej części brzucha i żołądka powinny być natychmiast operowane. 5) Rany kończyn górnych dają 100% wyzdrowień, rany zaś postrzałowe — dolnych 96%. Z ran postrzałowych dolnych kończyn najniebezpieczniejsze są rany środkowej części uda, rany od kul karabinowych ze złamaniem kości i rany pni naczyniowych nad lub pod więzadłem Pouparta.

W dyskusyi zaznacza Ciechomski, że w przypadkach zranienia wątroby należy niezwłocznie przystępować do operacyi. Przy ranach postrzałowych żołądka miał C. wyniki operacyjne stosunkowo lepsze, niż po postrzałach jelit; postrzały żołądka wymagają natychmiastowej operacyi. Przy ranach postrzałowych jelit, wbrew zdaniu Borzymowskiego, uważa C. operacyę za konieczną bez względu na to, czy uraz nastąpił w górnej, czy też w dolnej części jamy brzusznej. — Horodyński nie mógł stwierdzić podawanych przez B. własności otworu wlotu i wylotu postrzałów. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 25. lutego 1908 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **przewlekłego unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa** (*spondylosis rhizomelica*).

2) Halpern Mieczysław odczytał rzecz p. t.: **Studya nad hydremią w zapaleniu nerek.** Hydremią zwie się rozwodnienie krwi całkowitej, rozwodnienie zaś osocza należałoby nazwać »*hydroplasmia*«, a rozwodnienie krwinek mianem »*hydrocythaemia*«. Prawidłowa ilość suchej substancyi we krwi całkowitej wynosi 21—22%, w moczu 9—10%, w krwinkach około 36%; ilość azotu całkowitego we krwi całkowitej — 3,5%, w osoczu 1,2—1,4%, w krwinkach około 6%, ilość zaś chlorków we krwi całkowitej 0,4%, w osoczu 0,5—0,6%, w krwinkach 0,3% Na Cl.

Badania nad ilością tych składników w 20 przypadkach przewlekłego miąższowego zapalenia nerek dały wyniki następujące: 1) W okresie zachowanej sprawności nerek wszystkie te składniki mogą pozostać bez zmiany. 2) Pomimo wyraźnego zaburzenia sprawności nerek krew całkowita może zachować prawidłową ilość suchej substancyi resp. azotu całkowitego; w przypadkach tych występuje jednak rozwodnienie osocza i powiększenie ilości osocza w stosunku do krwinek; brak wodnistości krwi (*hydraemia*) nie wyłącza zatem hydroplasmii i zależy od wyrównawczego zwiększenia się suchej substancyi, rsp. azotu w krwinkach. 3) Hydremia bez rozwodnienia osocza czyli bez hydroplasmii dotyczy przeważnie przypadków bez obrzęków i zależy od powiększonej ilości osocza w stosunku do krwinek; w krwinkach mogą zachodzić wtedy obok zmian dotyczących ich ilości, także zmiany jakościowe. 4) Hydremia z hydroplasmią dotyczy przeważnie przypadków z obrzękami i zależy przedewszystkiem od zatrzymania wody, wywołującego z jednej strony wzmożoną objętość osocza w stosunku do krwinek, — a z drugiej zubożenie osocza w białko. Krążki mogą także uczestniczyć w wytwarzaniu hydremii, wpływ ten ustępuje jednak na plan drugi. Zmiany jakościowe w krwinkach mogą tu zachodzić takie same, jak w przypadkach bez obrzęków. 5) Ilość chlorków w przebiegu przewlekłego miąższowego zapalenia nerek bywa zazwyczaj prawidłowa nietylko w osoczu, ale i w krwinkach rsp. we krwi całkowitej. 6) Stosunek chlorków, zawartych w krwinkach i osoczu danej ilości krwi wynosi prawidłowo 1:2; w przypadkach chorobowych (zapalenie nerek miąższowe) może się on zmieniać do 1:5 i zależy prawie wyłącznie od powiększonej ilości osocza. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 3. marca 1908 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek **tocznia twarzy, leczony wyłącznie** tylko **radem.** Od kwietnia r. z. nie leczony, bez nawrotu. Widać białą gładką bliznę bez gruzełków. Zapomocą radu wywoływano odczyn, ograniczający się tylko do przekrwienia, obrzęku, bez owrzodzenia. Zagłębienie nie jest wynikiem owrzodzenia, lecz wessania się grubego nacieku swoistego.

2) A. Sokołowski wypowiedział rzecz p. t.: **Spostrzeżenia własne nad działaniem przeciwgruźliczej surowicy Marmorka.** W leczeniu t. zw. swoistem rozróżnia się dwie metody: uodpornienie czynne (tuberkulina, szczepionki) i uodpornienie bierne (surowica). Tuberkulina daje wyniki niepewne i nie lepsze od metody higienicznodyetetycznej. Szczepionki (Behringa i inne) w gruźlicy ludzkiej nie znalazły dotąd zastosowania. Z surowic swoistych najbardziej znane są surowica Maragliano i Marmorka. Surowica Maragliano zawiodła pokładane w niej nadzieje. Surowica Marmorka, odkryta w 1903 r., ma dość już bogate piśmiennictwo i pochlebne oceny; szczególnie dodatni wpływ wywierać ma w leczeniu gruźlicy miejscowej (kości, stawów, skóry i t. p.). Doświadczeń swych Sokołowski dokonał w szpitalu św. Ducha na 20 chorych, dotkniętych gruźlicą płuc, przyczem 3 chorych miało powikłania krtaniowe. Początkowo stosowano surowicę podskórnie, wobec jednak powikłań (pokrzywka, bóle stawowe) posługiwano się nadal wyłącznie wlewaniami do odbytnicy; każdemu choremu wlewano po 10 ctm. sz. co drugi dzień. W jednej seryi wlewano 120—130 ctm. sz. surowicy, poczem robiono 3-tygodniową przerwę.

Wyniki ogólne, które dała surowica, są następujące: Z 3 chorych w pierwszym okresie (z bardzo małemi zmianami) poprawa u wszystkich. Z 9 chorych w II okresie (zmiany wyraźne), poprawa u 4 chorych, stan pozostał bez zmiany u 4 chorych, zmarł jeden. Z 8 chorych w III okresie (zmiany znaczne) poprawa u jednego chorego, zmarło 6 chorych.

Co do poszczególnych objawów gruźlicy, to okazało się, że największy wpływ ma surowica na ilość plwociny. Z 20 chorych — u 8 ilość plwociny wybitnie zmalała (ze 150 ctm. sz.— spadła do 30 ctm. sz.) Ciepłota spadła u 5 chorych, kaszel ustał u 8 chorych. Tętno spadło u dwóch, wzmożenie tętna nastąpiło u 6 chorych. Na przebieg gruźlicy krtani surowica wpływu nie wywierała.

Powyższe wyniki stosowania surowicy Marmorka na pozór są dodatnie, trzeba jednakże zważyć, że połowa chorych była leczona w lecie i przebywała stale na stosownej werandzie; u drugiej połowy chorych, którzy leczyli się w zimie i na sali szpitalnej — wyniki były ujemne. Ponieważ statystyka szpitala św. Ducha stwierdza wogóle u chorych, leczonych w lecie na werandzie, wyraźną poprawę, wszystkie te dane liczbowe tracą na wartości.

W dyskusyi zaznacza St. Mutermilch, że należy zadać sobie pytanie, czy surowica Marmorka, stosowana przez odbytnicę, ulega wessaniu do obiegu krwi. Z przemówienia prelegenta widać, że niektórzy autorowie spostrzegali po stosowaniu surowicy Marmorka przez odbytnicę wzmożenie wskaźnika opsonicznego surowicy krwi. Okoliczność ta przemawia za wsysaniem się surowicy. Jeżeli przyjąć, że surowica Marmorka istotnie posiada działanie opsonizujące, to jest rzeczą niewłaściwą stosowanie jej codzień. Każda szczepionka działa w ten sposób, że z początku obniża wskaźnik opsoniczny surowicy krwi; ten okres ujemny po pewnym czasie przechodzi w okres wzmożonego wskaźnika opsonicznego, czyli t. zw. okres dodatni. Doświadczenia stwierdziły, że powtórne stosowanie szczepionki tylko wówczas wywiera wpływ dobroczynny, jeżeli wypada na okres dodatni; w przeciwnym razie wskaźnik opsoniczny jeszcze bardziej się obniża, okres ujemny trwa bardzo długo: często wcale nie przechodzi w dodatni.

Dębiński sądzi, że z badań klinicznych dotąd nie można wysnuwać żadnego wniosku co do swoistości surowicy Marmorka. D. twierdzi, że trzeba obecnie badania nad surowicą Marmorka zwrócić w kierunku pracownianym. Wadą surowic przeciwgruźliczych jest to, że są one bakteryolityczne, a nie antytoksyczne. Surowica bakteryolityczna wywołuje rozpuszczenie się laseczników i co za tem idzie, zatrucie ustroju. Ponieważ gruźlica jest przewlekłem zatruciem jadami, pochodzącymi z ciał bakteryi, czyli endotoksynami, więc i surowica przeciwgruźlicza powinnaby być antyendotoksyczną. *I. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17. marca 1908 r.

1) Wiśniowski przedstawił chorą **z pierwotnem owrzodzeniem przymiotowem sutka**. Chora zaraziła się przy karmieniu dziecka, dotkniętego przymiotem.

2) Antoni Tuchendler przedstawił przypadek **raka przełyku**, wcześnie rozpoznanego za pomocą ezofagoskopu. W przypadku tym pomimo zmian nowotworowych drożność utrzymała się tak, że najgrubsze zgłębniki swobodnie do żołądka przechodziły, a jedynie przez oświetlenie przełyku udało się sprawę rozpoznać i to w pierwszych okresach rozwoju choroby.

3) Higier przedstawił młodzieńca, obdarzonego **fenomenalnemi zdolnościami** pamięciowego rozwiązywania najzawilszych zadań **rachunkowych.** Młodzieniec ten rozwiązywał nadzwyczaj szybko i bez żadnej omyłki cały szereg zadań, zadawanych tak przez prelegenta, jak i obecnych członków. Omówienie psychofizyologii fenomenalnego rachmistrzostwa odłożył prelegent do następnego posiedzenia. *I. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. we Lwowie ogłasza niniejszem, iż z końcem kwietnia b. r. nastąpi rozdział zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach z $^1/_3$ części funduszu, nadesłanego przez Związek Towarzystw lekarskich na rok 1908.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Na posiedzeniu Wydziału w d. 4. III. b. r. obradowano nad sprawą organizacyi lekarzy w Krakowie, oraz nad wprowadzeniem w życie organizacyi powiatowych. Wreszcie uchwalono poprzeć działalność komitetu lekarsko-aptekarskiego, zajmującego się usunięciem wyrobów pruskich. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 29. II. 1908	393,124	172,570
W marcu 1908	3,158	5,106
razem .	396,282	177,676

Dr Żydłowicz, administrator.

Skutki organizacyi lekarzy objawiać się poczynają i u nas. Lekarze miejskiej Kasy chorych w Krakowie, nie mogąc w inny sposób uzyskać poprawy (o 25%) swych nizkich płac, zapowiedzieli, jak donosiliśmy, solidarnie ustąpienie ze stanowisk, gdyby ich słusznych żądań nie spełniono. Ten krok odniósł skutek nietylko w miejskiej Kasie chorych, ale i w Kasie powiatowej, choć tam lekarze jeszcze nie zapowiadali ustąpienia. Ten fakt dowodzi, jak pożytecznem jest zrzeszenie się lekarzy w jedno solidarne ciało i wskazuje, że do powstającej organizacyi powinni przystąpić niezwłocznie wszyscy lekarze w kraju. *Z.*

Na III. Walnem Zebraniu Związku organizacyi lek. austr. w Wiedniu 29. i 30. III. b. r. przedstawił Fabbrovich sprawę wynagradzania lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych, żądając 3 kor. za każde doniesienie. Z następnych referentów żądał Pick utworzenia państwowego urzędu zdrowia, Skorscheban przedstawił ordynacyę lekarską, przyczem uchwalono starać się, by niektóre Izby, odrzucające tę ordynacyę, zmieniły swe stanowisko. Na wniosek Picka oświadczono się za tem, aby w nowej ustawie o Kasach chorych granica rocznego dochodu, uprawniająca do należenia do Kasy, wynosiła 2,400 K., a nie 3,600, jak projektuje rząd. Uchwalono dalej oświadczyć się przeciw objęciu lekarzy ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych, a to mimo wywodów Grüna i Freundlicha. Wreszcie zdawał sprawę Rothenspieler z projektu ustawy o chorobach zakaźnych, a Gruss referował zmianę kilku paragrafów ustawy karnej. *R.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza, że zgromadzeni w Wiedniu 29. III. b. r. przedstawiciele organizacyi lekarskich austryackich uchwalili wyrazić sympatyę lekarzom krajowych szpitali w Bernie morawskiem i Ołomuńcu, którzy zmuszeni byli wypowiedzieć swe posady w walce za swe słuszne żądania; zarazem wyrazili przedstawiciele organizacyi nadzieję, że wszyscy lekarze w Austryi poprą kolegów berneńskich i ołomunieckich przez to, iż nikt nie przyjmie, ani nie będzie się starał o posadę w owych szpitalach. Prezydyum Związku wzywa przeto wszystkich lekarzy w Austryi do solidarnego w tej sprawie stanowiska. *R.*

Miejska Kasa chorych w Krakowie podaje w sprawozdaniu kasowem za r. 1907 koszta lekarzy, kontroli chorych i utrzymania ambulatoryum razem w kwocie 37,672 K, chociaż wydatki na kontrolę chorych i utrzymanie ambulatoryum należałoby raczej albo podać osobno, albo zaliczyć do kosztów administracyi (wynoszących i bez tego 40,910 K, t. j. przeszło 19% ogółu wydatków). W rzeczywistości, jak wynika z tekstu sprawozdania rocznego (str. 4) otrzymali lekarze w postaci płac stałych tylko 19,003 K, prócz tego koszt specyalistów i pomocy doraźnej wyniósł 1,717 K. — W r. 1907 zgłosiło się do kasy 16,215 chorych, którym udzielono 27,311 porad (w ambulatoryach i w domu); jedna porada więc, wliczając nawet porady specyalistów i w domu chorych, wypada średnio zaledwo po 75 halerzy. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. III. do 4. IV. 1908 doniesiono o 47 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Drohobycz (Bronica 1), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 5), Kamionka (Kamionka 5), Lwów pow. (Ceperów 1), Mościska (Starzawa 4), Peczeniżyn (Lucza 1), Rawa (Majdan 1, Potylicz 1, Hołe rawskie 2), Rohatyn (Bursztyn 1, Rohatyn 4), Śniatyn (Dżurów 1), Stryj (Tuchla 11), Tłumacz (Jezierzany 4), Tarnopol (Mikulińce 1), Żółkiew (Dobrosin 3); o 3 przypadkach ospy w Kwaczale (pow. Chrzanów) i o 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Krośnie (bakt. stwierdzono). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 63, nieżywo 3; zmarło osób 66 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 19 (8), zapalenia płuc 14 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 (w tem obcych 4), płonicy 3 (2), duru brzusznego 3 (3). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. III. do 4. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 4 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 8, odry 4, duru osutkowego 4 (2), duru brzusznego 4 (2), gorączki połogowej 1 † 1, nagminnego zapalenia opon 1 † 1. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 8. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Kozłowski zdał sprawę z przypadku obrzęku twarzy po użyciu pewnego środka do barwienia włosów, a Dr Mayzel miał zapowiedziany wykład. W dyskusyi przemawiali: Dr Borzęcki, Karpiński, Landau J., Regiec, Steuermark, Zydłowicz.

— Na wezwanie Komitetu badania i zwalczania raka w Warszawie zawiązał się za pośrednictwem Towarzystwa lekarskiego krak. takiż Komitet dla zachodniej Galicyi. Przewodnictwo Komitetu przyjął Prof. Browicz, sekretarzami obrano Doc. Latkowskiego i Doc. Wrzoska. Pierwsze posiedzenie Komitetu odbyło się d. 9. IV.; na niem uchwalono przystąpić przedewszystkiem do zbierania statystyki według wzoru warszawskiego, oraz kooptowano dalszych członków Komitetu.

— W najbliższych dniach wyjdzie z druku V zeszyt I. tomu »Rocznika lekarskiego«, zawierający prace Dr W. Mazurkiewicza: »Części stałe i teorya wydzielania soku trzustkowego«, oraz Prof. Piltza: »Poszukiwania nad topografią korowych ośrodków ruchów źrenicy«. Zeszyt ten rozesłany zostanie prenumeratorom »Przeglądu lek.« bezpłatnie.

— Do Rady miejskiej wybrani zostali ponownie wszyscy lekarze, którzy zasiadali w Radzie w poprzedniej kadencyi (Prof. Ponikło, Pareński, Dr Lustgarten, Prof. Domański, Bujwid).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Edmund Zamorski, rodem ze Skawiny.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 4. III. b. r. zdawał Dr Starzewski sprawę z międzynarodowego Zjazdu higienistów w Berlinie, poczem roztrząsano sprawę »przykazań higienicznych« dla szkół ludowych, wydano opinię w sprawie okręgu sanitarnego w Bukowsku w sanockiem, a wreszcie R. dw. Dr Merunowicz przedłożył sprawozdanie o stanie zdrowotnym kraju w r. 1906.

— Założone przed kilku laty »Towarzystwo zwalczania gruźlicy« urządzi w najbliższym czasie na wzór francuski dyspensatoryum pod nazwą »Opieka nad chorymi gruźliczymi« przy ul. Pańskiej, które z początku przyjmować będzie chorych tylko 2 razy tygodniowo.

— Wyszedł z druku 1—3 III zeszyt tomu »Polskiego archiwum nauk biologicznych i lekarskich«, zawierający prace Prof. Wiczkowskiego, Doc. Modrakowskiego, E. Flataua, St. Kopczyńskiego, Prof. Gluzińskiego i M. Reichensteina, J. Sędziaka, Prof. Biernackiego.

Warszawa. Myśl, którą poruszył i stara się urzeczywistnić »Przegląd lekarski«, aby czytelnicy polskich pism lekarskich byli poinformowani przedewszystkiem o naszym własnym ruchu naukowym, poczyna się zwolna przyjmować, co z radością należy stwierdzić. W ostatnich numerach »Gazety lek.« znajdują się n. p. sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i Wydziału mat.-przyr. Akademii Umiejętności.

— Do Zarządu warszawskiego Pogotowia ratunkowego wybrani zostali na r. 1908 ponownie Dr Steyner, St Kurz i J. Raum. Budżet na r. 1908 wynosi 34,000 rb. w dochodach i wydatkach.

— Rektor uniwersytetu warszawskiego ogłasza konkurs z nagrodą 900 rb., a terminem do 14. kwietnia 1910 na pracę popularną z zakresu medycyny w języku rosyjskim. Uczestniczyć w konkursie mogą tylko poddani rosyjscy.

Z różnych stron. IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze (6.—10. VI. b. r.) zapowiada się bardzo okazale. Dotąd zgłosiło się już 250 uczestników. Prócz Komitetu polskiego zawiązały się w ostatnich czasach Komitety chorwacki, serbski i bułgarski. W czasie Zjazdu wychodzić będzie »Věstnik« pod redakcyą Prof. V. Kučery, Dr Panýrka i Prof. Slavika.

— Porządek dzienny zgromadzenia »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w d. 21. III. (3. IV.) b. r. obejmował w dziale naukowym: 1) Prof. Czeczott: Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. Prof. Mierzejewskiego, 2) Jen. inż. Kątkowski: Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody. Na posiedzeniu tem zorganizował się wydział farmaceutyczny; przewodniczącym wybrany został p. Edmund Chrzanowski, delegat aptek z całej Rosyi do Rady lekarskiej, kandydatką panna A. Leśniewska, kierowniczka szkoły farmaceutycznej dla kobiet, sekretarzem p. Witold Boharewicz. »Związek«, uchwalił wziąść udział w tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

— Prof. Laveran założył w Paryżu »Towarzystwo patologii egzotycznej«, którego celem jest badanie zaraz podzwrotnikowych.

— W Brazylii, według »Medycyny i Kroniki lek.« (Nr 14), której redakcya pośredniczy w udzieleniu dokładniejszych wyjaśnień, mają w stanie Parana prawo praktykować tylko lekarze z dyplomem brazylijskim, jednakże w rzeczywistości przepis ten nie bywa przestrzegany, a na prowincyi, gdzie lekarzy niema, jest każdy lekarz z jakimkolwiek dyplomem życzliwie witany przez władze. Dochody z praktyki bywają duże, ale życie jest bardzo drogie. W Kurytybie byłoby miejsce dla Polaka, okulisty, laryngologa, chirurga lub neurologa, w Prudentopolis dla Polaka, dobrego praktyka. Nadto jeszcze jeden lekarz znalazłby zajęcie przy kolonizacyi.

Mianowani: Dr Tadeusz Pisarski sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Redakcya otrzymała: K. Klecki: Gruźlica u psa. Now. lek. 1908. — Krzyształowicz i Siedlecki: Badania doświadczalne nad kiłą; morfologia krętka bladego. Ak. Um. 1908. — Krzyształowicz: 1) Die Botryomykose. Monatsh. für prakt. Derm. 1907. 2) Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. Przegl. chor. skórn. i wen. 1907. 3) Blastomykose. 4) Canities. 5) Creeping-Dermatitis. 6) Chloasma. 7) Argyria. Real-Encykl. Eulenburga. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Kol. Korolewicz: Demonstracye z kliniki lekarskiej. 2) Kol. Janiszewski: Referat o t. zw. dyspensatoryach, czyli »opiekach nad chorymi gruźliczymi«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Dążności chemii farmaceutycznej do wyosobnienia działającej istoty korzenia kozłkowego doprowadziły do wytworzenia szeregu przetworów zastępujących napar kozłka. Sądząc z piśmiennictwa (Beddies, Moilweide, Podloucky, Flesch i in.), przypadnie rola poważna przetworowi zwanemu »Valofin«, i to nietylko z powodu szybkiego i pewnego działania tego środka, ale także z powodu właściwego mu dobrego smaku, co, jak wiadomo, było przedtem zawsze »pium desiderium«. Autorowie opierają to zapatrywanie na licznych spostrzeżeniach. *S. W.*

Ferromanganin działa skutecznie przeciw niedokrwistości, a zatem pośrednio leczy neurastenię i histeryę. Cena niska, Kor. 3,50 za flaszkę. *J. L. W.*

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku **nie** wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) **Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:**

Nr.	Woda normalna	hal.	Nr.	Woda normalna	hal.
I	Normalna . . . . . flaszka $^3/_4$ l.	40	XII	Jodowa słabsza . . . flaszka $^3/_4$ l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . . „ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza . „ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . . „ $^3/_4$ l.	40
IV	Słona słabsza . . . . „ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	40
V	Słona mocniejsza . . . „ „	40	XVI	Żelazista . . . . . „ $^3/_4$ l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . . „ „	30	XVII	Arsenowa . . . . . „ $^1/_2$ l.	50
VII	Glauberska mocniejsza . „ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . . „ „	50
VIII	Glauberska słabsza . . „ „	30	XIX	Dyetetyczna . . . . „ $^3/_4$ l.	40
IX	Magnowa . . . . . „ „	40	XX	Kwaskowata . . . . „ $^1/_2$ l.	30
X	Wapniowa . . . . . „ „	40	XXI	Stołowa normalna . . . „ $^3/_4$ l.	30
XI	Litowa . . . . . . „ „	50			

b) **Wody normalne zawierające salicylany:**

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201

Rok XLVII. Kraków, dnia 18. kwietnia 1908. Nr 16

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału dla chorób wewnętrznych I. B. krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego.

Podał

Prym Dr A. Krokiewicz.

Odczyn spojówkowy tuberkulinowy, podany w ubiegłym roku prawie równocześnie przez Wolff-Eisnera i Calmettea, wzbudził niezwykłe zajęcie wśród szerszego świata lekarskiego naukowego. Z gorączkowym też pośpiechem pojawiają się o tym odczynie prace w czasopismach lekarskich, a liczba ich wzrosła już do wcale pokaźnej cyfry. Gdy z początku wszyscy autorowie przypisywali odczynowi spojówkowemu tuberkulinowemu bardzo doniosłe znaczenie rozpoznawcze dla gruźlicy (Wolff-Eisner, Calmette, Stadelmann, Teichmann, Citron, Monguer, Lande, Breton, Petit, Letulle, Prouff, Comby, Bazy, Hirschler, Eppenstein, Albeker, Köhler, Rzętkowski, Bylina i t. d.), a nawet i prognostyczne (Wolff-Eisner, Stadelmann), to w ostatnim czasie zaznaczają się w miarę krytycznego rozpatrywania nagromadzonego materyału klinicznego i sekcyjnego odmienne zapatrywania (Morelli, Max Wolff i t. d.). Citron w 5%, a Schröder i Kaufmann w 12.7% zauważyli dodatni odczyn spojówkowy u ludzi niedotkniętych gruźlicą; Blum i Schlippe opisują dodatni odczyn spojówkowy w 3 przypadkach niedokrwistości złośliwej postępowej; Cohn i Bourget w przebiegu duru brzusznego; Citron (zestawia przypadki w piśmiennictwie ogłoszone) w ostrym gośćcu stawowym. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek Bourgeta-Stillinga, gdzie w przebiegu duru brzusznego — tudzież przypadek Massaryego Weila, gdzie w przebiegu uogólnionego raka — był odczyn spojówkowy dodatni, a przy sekcyi nie stwierdzono nigdzie zmian gruźliczych. Niektórzy nawet autorowie, jak Klienenberger na podstawie materyału klinicznego w Królewcu, nie upatrują w odczynie spojówkowym tuberkulinowym środka rozpoznawczego dla gruźlicy.

W celu wyrobienia sobie własnego sądu o wartości odczynu postanowiłem, o ile możności, wyzyskać cały materyał kliniczny, na moim oddziale się znajdujący w ostatnich 5 miesiącach. Doświadczenia wykonywałem jedynie tylko na chorych powyżej lat 15 liczących, stale pomieszczonych (nie dochodzących), aby mieć ścisłą kontrolę co do przebiegu klinicznego, a w razie zejścia śmiertelnego możliwość dokładnych oględzin pośmiertnych, dokonywanych w zakładzie Anatomii patologicznej Uniw. Jagiellońskiego. Do odczynu używałem 1% rozczynu starej tuberkuliny Kocha (AT), (Hoechst). Z rozczynu zawsze świeżo sporządzonego zakraplałem jedną kroplę do worka spojówkowego. Częstokroć zabieg powtarzałem w razie wyniku ujemnego kilkakrotnie (nawet 9 razy). Przy oznaczeniu stopnia odczynu zatrzymałem skalę Citrona (+: odczyn dodatni pierwszego stopnia, polegający na zaczerwienieniu spojówki powiekowej i mięska łzowego; ⧺: odczyn dodatni drugiego stopnia, polegający na zaczerwienieniu spojówki powiekowej i gałkowej, tudzież mięska łzowego i ⧻: odczyn trzeciego stopnia, gdzie do silnego zaczerwienienia spojówek dołączył się wysięk ropny). Odczyn spojówkowy wykonałem 1,137 razy w 577 przyp. (281 m., 296 k., a mianowicie:

	razy	w przyp.	m.	k.
w przebiegu gruźlicy	457	222	(103	119)
w chorobach narządu oddechowego z wykluczeniem gruźlicy	87	48	(33	15)
w chorobach narządu pokarmowego z wykluczeniem gruźlicy	76	44	(23	21)
w chorobach narządu krążenia .	116	63	(35	28)
» dróg moczowych .	34	20	(13	7)
» zakaźnych ostrych	152	70	(25	45)
» nerwowych . . .	67	39	(22	17)
w nowotworach	86	34	(16	18)
w chorobach krwi i nieprawidłowej wymiany materyi . .	47	27	(6	21)
w chorobach kości (krzywica, zmiękninie kości)	5	3	(0	3)
w stłuczeniach (contusio) . . .	7	4	(4	0)
w zatruciach ostrych	5	3	(1	2)

I. Poszczególnie rzecz przedstawia się następująco:

A) Gruźlica płuc: w 197 przypadkach (94 m., 103 k.) wykonano odczyn 410 razy, a mianowicie:

a) W okresie nieżytu szczytów i zagęszczenia ich wykonano odczyn 91 razy w 37 przypadkach (17 m., 20 k.) przyczem:

20 razy w 10 przyp. (6 m., 4 k.) t. j. 27% otrzymano wynik zawsze ujemny,

7 razy w 6 przyp. (3 m., 3 k.) t. j. 16,2% otrzymano wynik zawsze dodatni,
64 » » 21 » (8 » 13 ») t. j. 56,7% otrzymano wynik najpierw ujemny, a przy powtórzonych zakraplaniach wynik dodatni.

W 5 przyp. (2 m., 3 k.) stwierdzono odczyn ╪; w jednym przypadku (1 m.) stwierdzono odczyn +; odczyn dodatni występował po 10 godzinach i trwał przy nasileniu ╪ od 4—10 dni, a 2 dni przy nasileniu +. Zagęszczenie szczytu powikłane było u mężczyzny 54-letniego zapaleniem przewlekłem nerek; u kobiety 32-letniej wysiękiem opłucnym, a u dziewczyny 18-letniej zapaleniem gruźliczem stawu biodrowego lewego.

W 21 przypadkach (8 m., 13 k.) stwierdzić można było początkowo odczyn ujemny, a przy powtórnych zakraplaniach 1% tuberkuliny do worka spojówkowego dodatni + lub ╪. Ogólna ilość odczynów wynosiła 64. W 6 przyp. (2 m., 4 k.) wystąpił odczyn ╪, zresztą zawsze +. W 18 przypadkach (6 m., 12 k.) stwierdzić można było zagęszczenie szczytów bez powikłań; w plwocinach znajdowały się prątki Kocha. Natomiast w 3 przyp. (2 m., 1 k.) zauważono powikłania — i tak: u mężczyzny w przebiegu moczówki cukrowej i zagęszczenia szczytów płuc wystąpił najprzód odczyn —, a następnie po 10 godzinach dwukrotnie ╪ w odstępach tygodnia i trwał 2—6 dni; u kobiety, dotkniętej wybitnem zagęszczeniem szczytu płuca lewego i zapaleniem nerwu kulszowego najpierw odczyn ujemny, a następnie przy powtórnem zakropleniu +, a po 2 tygodniach po trzeciem zakropleniu ╪ (trwał 10 dni); u chłopca 10-letniego z zagęszczeniem szczytów płucnych i świeżem zapaleniem zastawki dwudzielnej po każdem zakropleniu 1% tuberkuliny do worka spojówkowego występował naprzemian odczyn jużto —, jużto + (przez 2—4 dni).

b) W okresie nacieku gruźliczego płuc i krwotoków wykonano odczyn 76 razy w 48 przyp. (24 m., 24 k): z wynikiem ujemnym 32 razy w 15 przyp. (10 m., 5 k.), t. j. 31,2%, z wynikiem dodatnim 44 razy w 33 przyp. (14 m., 19 k.), t. j. 68,7%.

W jednym przypadku, u kobiety 46-letniej, która przebyła 16 krwotoków płucnych w przeciągu 2 lat ostatnich, odczyn wystąpił po 6 godzinach i trwał za pierwszym razem przez 7 dni z nasileniem +, a następnie po 2 tygodniach wystąpił z nasileniem ╪ i trwał przez 6 tygodni, przyczem dołączyło się zapalenie miąższowe rogówki. W 5 przypadkach (5 k.) odczyn wystąpił po 6 godzinach i trwał 2—6 dni; raz był ╪, a zresztą +; w 10 przypadkach (6 m., 4 k.) wystąpił po 10 godzinach ╪ i trwał od 3—7 dni, a raz u mężczyzny 32-let. (który przebył kiłę) 3 tygodnie. W 15 przyp. (7 m., 8 k.) odczyn dodatni wystąpił po 10 godzinach i trwał od 3—4 dni; w jednym przypadku u mężczyzny wystąpił najpierw odczyn + przez 4 dni, a po 2 tygodniach przy powtórzonem zakropleniu ╪ przez 5 dni; natomiast u jednej kobiety najpierw wystąpił ╪ i trwał przez 5 dni, a przy powtórnem zakropleniu po 2 tygodniach + przez 4 dni. Największe nasilenie odczynu widoczne było w 20 godzin po zakropleniu; rzadko po 10 godzinach.

c) W okresie rozpadowym gruźlicy płuc daleko posuniętej wykonano odczyn 230 razy w 109 przypadkach (52 m., 57 k.) z wynikiem: — 138 razy w 63 przyp. (30 m., 33 k.), t. j. 58,3%, + 84 razy w 44 przyp. (21 m., 23 k.), t. j. 39,9%, ± 10 razy w 2 przyp. (1 m., 1 k.), t. j. 1,8%.

W 61 przyp. (30 m., 31 k.) nastąpiło zejście śmiertelne; z tego w 35 przypadkach (20 m., 15 k.) odczyn wypadł ujemnie, a w 26 przyp. (10 m., 16 k.) odczyn wypadł dodatnio. Odczyn wykonywano na 8 tygodni — 6 dni przed śmiercią; przeważnie na 21 dni. U wszystkich chorych można było stwierdzić znacznego stopnia ogólne wyniszczenie, charłactwo.

W 15 przypadkach (10 m., 5 k.) wystąpił odczyn ╪; zresztą zawsze +. Odczyn ╪ występował zaraz w tem samem nasileniu po 10 godzinach i zaledwie u 2 mężczyzn za pierwszym razem wystąpił +, a przy powtórnem zakropleniu po 10 dniowej przerwie ╪; zresztą w 16 przypadkach (3 m., 13 k.) pomimo kilkakrotnego zakroplenia stwierdzano zawsze tylko +. U 2 mężczyzn wystąpił odczyn po 6 godzinach i trwał od 3—5 dni; zazwyczaj występował po 10 godzinach i trwał 4—6 dni, dość często względnie od 10—14 dni.

W 2 przyp. (1 m., 1 k.), w przebiegu rozległej gruźlicy płuc i jelit stwierdzono najpierw odczyn +, a następnie ujemny. U kobiety 30-letniej w przebiegu gruźlicy płuc rozpadowej pierwszy raz odczyn spojówkowy wypadł +, a następnie dwukrotnie —. U mężczyzny 24-letniego, u którego za życia stwierdzono objawy rozległej gruźlicy płuc i jelit, tudzież zapalenie gruźlicze otrzewnej (leukocytoza 8800), wykonano w ciągu 46 dni 7 razy odczyn spojówkowy (pierwszy raz ╪ przez 3 dni, drugi raz + 4 dni, trzeci raz + 3 dni, czwarty raz + 4 dni i następne 3 razy —). W przypadku tym oględziny pośmiertne stwierdziły: *Tbc. pulmonum (Cavernae bronchiectaticae et nodi caseosi in pariete ejusdem, cavernae ad apicem pulmonis sin. Tbc. disseminata miliaris pulmonis utriusque). Synechiae pleuriticae bil. Tuberculosis intestinorum (Ulcera cicatrisantia partis inferioris intestini ilei, coeci. Ulcera tbc. processus vermiformis ss. periappendicitide chronica). Peritonitis tbc. adhaesiva. Tuberculosis (degen. caseosa) nonnullarum gl. mesaraicarum. Hypoplasia cordis. Amyloidosis lienis, hepatis, renum).*

Powikłania gruźlicy płuc ze zmianami gruźliczemi w innych narządach, jak w krtani, opłucnej, jelitach, tudzież zmiany przewlekłe w nerkach nie wpływały ujemnie na wystąpienie odczynu dodatniego.

Odczyn +, a względnie ╪ stwierdzić można było u chorych przed zejściem śmiertelnem:

w 8	przyp.	2—5	dni,
» 13	»	10—14	»
» 2	»	20—21	»
» 3	»	28—30	»

Na uwagę zasługują następujące przypadki:

1. Helena St., lat 23, prostytutka; leżała w szpitalu przez 5 miesięcy wśród ciągłej wysokiej gorączki i ogólnego charłactwa. Odczyn spojówkowy w ciągu ostatnich 2 miesięcy wykonano 4 razy, zawsze ╪, występował po 10 godzinach i trwał 5—6 dni; ostatni raz ╪ na dwa dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne pokrótce opiewa: *Tuberculosis pulmonum. (Cavernae tbc. et induratio fibrosa totius pulmonis d. Cavernae tbc. apicis pulmonis sin. et tuberculosis caseosa nodosa disseminata totius pulmonis sin.). Synechiae pleur. bil. praecipue d. Ulcera tbc. copiosa intestinorum. Hypoplasia cordis et aortae. Endocarditis recens verrucosa valv. mitralis. Meningoencephalitis chronica ad lobos frontales et temporales. Amyloidosis diff. majoris gradus hepatis. Amyloidosis disseminata lienis et renum. Anaemia ac inanitio permagna.*

2. Władysław S., lat 16, wyrobnik, pozostawał w szpitalu od 25. VIII. do 13. XII. 1907. Odczyn spojówkowy dwukrotny zawsze =| (po pierwszy raz wystąpił po 6 godzinach i trwał przez 3 dni; drugi raz po 10 godzinach i trwał 6 dni; na 2 dni przed śmiercią wyraźny odczyn |). Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. glandularum nonnullarum peribronchialium et peritrachealium* (*Caseificatio c. petrificatione*). *Tbc. pulmonum* (*Caverna tbc. apicis pulm. sin. Tuberculosis destructiva cavernosa pulmonis sin. Infiltrationes tbc. recentes* (*caseificatio incipiens*) *et tbc. nodosa et miliaris disseminata pulmonis d.*). *Bronchitis purulenta diff. Ulcera et infiltrationes tbc. laryngis. Oedema aditus ad laryngem. Ulcera tbc. tracheae. Ulcera multiplicia intestinorum et processus vermiformis. Degeneratio adiposa renum. Exsudatum serofibrinosum sin. incapsulatum* (*ad partes inferiores*). *Synechiae pleuriticae compactae ad apices. Anaemia universalis c. inanitione.*

3) Stefan W., lat 23, tapicer, leżał w szpitalu przez 3 miesiące z powodu ustawicznych krwotoków płucnych i wysokiej gorączki. Odczyn czterokrotnie wykonany zawsze +: ostatni raz widoczny na 3 dni przed śmiercią; poczynał się po 10 godzinach i trwał od 3—4 dni. Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. pulmonum* (*Cav. tbc. apicis pulmonis d. Tbc. destructiva lobi superioris pulmonis d. et medii. Peribronchitis caseosa nodosa lobi inferioris pulmonis d. et totius superioris sin.*). *Pneumothorax saccatus ad partes inf. d. Atelectasis lobi inferioris pulmonis d. e compressione. Adhaesiones pleuriticae ad partes superiores pulmonum. Ulcera tbc. pauca et recentia intestinorum. Tumor lienis ac. degeneratio adiposa hepatis. Hypoplasia cordis et aortae. Macies permagna. Anasarca lev. gr.*

4. Florentyna S., lat 27, wyrobnica; pozostawała 6 tygodni w szpitalu. Odczyn wykonano 2 razy; zawsze + i występował po 10 godzinach, a trwał 4 dni; ostatni bardzo wyraźny na 2 dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. pulmonum.* (*Caverna tbc. apicis pulmonis sin. Tbc. caseosa nodosa pulmonis sinistri et lobi superioris pulmonis d.*). *Pleuropneumonia crouposa lobi inf. pulmonis d. Synechiae pleuriticae sin. Amyloidosis lienis et renum. Ulcera tbc. copiosa intestini crass. Hypoplasia cordis et aortae. Anaenia ac inanitio insignis.*

5. Katarzyna L., lat 57, pozostawała w szpitalu od 21. X. do 8. XI. wśród objawów chorobowych ze strony narządu oddechowego i ciepłoty ciała 38° C. Odczyn wykonany na 10 dni przed śmiercią, miał nasilenie | i trwał przez 5 dni. Oględziny pośmiertne: *Tbc. pulmonum.* (*Caverna tbc. apicis pulmonis d. Tbc. caseosa disseminata pulmonis d.*). *Pneumonia crouposa lobi sup. pulmonis sin. in stadio hepatisationis rubrae. Synechiae pleuriticae bil. Hypertrophia et dilatatio cordis d. Degeneratio adiposa myocardii. Hyperaemia passiva hepatis, lienis. Ulcera tbc. pauca et superficialia intestini ilei. Inanitio.*

6. Antonina M., lat 50, wyrobnica, pozostawała w szpitalu od 20. I. do 27. II. wśród ogólnego wyniszczenia i obrzęku. Odczyn |= na 2 dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum et intestinorum* (*Tuberculosis fibrosa partium superiorum pulmonis utriusque, tuberc. miliaris part. infer. pulmonum. Ulcera tbc. cicatrisantia valde copiosa intestinorum et praecipue intestini ilei*). *Thrombosis venae cruralis utriusque, anasarca extremitatum infer. Tumor lienis acutus. Decubitus gangraenosus ad os sacrum. Hydronephrosis ambilateralis medii gradus.*

d) W 2 przypadkach gruźlicy prosówkowej u mężczyzny 26-letniego i kobiety 87-letniej nie można było stwierdzić dodatniego odczynu pomimo kilkakrotnego zakraplania 1% tuberkuliny do worka spojówkowego. Przypadki te pokrótce przedstawiają się następująco:

1. Ferdynand Ż., lat 26, listonosz; poprzednio zdrów, nadużywał napojów wyskokowych. Do szpitala przyjęty 26. X. 1907 wśród ogólnego znacznego wynędznienia w stanie nieprzytomnym i gorączki 40° C. W ciągu spostrzegania klinicznego, t. j. od 26. X. do 21. XII.: ciepłota ciała wahała od 39,5—36,5° C. (częstokroć o rannych wzniesieniach większych, niż wieczornych), poty rozpływne, majaczenie, coraz większe wyniszczenie ogólne; w płucach rozsiane liczne drobne rzężenia i objawy zagęszczenia szczytów; kaszel skąpy, suchy, oddechów 32; tętno 132, miękkie; mocz zawiera ślad białka. Rozpoznanie kliniczne: *Induratio apicum pulmonum. Processus bacillosus disseminatus pulmonum. Pachymeningitis in alcoholico.* — Wśród ogólnego wyniszczenia nastąpiło zejście śmiertelne 21. XII. 1907. Odczyn spojówkowy wykonano 9 razy z wynikiem ujemnym. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewał: *Tbc. glandularum peritonealium, peritrachealium et peribronchialium. Cavernae tbc. apicis pulmonis utr. Synechiae pleuriticae bil. ad partes superiores pulmonum. Tuberculosis miliaris universalis. Tbc. miliaris et caseosa nodosa disseminata pulmonum. Tbc. intestini ilei. Leptomeningitis tbc. circumscripta ad convexitatem hemisphaerae sinistrae cerebri. Degeneratio adiposa renum. Infiltratio adiposa hepatis. Macies.*

2. W drugim przypadku u kobiety 87-letniej Maryi G. wykonano odczyn dwukrotnie w ciągu 14-dniowego spostrzegania klinicznego z wynikiem ujemnym; chora zmarła wśród objawów gruźlicy prosówkowej płuc, miażdżycy ogólnej i wiądu ogólnego starczego. (*Tbc. miliaris utriusque pulmonis. Pneumonia hypostatica bil. Arteriosclerosis maj. gradus. Atrophia fusca myocardii. Atrophia senilis renum M. s.*).

e) Ujemny wynik odczynu spojówkowego pomimo zmian gruźliczych niezbyt daleko posuniętych w narządzie oddechowym nie stanowi probierza dla dobrego rokowania, gdyż mimo to może nastąpić nagłe zejście śmiertelne z powodu krwotoku płucnego.

Józef S., lat 43, wyrobnik, pozostawał w szpitalu 12 dni. Wyglądanie chorego wcale dobre, a zmiany fizyczne w płucach nie przemawiały za sprawą gruźliczą daleko posuniętą. Odczyn spojówkowy dwukrotnie ujemny. Śmierć nastąpiła nagle wśród krwotoku płucnego wewnętrznego mimo natychmiastowej pomocy. Sekcya stwierdziła: *Tbc. pulmonum.* (*Cavernae tbc. utriusque apicis pulmonum praecipue sin. Tbc. fibrosa partis superioris pulm. d. Peribronchitis caseosa nodosa partium sup. pulmonum*). *Synechiae pleuriticae bil. valde compactae. Hypertrophia et dilatatio cordis d. Tumor lienis chronicus. Haemorrhagia e caverna tbc. apicis pulmonis. d. et aspiratio sanguinis ad partes inf. pulmonum.*

f) Znaczna opuchlina ogólna w następstwie niedomogi mięśnia sercowego lub wodnistości krwi w przebiegu zapalenia przewlekłego lub zwyrodnienia miąższu nerkowego nie wpływała ujemnie na powstawanie dodatniego odczynu spojówkowego w przypadkach schorzenia gruźliczego narządów oddechowych.

Jan M., lat 32, stróż domu, przywieziony do szpitala wśród krwotoku płucnego d. 20. X. 1907. Badanie i spostrzeganie kliniczne przemawiało za rozpoznaniem następującem: *Haemoptöe. Induratio pulmonum praecipue sin. Emphysema pulmonum. Hypertrophia cordis. Insufficientia musculi cordis. Tumor hepatis et lienis ex hyperaemia passiva. Hydrops.* W plwocinach prątki Kocha. Chory zmarł po 6-tygodniowym pobycie wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego. Odczyn spojówkowy dwukrotnie z wynikiem dodatnim (za pierwszym razem +, a za drugim =| po 10 godzinach przez 3 dni). Protokół pośmiertny pokrótce: *Cavernae tbc. recentes apicis pulmonis sin. Tbc. levioris gradus nodosa pulmonis utriusque. Synechiae pleuriticae ad apices. Emphysema pulmonum ss. hypertrophia et dilatatione cordis d. Hyperaemia pass. universalis. Hydrothorax bil. Hydropericardium. Ascites. Degeneratio adiposa myocardii et renum. Anasarca.*

(C. d. n.)

Z Zakładu anatomii porównawczej U. J. (Prof. H. Hoyer.)

Zachowanie się krętków bladych (*spirochaete pallida*) w zmianach kiłowych; szczepienia kiły małpom.

Podali

Prof. Dr Fr. Krzyształowicz i Prof. Dr M. Siedlecki.

(Dokończenie).

Jeżeli porównamy nasze wyniki, co do ilości dodatnich szczepień z takimiż innych autorów, to stwierdzić możemy, że nie były one gorsze od wyników Miecznikowa i Rouxa, Fingera i Landsteinera, a mało się różniły na niekorzyść od wyników Neissera, Thibiergea i Ravauta.

Rany po szczepieniu goiły się szybko bez ropienia, pokrywały się bowiem tylko cienkim strupem, który mniej więcej po tygodniu odpadał, nie pozostawiając prawie zupełnie śladu.

Czas wylęgania zmiany powstałej po szczepieniu nie był jednakowy, jak to zresztą wszyscy autorowie w swoich przypadkach spostrzegali. Nicolle otrzymywał guzki po 15—19 dniach w trzech przypadkach szczepienia u *macacus sinicus*, Miecznikow i Roux podają czas wylęgania na 22—37 dni, średnio 29 dni, Neisser 15—65 dni, najczęściej zaś 3—5 tygodni, Finger i Landsteiner określa minimum na 10 dni, maximum 42 dni, a średnio 22 dni; Thibierge i Ravaut spostrzegali zmiany w 20—35 dni po szczepieniu, wreszcie Kraus podaje średnio 20 dni, jako czas pojawiania się zmiany, stwierdzając podobnie jak Neisser, że zmiana nie pojawia się przed upływem dwóch tygodni. Te różnice, zresztą nie zbyt znaczne, pochodzą prawdopodobnie z niezupełnie jednakowego określenia początku zmiany; Finger oznaczał n. p. początek zmiany już w chwili pojawienia się choćby nieznacznego zaczerwienienia, natomiast Neisser uważał dopiero wyraźny guzek za znamienną zmianę.

W naszych doświadczeniach oznaczaliśmy powstanie zmiany dopiero wtedy, gdy u małpy, oglądanej w klatce, a zatem z pewnej odległości, można było spostrzedz wyraźny naciek. Stąd najwcześniej spostrzegaliśmy nacieki w 19. dniu po szczepieniu, najpóźniej zaś po miesiącu, średnio zaś oznaczyć możemy 23. dzień, jako czas pojawienia się wyraźnej zmiany kiłowej po szczepieniu.

Wynik dodatni polegał na pojawieniu się w miejscu szczepienia drobnego guzka, pokrytego łuską, po odjęciu której widać powierzchnię lśniącą i zaczerwienioną, ale gładką, bez ubytków, nawet powierzchownych. Otrzymywaliśmy zatem nacieki takie, jakie opisują Thibierge i Ravaut, w przeciwieństwie do Fingera i Landsteinera, którzy mówią o powstawaniu strupa, po odjęciu którego spostrzegano płaskie, ostro odgraniczone, powierzchowne nadżerki *(erosiones)*. Guzek powstały po szczepieniu był nieco twardszy od otoczenia, — nie można jednak mówić w tym razie o tak wybitnem stwardnieniu, jakie wyczuwamy zazwyczaj w zmianach pierwotnych u ludzi, ale istnieje naciek wyraźny, dający się wyczuć w skórze w postaci guzka, jak to Thibierge i Ravaut, Finger i Landsteiner, Kraus, Neisser stwierdzają badaniem histologicznem, a o czem i sami przekonaliśmy się w jednym przypadku.

Nacieki tego rodzaju, otrzymane po szczepieniu, zmieniały się w naszych przypadkach w kilku tygodniach. Ale zaznaczyć musimy, że zmiana ta była bardzo różna w dwóch grupach przypadków. W jednych (3 przyp.) naciek wzrastał bardzo nieznacznie przez 2—3 tygodni od chwili pojawienia się, poczem zaczynał się zmieniać, przybierając barwę więcej żółtą i zmniejszając się, przyczem powierzchnia nacieku wyraźnie się łuszczyła.

W drugiej grupie przypadków, także w liczbie trzech, nacieki, powstałe po szczepieniu, zmieniały się wyraźnie w całkiem inny sposób. Gdy w poprzednio wymienionych przypadkach naciek pierwotnie powstały powiększał się tylko bardzo nieznacznie, to w drugiej grupie przypadków nacieki wzrastały w przeciągu kilku tygodni bardzo wybitnie, zajmując zazwyczaj całą długość brzegu powiekowego. W tym okresie najwyższego rozwoju nacieki na powiece składały się z pojedynczych guzków, ściśle obok siebie ułożonych, mających te same znamiona, co guzek pierwotny, ale więcej wyniosłych nad powierzchnię i pokrytych łuskowatym strupem, pod którym powierzchnia była gładka i lśniąca. Ustępowanie nacieku wymagało też znacznie dłuższego czasu tak, że w jednym przypadku jeszcze w trzy miesiące od pojawienia się nacieku pierwotnego zmiana, chociaż już ustępująca, była jeszcze widoczna. W drugim przypadku w 10 tygodni od początku zmiany naciek był tak rozwinięty, że wycięto jego kawałek w celu szczepienia drugiej małpie i otrzymano, chociaż słaby, ale dodatni wynik. W tym przypadku jeszcze w pięć miesięcy od czasu wystąpienia zmiany, naciek, wprawdzie mniejszy i więcej płaski, zajmował jeszcze brzeg powieki.

Trzeci przypadek przedstawia w swym przebiegu tyle zajmujących szczegółów, że opiszemy go nieco obszerniej.

Małpę (*Macacus rhesus* Nr 4), zaszczepiliśmy w dniu 24. maja 1906 r. na brzegu powieki lewej i wewnętrznej blaszce napletka miazgą z nacieku pierwotnego kącika ust, trwającego wedle podania chorej około miesiąca. W dniu 20. czerwca zapisano, że od kilku dni spostrzegano zaczerwienienie powieki, a zatem mniej więcej w 20 dni po szczepieniu. Przy bliższem oglądaniu w uśpieniu widzieliśmy wyraźny naciek na brzegu powieki wielkości prosa. W dwa tygodnie później naciek był wyraźnie większy, mniej rozlany i pokryty łuską, po której odjęciu naciek miał powierzchnię wybitnie zaczerwienioną, lśniącą i suchą. W miesiąc później początkowy guzek rozrósł się znacznie, a w trzy miesiące od dnia szczepienia zajmował całą długość brzegu powiekowego. Naciek ten był wyniosły nad powierzchnię, barwy różowej, o powierzchni nie tak gładkiej, jak poprzednie i zajmował niejednakowo szerokim pasem cały brzeg powieki. Sprawiał zatem wrażenie nie jednolitego nacieku, zajmującego całą grubość skóry powieki, a częściowo i błony śluzowej, ale nacieku złożonego z pojedynczych guzków różnej wielkości, leżących ściśle obok siebie.



Ten duży naciek pozostawał w tym stanie, prawie niezmienionym, przez czas dłuższy (około dwóch miesięcy) tak, że w listopadzie, t. j. prawie w pół roku od dnia szczepienia, zapisaliśmy ten sam obraz. Mniej więcej od tego czasu guzki zaczęły się zmniejszać i przypłaszczać, ale tak powolnie, że ustępowanie trwało jeszcze około pięciu miesięcy.

W maju następnego roku (1907) kiedy po nacieku brzegu powiekowego istniał już tylko ślad, zauważyliśmy lekkie zaczerwienienie na górnej części szczepionej powieki pod brwią tejże strony, w kilka tygodni potem zaś trzy guzki, w szeregu ułożone, oddzielone od siebie mostkami skóry zupełnie prawidłowej. Te drobne nacieki, dochodzące do wielkości soczewicy, początkowo suche i mało wyniosłe, powiększały się nieco i przybierały kształt więcej rozlany. W dniu 20 września 1907 (16 miesięcy od czasu szczepienia) w którym dokonano załączonej fotografii (rycina), obraz był następujący: Na lewej powiece w górnej części po-

niżej brwi są widocznie trzy nacieki płaskie, mało wyniosłe nad powierzchnię otaczającej skóry. Srodkowy największy, wielkości małej fasoli, dwa boczne zaś wielkości soczewicy. Te dwa są zupełnie suche, jakby zapadłe, barwy bardziej żółtej, środkowy zaś jest nieco wyniosły, barwy żywo czerwonej, o powierzchni częściowo obnażonej z naskórka i sączącej. Naciek duży jest w części środkowej zaklęśnięty, a tylko brzegi są nieco wyniosłe i ściśle odgraniczone od otoczenia. W całości guzki te sprawiają wrażenie nie zwyczajnych guzków świeżych, ale guzków kiłowych okresu późniejszego (*papulosa serpiginosa erosiva*). Gruczoły na szyi, w pachach i pachwinach, a nawet w okolicy łokciowej, dawały się łatwo wymacać w dość znacznej ilości i średniej twardości.

Winniśmy wreszcie dodać, że dnia 28 września 1906 wyskrobaliśmy część nasieku i otrzymaną miazgą zaszczepiliśmy jedną z małp (*mac. cynomolgus* Nr 10). Po 28 dniach pojawił się na brzegu powiekowym szczepionego zwierzęcia wyraźny choć drobny naciek, z którego wyciśnięta ciecz zawierała krętki. Naciek ten, który utrzymywał się około 5 tygodni, zaliczyliśmy do objawów grupy poronnej.

Przeglądając piśmiennictwo, można łatwo stwierdzić, że różni autorowie otrzymywali u małp niższych zmiany wyraźne, ale w przeważnej liczbie przemijające. Tak Neisser, Miecznikow i Roux, jak Finger i Landsteiner, Kraus, Thibierge i Ravaut mówią o guzkach szybko przemijających, w niektórych przypadkach o naciekach rozszerzających się i zajmujących czasami całą powiekę. Dlatego i w naszych przypadkach uzasadnionym jest podział na dwa odrębne typy; jeden o zmianach szybko przemijających, dlatego mówićby można o objawach poronnych, ze względu właśnie na to szybkie ustępowanie zmian, na krótkotrwałości objawów. W drugim szeregu przypadków odczyn, powstały po szczepieniu, nazwaćby można przewlekłym. Zasadnicza różnica polega na rozwoju zmiany, gdyż w drugim typie przypadków powstały guzek rozszerza się w ciągłości, bezpośrednio obok niego powstaje ich więcej, stają się więcej wyniosłe, większe i trwają znacznie dłużej, niż pojedyńczy guzek, dochodzący zazwyczaj szybko do szczytu rozwoju i prędko znikający.

Przyrodę kiłową tych zmian oceniamy dziś inaczej, niż w badaniach początkowych, kiedy nie znano krętków. Słusznie powiada Kraus, że »tylko znalezienie krętków w tkankach może stanowić obecnie dowód udałego szczepienia«. To też w przypadkach naszych opieraliśmy się przedewszystkiem na tym dowodzie i stwierdzić możemy obecność prątków (niejednokrotnie po bardzo żmudnych badaniach preparatów, wziętych ze zmian, wywołanych u małp), we wszystkich przypadkach dodatniego wyniku szczepienia. Krętki, znajdowane u małp, zachowywały się rozmaicie. Przedewszystkiem znajdowano je w preparatach w niewielkiej ilości, mniej w przypadkach grupy poronnej, więcej nieco w grupie drugiej, nacieków przewlekłych. Postaciowo jednak nie różniły się zupełnie od zazwyczaj spostrzeganych krętków typowych, — obok tego jednak spotykano krętki o mniej wyraźnych skrętach i mniej wyraźnych zarysach ciała, a o końcach nie tak wybitnie zaostrzonych, — wogóle różne postacie rozwojowe krętków, jakie spotykamy w zmianach u ludzi.

Z autorów, którzy zajmowali się szczepieniem kiły małpom, stwierdzili obecność krętków bladych w zmianach, wywołanych u małp niższych, Miecznikow i Roux Kraus i Prantschoff, Hoffmann, Neisser, Schaudinn. Znajdowali je nie tylko wtedy, gdy do szczepienia używano zmian kiły ludzkiej, ale i wtedy, gdy naciek u małp powstał po szczepieniu nacieku, wywołanego u małpy, co potwierdzić możemy również i w naszych przypadkach. Nawet przeprowadzenie jadu przez całą seryę zwierząt pozwalało stwierdzić obecność krętków bladych (Thibierge Ravaut i le Sourd po trzeciem szczepieniu, Finger i Landsteiner przy dwunastem).

Zmiany powstałe w szczegółowo opisanym przez nas przypadku szczepienia dowodzą, że w niektórych przypadkach przyjęcia się jadu może powstać i u małp niższych zakażenie, które uważać musimy za ogólniejsze, niż się to spotyka zazwyczaj. Wzmianki o podobnych przypadkach znajdujemy u różnych autorów. Zabołotny mówi o szybko przemijających wysypkach i u małp niższych (*cynocephalus babuin*). Siegel przedstawiał szczepioną kiłą małpę (*macacus rhesus*), u której wystąpiły sączące guzki na kończynach dolnych i pośladkach. Obaj ci autorowie nie przedstawili jednak żadnego dowodu na to, że spostrzegane zmiany były rzeczywiście kiłowe. To też słusznie zauważa Neisser, który tak wielką ilość małp miał sposobność spostrzegać, że u tych zwierząt występują bardzo często różne wykwity wypryskowe i liszajowate w skórze, szczególnie jeżeli małpy znajdują się w niezbyt korzystnych warunkach.

Neisser jednak, jak wielu innych autorów (Finger i Landsteiner, Miecznikow, Hoffmann, Kraus) opisują powstawanie wysypek w otoczeniu już przemijającego lub zagojonego nacieku pierwotnego. Wszyscy ci autorowie mówią w tych przypadkach o nawrotach okolicznych (regionäre Rezidive) w postaci obrączkowo-pełzającej (*annularis serpiginosa*), znanej i u człowieka pod nazwą okolicznego zakażenia (regionäre Infektion Lang) lub miejscowych wykwitów (*proliférations locales in situ* Hallopeau). Neisser opisuje nawet dwukrotny nawrót podobnej wysypki, raz w 44, a drugi w 214 dni po zagojeniu się nacieku pierwotnego.

W naszym przypadku także tylko o takich okolicznych zmianach może być mowa, ale w tym razie nawet musimy go uważać za wyjątkowy. Należy bowiem przypomnieć, że już pierwotny naciek rozszerzył się bardzo znacznie tak, że następowe guzki, w otoczeniu pierwszego na brzegu powiekowym powstałe, uważać trzeba za zakażenie okoliczne. Dopiero w rok po szczepieniu rozwinęła się zmiana, która przybrała postać pełzającą, jaką widujemy w kile w późniejszych nawrotach, a która przedstawia się, jak drugi nawrót zakażenia w otaczających częściach nacieku pierwotnego. Ważny szczegół w tym przypadku stanowi i obrzęk gruczołów chłonnych w różnych okolicach ciała, co skłaniałoby do przypuszczenia, że zakażenie w tym przypadku było ogólne. Z doświadczeń Neissera wiemy, że szczepienie narządów wewnętrznych małp niższych dawało wyniki dodatnie, co jest dowodem, że rzeczywiście może nastąpić uogólnienie się jadu u tego rodzaju małp. Schaudinn znalazł nawet krętki blade w śledzionie i szpiku kostnym 7 miesięcy zakażonej małpy (*macacus*). Zabołotny stwierdził krętki w narządach wewnętrznych *cynocephalus babuin*. Kraus wyraża jednak powątpiewanie, czy uogólnienie się jadu u małp niższych jest wyrazem ogólnego zakażenia i chociaż Neisser skłonnym jest uważać te małpy za kiłowo chore, Kraus mówi tylko, wyłączając zakażenie ogólne, że u niższych małp krętki się tylko przechowują (Spirochätenträger), gdyż wedle niego nie ma tu objawów klinicznych, ani anatomicznych kiły.

Przypadek nasz zatem przemawia raczej za zdaniem Neissera, że i u małp niższych mówić możemy o zakażeniu ogólnem. Wysypka, powstała w tym przypadku w otoczeniu miejsca szczepienia, dowodzi, że mamy do czynienia z objawami okolicznymi, ale wcale nie wyłącza tego, że jad istnieje w całym ustroju, zwłaszcza wobec stanu gruczołów, a pomimo braku objawów na całej powierzchni skóry. Stanowczo bowiem twierdzić można z Neisserem, że spostrzeżenia kliniczne nie wystarczają dla stwierdzenia rzeczywistego stanu rozszerzenia się jadu. I czas wystąpienia zmian (po roku od czasu zakażenia) wtedy, gdy naciek pierwotny wraz z otaczającymi guzkami prawie zupełnie ustąpił, przemawiałby także za uogólnieniem się czynnego jadu, a pojawienie się wysypki w okolicy miejsca nacieku pierwotnego dowodziłoby tylko większego nagromadzenia się, czy rozwoju pasorzyta w tem właśnie miejscu.

Wreszcie i zachowanie się krętków w tym razie mogło być niejaką wskazówką. Gdy w nacieku pierwotnym tego przypadku ilość typowych krętków była mała, to wtedy, gdy naciek ten rozrósł się znacznie, znaleść je można było znacznie łatwiej, a w zmianach późniejszych krętki były także w ilości większej, niż pierwotnie, — coby dowodziło, że musiał istnieć rozwój krętków.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Kulpson. **O przywróceniu działalności oksydazy po zagotowaniu.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 6). Badając sok (resp. oksydazę) rzodkwi, zauważył K. ciekawy fakt: jeżeli poddaną gotowaniu i w ten sposób pozbawioną własności oksydazę rzodkwi postawić dłużej, to po upływie pewnego czasu odzyskuje ona swe znamienne cechy (barwi zawiesinę gwajakową, benzydynę i t. d.). K. poddawał gotowaniu oksydazę rzodkwi w ciągu 3 dni po 10—30—60 min., i mimoto po pewnym czasie wszystkie znamienne cechy wracały, chociaż pod koniec w zmniejszonym stopniu. Gotowanie więc nie niszczy oksydazy, lecz przeprowadzą ją jakby w stan zymogenu, który stopniowo przechodzi w stan czynny. Dla rozstrzygnięcia, i jakie znaczenie ma tlen powietrza w przywróceniu czynnego stanu oksydaz, wykonał K. doświadczenia z CO_2, O, H i w próżni. Okazało się, że powrót własności oksydaz we wszystkich przypadkach był jednakowy, że przeto tlen powietrza nie ma przytem wielkiego znaczenia. To samo stwierdził K. i co do oksydaz brukwi, czosnku i chrzanu, które poddawano gotowaniu w przyrządzie Kocha przy 100° C. w ciągu 15 minut. Ciekawem jest jeszcze i to, że siła oksydazy wraca w czosnku i brukwi już na następny dzień, a w chrzanie dopiero na czwarty. Na podstawie tych badań nasuwa się pytanie, czy też ta cecha oksydaz jest właściwą i innym enzymom, może być i hydrolitycznym.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Stoerk. **W sprawie precypitacyi przy gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 9). Bonome stwierdził, że w surowicy chorych na gruźlicę można wykryć właściwe precipityny. S., wzorując się na precypitacyi surowic kiłowych przez lecytynę zaczął badać, czy precypitynogen prątków gruźliczych można odnieść do składników lipoidowych tychże. Badania S. w tym kierunku dały wynik dodatni. Wyciągi bowiem eterowe z przesączów prątków gruźlicy dawały po odparowaniu eteru pozostałość, która po rozpuszczeniu w rozczynie fizyologicznym soli z dodatkiem $1/2$ prc. karbolu wywoływała wybitny kłaczkowaty strąt w surowicy chorych na gruźlicę. Surowica osób zdrowych i chorych na inne choroby w tych samych warunkach nie dawała żadnego strątu. *Dr Blassberg.*

Oberwarth i Rabinowitsch. **O zakażeniu prątkami gruźliczymi drogą wessania z przewodu pokarmowego.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 6). Autorowie chcieli stwierdzić, czy po stanowczem wyłączeniu możliwości aspiracyi prątków podczas wprowadzania ich do przewodu pokarmowego powstanie w ustroju gruźlica ogólna, zwłaszcza zaś płuc. W tym celu odcinano drogą operacyjną u prosiąt wszelką łączność między przełykiem (lub żołądkiem), a jamę ustną, uniemożliwiając tem samem dostawanie się do niej z powrotem treści żołądkowej. Następnie przez przetokę żołądka wlewano doń hodowle gruźlicze, rozrobione z fizyologicznym rozczynem NaCl. Doświadczenia te dowiodły, że prątki, wprowadzone prosiętom wprost do żołądka, znajdowały się już po 22 godzinach we krwi ich i płucach, czego dowodem był dodatni wynik hodowli i przeszczepiania na świnki morskie. Stwierdzono dalej, że prątki mogą przebywać w tkankach pewien czas w stanie nieszkodliwym. W płucach bowiem i gruczołach krezkowych zakażonych prosiąt, ani gołem okiem, ani mikroskopowo zmian gruźliczych nie wykryto, chociaż zaszczepienie tych narządów innym zwierzętom dało wynik dodatni. Czy prątki, wprowadzone bezpośrednio do przewodu pokarmowego, mogą wywołać anatomiczne zmiany gruźlicze w innych narządach w ustroju, niestety nie stwierdzono.

Dr Wł. Kluger.

Doc. Konstantinowicz. **O stosunku gąsienic mola pszczół** (*galeria melonella*) **do laseczników gruźlicy.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 3). Z polecenia prof. Miecznikowa sprawdzał K. wyniki pracy Mietalnikowa (Centralbl. f. Bacteriologie 1906, t. 41) i doszedł do wręcz przeciwnych wniosków, mianowicie: laseczniki gruźlicy nawet po 5—10-dniowem przebywaniu w przewodzie pokarmowym mola pszczół nie giną wcale i nie tracą swojej jadowitości. Laseczniki gruźlicze, nawet zabite, wprowadzone do ciała gąsienic sposobem Mietalnikowa, nie znikają z ustroju gąsienic w ciągu długiego czasu. W ten sposób nawet i mowy być nie może o prędkiem niszczeniu tych laseczników w ustroju gąsienic, wbrew temu, co twierdził Mietalnikow, i co go skłoniło do stosowania wyciągu z gąsienic dla zwalczania gruźlicy u zwierząt ciepłokrwistych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

J. Courmont i Ch. Lesieur. **Prątki paratyfusowe i choroby zwane paratyfoidalnemi.** (*Presse méd.* Nr 9, 1908). C. i L. dochodzą do następujących wniosków: Zakażenia zwane paratyfoidalnemi są we Francyi wcale rzadkie. Dla rozpoznawania »paratyfusu«, nie wystarcza odczyn surowiczy, ale niezbędną jest hodowla. Określania »prątki paratyfusowe« i »choroby paratyfoidalne« powinny zniknąć w nauce; prątek Ebertha i gorączka durowa powinny pozostać, jak i dawniej, jedynymi przedstawicielami spraw durowych. *Stahr.*

Schur i Wiesel. **O zachowaniu się tkanki chromochłonnej podczas uśpienia.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 8), Autorowie usypiali znaczną liczbę królików przez $1/2$—5 godzin i badali zachowanie się nadnerczy i surowicy krwi w różnych okresach uśpienia. Substancyi chromochłonnej ubywało w nadnerczu tak, że już po 5 godzinach nie można jej było znaleść. Równocześnie tracą wyciągi z takich nadnerczy zdolność wywołującą rozszerzenia źrenicy, a całe zapasy adrenaliny przechodzą z nadnerczy stopniowo do obiegu krwi. Po uśpieniu wraca tkanka chromochłonna zwolna w przeciągu 12 godzin do pierwotnego stanu. Przy tak zwanym stanie grasiczym (*status thymicus*) ustroju istnieje niedokształcenie się tkanki chromochłonnej, a autorowie tłómaczą nagłą śmierć w uśpieniu przy stanach powyższych nagłem wyczerpaniem się skąpych zapasów adrenaliny. *Dr Blassberg.*

Medycyna wewnętrzna.

Teodor Łapiński: **Przypadek przewlekłego zatrucia chloral-hydratem.** (*Medycyna i Kronika lek. 1908. Nr 8*). Przypadek Ł. dotyczy osobnika, obciążonego dziedzicznie, który żyjąc w biedzie, w walce o byt traci równowagę moralną i oddaje się opilstwu. Opilstwo wywołuje u niego »ostre omamowe bredzenie pijackie«. Wyleczony z tej psychozy oddaje się po niedługim czasie nałogowemu używaniu wodnika chloralu z powodu bezsenności, który zażywa przez długi czas po 1 gr. i dochodzi do 8 gr. na dawkę. To przewlekłe nadużywanie chloralu wiedzie do powtórnego wybuchu psychozy, zupełnie podobnej do tej, na jaką chory zapadł po nadużywaniu wyskoku. Psychoza ta cechowała się zamroczeniem, omamami i złudzeniami wzrokowemi i słuchowemi, urojeniami prześladowczemi i hipochondrycznemi. W ciągu 20-miesięcznego pobytu w szpitalu odzwyczaja się chory od chloralu, odzyskuje prawidłowy sen i poprawia się fizycznie i psychicznie. *Pisarski.*

Morawitz: **O sprawach wyrównawczych w krążeniu.** (*Mediz. Klinik. 1908. Nr 8*). Każdy narząd pracuje tylko pewną częścią zasobu swej energii, by w razie nagłej potrzeby mieć siły zapasowe. Jeżeli wymagania nowe wzrosną, wtedy na-

rząd przerasta, nie pozbywając się jednak dalej swych sił zapasowych. Odnosi się to w całej pełni do serca. Zwierzęta, dużo się poruszające, mają serca większe, n. p. zając w porównaniu z królikiem, ptaki szybko latające w porównaniu z domowemi i t. p. Przerost serca spotykamy w pewnych chorobach np. płuc, aorty i nerek, w chorobie Basedowa i t. p. Dla płuc sprawą wyrównawczą jest duszność, t. j. głębsze i pełniejsze i o wiele częstsze oddechy. Płuco pracuje nietylko mechanicznie, ale także biochemicznie jako gruczoł. Widzimy to np. w górach na wielkich wysokościach, gdzie jest w powietrzu stosunkowo mniej tlenu, a przecież zostaje absorbowany w dostatecznej ilości. Tkanki zaopatruje tlenem hemoglobina, która tworzy z nim połączenie niezależnie od ciśnienia. Zachodzi tu również sprawa wyrównawcza. W razie bowiem nizkiego ciśnienia atmosfery zwiększa się zaraz liczba ciałek czerwonych i ilość hemoglobiny, co stwierdzić też można doświadczalnie w komorach pneumatycznych, jak również przy zatruciach tlenkiem węgla i w pewnych postaciach wrodzonych wad serca. Odwrotnie spotykamy również sprawy wyrównawcze przy zmniejszonej ilości hemoglobiny. Prawidłowo zawiera się w 100 cm. krwi ludzkiej około 14 gm. hemoglobiny. Przy wolno postępujących sprawach utracić może człowiek bardzo dużo hemoglobiny bez wybitnej szkody, inaczej jednak przy utratach nagłych; przy nagłej utracie połowy ilości Hb następuje uduszenie. Ustrój radzi sobie w podobnych przypadkach w różny sposób. Przedewszystkiem, jak na początku wspomnieliśmy, rozporządza ustrój większą ilością tlenu w ogóle, niż tego potrzeba, bo n. p. krew żylna zawiera jeszcze około 60% tlenu tak, że zaledwo około 34% tlenu tętniczego zostaje zabsorbowane. Dalej hemoglobina jest sama takiem połączeniem, które w miarę potrzeby różnie tlen absorbować może. W warunkach prawidłowych wiąże 1 g. hemoglobiny 1·34 cm^3 tlenu, w warunkach chorobowych spotykać możemy jednak bardzo wielkie różnice w tym względzie. Dalej wiemy z doświadczeń Bohra, że im więcej we krwi jest bezwodnika kwasu węglowego, tem łatwiej tlen przechodzi do tkanek. Nadto przy braku krwi serce pracuje znacznie szybciej, by w tym samym czasie wysłać dostateczną ilość krwi do tkanek. Tak zwane szmery anemiczne mają źródło właśnie w tym szybszym prądzie krwi. Przy braku więc dostatecznej ilości krwi pomaga sobie ustrój różnemi sprawami wyrównawczemi, jak zupełnem wyzyskaniem tlenu, silniejszą wentylacyą płuc, szybszem krążeniem krwi i może zmiennością hemoglobiny w stosunku do łączenia się z tlenem. Sprawy te są jeszcze niezupełnie jasne. Może obecnie przez wprowadzenie sposobów obliczania ogólnej ilości krwi u osobnika żyjącego, postąpimy trochę naprzód i poznamy lepiej sposoby, którymi w podobnych przypadkach ustrój sobie pomaga, co znowu przez naśladowanie natury naprowadzić nas może na nowe sposoby leczenia wielu cierpień. *K.*

Feliks Arnstein: **O kąpielach kwasem węglowym nasyconych w stwardnieniu tętnic i dusznicy bolesnej.** (*Medycyna i Kronika lek. 1908. Nr 4*). Powszechne uznanie zdobyło sobie stosowanie kąpieli z kwasem węglowym w przebiegu wad zastawkowych serca, szczególnie w okresie rozpoczynającego się zaburzenia wyrównania. To korzystne działanie tłómaczy się pobudzeniem obwodowego krążenia, pobudzeniem czynności serca na drodze odruchowej i podniesieniem ciśnienia krwi w układzie tętniczym. Natomiast różne są zapatrywania na sprawę stosowania kąpieli z kwasem węglowym w stwardnieniu tętnic i dusznicy bolesnej, a przeciwnicy tych kąpieli wskazują na podniesienie się ciśnienia krwi w tych cierpieniach i na wpływ kąpieli z kwasem węglowym na to ciśnienie. Co się tyczy podniesienia się ciśnienia krwi przy stwardnieniu tętnic, to istnieją dzisiaj liczne badania, dowodzące, że w przebiegu stwardnienia tętnic może być ciśnienie krwi prawidłowe lub nawet niższe od prawidłowego. Co do wpływu kąpieli z CO_2 na ciśnienie krwi, to wielu badaczy stwierdzało podniesienie się ciśnienia po tych kąpielach, wielu jednak, a pomiędzy nimi wielu lekarzy nauheimskich, żadnego wpływu na ciśnienie nie stwierdzało, a często zauważano nawet obniżenie się ciśnienia krwi. Tę sprzeczność w poglądach objaśniają tem, że ciepłota kąpieli, a nie kwas węglowy wpływa głównie na zmianę ciśnienia. Odpowiednio do tych różnych poglądów na działanie kąpieli z kwasem węglowym przy stwardnieniu tętnic, jedni lekarze odradzają je, inni polecają. A. należy do zwolenników z kąpieli CO_2. Postawienie wskazania do stosowania kąpieli z kwasem węglowym przy stwardnieniu tętnic powinno być jednak wynikiem dokładnej oceny różnych warunków, a przedewszystkiem powinno zależeć od ogólnego stanu chorego i jego odporności. Doświadczenie nauczyło autora, że kąpiele z kwasem węglowym, zastosowane w odpowiednich przypadkach stwardnienia tętnic, mogą przynieść rzetelną korzyść choremu. Kąpiele z bezwodnikiem węglowym będą wskazane: 1) W stwardnieniu tętnic, w tym okresie, w którym skutkiem długotrwałej zwiększonej pracy serca i złego odżywiania mięśnia sercowego następuje osłabienie jego czynności, czyli objawy niedomogi mięśnia sercowego. 2) Gdy sprawą sklerotyczną zajęty jest mięsień serca, skutkiem czego czynność jego jest upośledzona. 3) Przy dusznicy bolesnej, o ile nie jest ona powikłana zaburzeniami, wskazującemi na stwardnienie drobnych naczyń mózgu i nerek, i o ile ciśnienie krwi nie jest nadmiernie podniesione. Przeciwwskazane będą kąpiele z kwasem węglowym u osobników, u których kruchość naczyń doszła wysokiego stopnia, w stwardnieniu tętnic mózgowych, w śródmiąższowem zapaleniu nerek, w tętniakach, przy nadmiernie podniesionem ciśnieniu krwi i przy tłuszczowem zwyrodnieniu mięśnia sercowego. *Pisarski.*

F. Moritz. **W sprawie opukiwania prawej granicy serca.** (*Deut. med. Wochen.* Nr 9. 1908). Autor polemizuje z Curschmanem i broni swego zapatrywania zapomocą szeregu ortodiagraficznych zdjęć podwójnych prawego brzegu serca przy prawidłowym oddechu i w głębokim wdechu, przyczem stwierdza, że nie istnieje przesunięcie granicy ku bokom, a jedynie nieznaczne obniżenie serca; sądzi więc, że jego metoda badania stłumienia lewego serca przy średnio silnem lub słabem pukaniu, prawego serca przy silnem pukaniu i tu przy zastosowaniu głębokiego wdechu i to jedynie dla ułatwienia zadania jest całkowicie uzasadniona, a w każdym razie nie jest błędna. *Dr Skórczewski.*

Herz. **Ruchome serce a neurastenia.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr 9. 1908). Wzmożoną ruchomość serca z przesuwalnością do 3 a nawet 4 cm. napotykamy przy miażdżycy tętnic, błednicy i neurastenii. O przyczynach powstawania wzmożonej ruchomości serca w stanach powyższych wyrażano najrozmaitsze przypuszczenia, atoli dotąd związek przyczynowy nie został dostatecznie i zadowalniająco wyjaśniony. Romberg podnosi, że znaczna część neurasteników ze wzmożoną ruchomością serca dotknięta jest równocześnie znaczną miażdżycą tętnic. Udział miażdżycy w takich przypadkach jest łatwo zrozumiały, gdyż przez wydłużenie nasady aorty górny punkt przyczepu serca jest przesunięty ku dołowi. Przy błednicy i neurastenii upatruje H. przyczynę w osłabieniu mięśni całego ciała i obniżeniu napięcia mięśniowego. Osłabienie mięśni wywołuje u neurasteników opuszczoną postawę ciała, niejako zapadanie się ciała i niedostateczne ustalenie kręgosłupa. O ile zastosujemy wówczas żołnierskie naprostowanie, to wzmożona ruchomość serca ustępuje, uderzenie koniuszkowe znika z pod palca i przesuwa się na wewnątrz linii sutkowej. *Dr Blassberg.*

M. Roch i R. Burnand. **Gośćcowe zapalenie tętnic obwodowych.** (*Sem. médic.* Nr 13. 1908). Powszechnie znaną jest rzeczą, że w toku gośćca ostrego powstają często zapalenia wsierdzia i osierdzia, żeby jednak jad gośćcowy sadowił się w tętnicach, szczególnie obwodowych, tego do ostatnich czasów nie stwierdzono w sposób bezwzględnie pewny. Pod mianem ostrego zapalenia gośćcowego tętnic obwodowych opisywali wprawdzie niektórzy autorowie pewne sprawy, toczące się w toku gośćca w naczyniach obwodowych, jednak wszystkie te przypadki są niepewne. R. i B. opisują podobny przypadek u 31-letniego chorego. I ten przypadek nie jest stwierdzony anatomicznie. Odróżnienie omawianej sprawy od zatoru materyałem, który dostać się może na obwód z zajętego równocześnie prawie zawsze wsierdzia, jest prawie niemożliwe. R. i B. przypuszczają, że zapalenie tętnic obwodowych na tle gośćca jest dość częste, tylko, że nie wiedząc o tem, mało zwracamy na nie uwagi. W końcu przedstawiają R. i B. doniosłość tej sprawy dla późniejszego w tętnicach rozwijającego się stwardnienia. *Stahr.*

Silbergleit. **O wpływie kąpieli mających własność emanacyi radowej na wymianę materyi u człowieka.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr. 10). Celem autora było określić wpływ kąpieli z emanacyą radową na ogólną wymianę materyi, na podstawie mierzenia wymiany gazów przyrządem respiracyjnym Zuntza-Gepperta. Badany osobnik siedział po brodę w wodzie, mającej 34° C. stałej ciepłoty. (Dno wanny było podgrzewane). Najpierw mierzono wymianę gazów w kąpieli zwykłej, a następnie dodawano do wody albo radiosalu albo emanosalu. W pół godziny po dodaniu tych przetworów rozpoczynano mierzenie. Wynik badań był ujemny. Pod wpływem kąpieli z emanacyą radową nie wystąpiło ani wzmożenie, ani obniżenie wymiany materyi. Wynik ten jednak zdaniem S. nie przemawia przeciw leczniczemu działaniu takich kąpieli, jedynie stwierdza, że nie działają one przez wzmożenie wymiany materyi. *Dr W. Kluger.*

Pedyatrya.

Szkaryn. **Choroba Basedowa we wczesnem dzieciństwie.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 1—2). U dzieci zdarza się choroba Basedowa 50 razy rzadziej, niż u dorosłych; ogłoszono dotąd 50 przypadków. Wiek najwcześniejszy $2^1/_2$ r. W wieku do 5 lat spostrzegano 5 przypadków (10 prc.), od 5—10 lat 16 przypadków (32 prc.), od 10—17 lat 28 przypadków (56 prc.). S. podaje własny przypadek choroby Basedowa u dziecka $4^1/_2$-letniego z wolem, wysadzeniem oczu, przyspieszeniem i niemiarowością czynności serca, oraz podaje w streszczeniu 5 opisanych dotychczas przypadków tej choroby w wieku do lat 5. W porównaniu z chorobą Basedowa u dorosłych, zjawianie się jej u dzieci charakteryzują następujące cechy: szybszy rozwój, niemiarowość tętna, jako bardzo rzadki objaw, nieznaczny rozwój wola, najczęściej obustronnego, nigdy wyłącznie lewostronnego, wysadzenie oczu rozwinięte słabiej i należące do pierwszych objawów choroby, rzadkość objawów Stellwaga, Möbiusa, Graefego, wreszcie przyspieszony wzrost dzieci. Częstą jest dziedziczność wola, jak również powstanie jego po chorobach zakaźnych. Leczenie: konwalia, kozłek, jod, galwanizacya. S. widział polepszenie po antytyreoidynie Möbiusa. *Nelken.*

F. Siegert. **Leczenie krzywicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor, wychodząc z zapatrywania, że przekarmianie dziecka i zbyt wielka obfitość tłuszczów w pożywieniu grają wielką rolę w powstawaniu krzywicy, poleca jako środki zapobiegawcze prócz odpowiedniej higieny mieszkania i ubrania pożywienie nietłuste i skąpe co do ilości. Zaparcie stolca leczy S. dyetą i miesieniem. W leczeniu już istniejącej krzywicy ogranicza S. lub zastępuje mleko i jaja zapomocą jarzyn i owoców, gruboziarnistego chleba. Ubranie poleca przewiewne, posłanie twarde, przykrycie lekkie. Przy wypryskach skórnych kąpiele aromatyczne. W razie przerostu migdałków należy je wyciąć. Spasmofilię leczy S. tranem z fosforem 1: 10000, podczas drgawek podaje brom, chloral i przetwory makowca. Podaje również fosfor z tranem i żelazo (w postaci związku hemoglobinowego) przy krzywicy niepowikłanej, natomiast podawania wapna nie uważa za konieczne, a nawet przy spasmofilii raczej za przeciwwskazane (Stoelzner). Leczeniem ortopedycznem S. się nie zajmuje. *Dr Skórczewski.*

Mühsam. **Leczenie pyocyanazą w błonicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 6). Autor, stwierdziwszy bakteryobójcze działanie pyocyanazy na hodowle prątków błoniczych, dalej nieszkodliwość wstrzykiwania hodowli prątków z domieszką pyocyanazy świnkom morskim, zaczął stosować w błonicy u ludzi pyocyanazę miejscowo na zmiany w gardle, rozpylając 3 razy dnia po 2 ctm. sz. pyocyanazy, ogrzanej do 40° C. Pięciu chorych, u których stosował rozpylanie pyocyanazy, wyzdrowiało, z 18 leczonych pyocyanazą i surowicą przeciwbłoniczą 4 zmarło; dwóch z nich w pierwszej dobie po przyjęciu. M. zauważył przy stosowaniu pyocyanazy szybkie rozpuszczanie się błon błoniczych i szybkie znikanie cuchnienia z ust i poleca stosować ten środek razem z surowicą. *Dr Skórczewski.*

Ferraris. **Próby żywienia mieszanką maślankową.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1908, Nr 3). Uzyskaną w mleczarni maślankę przygotowuje F. w sposób następujący: 15 gr. mąki pszennej miesza się na zimno z kilku łyżkami maślanki, tę mieszaninę wlewa się do litra maślanki i dodawszy 60 gr. cukru ogrzewa się, ciągle mieszając, zwolna (15—20 minut) aż do zawrzenia. Po dwukrotnem jeszcze zawrzeniu zlewa się gorący płyn do poprzednio wyjałowionych flaszeczek, zatyka się je kapslami gumowemi i przechowuje w miejscu zimnem. Zapomocą tej mieszanki osiągnął F. dobre wyniki w ogólnym zaniku (*atrophia infantum*), u dzieci niedokrwistych i dotkniętych krzywicą z wrażliwym żołądkiem. Natomiast przy nieżytach jelit, przebiegających z ciężkimi objawami zatrucia, używa F. mieszanki tej tylko bardzo ostrożnie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 18. marca 1908.

Przewodniczący Prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 51.

1) Po odpowiedniem przemówieniu Prezesa kol. Borzęckiego i kol. Rektora Jakubowskiego nastąpiło odsłonięcie portretu ś. p. Dra Kremera, założyciela Tow. lek. krak. Imieniem rodziny ś. p. Kremera zabiera głos kol. prof. Domański, życząc Towarzystwu dalszego pomyślnego rozwoju.

2) Kol. Łapiński przedstawił przypadek **gynekomastia vera.**

3) Kol. Regiec wygłosił odczyt: **O gimnastyce szwedzkiej** (z demonstracyami świetlnemi).

W dyskusyi zabierają głos: Kol. Wachtel, który podnosi, że myślą przewodnią Zandera było, żeby przyrządami, podanymi przez niego, zastąpić użycie pomocy nieraz 2—3 osób, które są nierzadko bezwarunkowo potrzebne przy wykonywaniu gimnastyki szwedzkiej. — Kol. Chlumsky jest zdania, że obok aparatów Zanderowskich potrzebna jest i gimnastyka szwedzka i w ten sposób prowadzone leczenie est dopiero skutecznem. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Posiedzenie w d. 1. kwietnia 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 38.

1) Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. prof. Mierzejewskiemu, który był członkiem honorowym Towarzystwa i ś. p. Józefowi Zollowi.

2) Kol. Prezes odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa co do ustawy o chorobach zakaźnych i pismo Wydziału krajowego w sprawie reformy szpitalnictwa krajowego. Przyjęto do wiadomości.

3) Komitet przedstawia Dra Gundruma z Zagrzebia na członka korespondenta Tow., a kolegę Bielańskiego na Prezesa komisyi przemysłowej; wnioski te uchwalono jednomyślnie.

4) Kol. Kader przedstawia przypadki operowane *a)* **gruźlicy kątnicy,** *b)* **raka okrężnicy,** *c)* **plastyki ścięgien,** *d)* **raka części odźwiernikowej żołądka.**

5) Kol. Radliński przedstawia przypadek wyjęcia **raka migdałka** przez faryngotomię boczną.

6) Kol. Landau przedstawia przypadek **choroby Moeller-Barlowa.**

7) Następnie Dyr. Trochanowski wypowiedział odczyt **O wodach iwonickich.** Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VIII. posiedzenie naukowe dnia 3. kwietnia 1908.

I. Prof. Mars przedstawia *a)* preparat macicy ze **zgorzelinowo rozpadającym się włókniakiem.** Preparat pochodził z chorej, która 3 razy rodziła, a następnie tyleż razy roniła. Po ostatniem poronieniu ustawiczne krwawienia, następnie odchody cuchnące, którym towarzyszyły objawy ogólnego zakażenia. Przed owymi ogólnymi objawami wyskrobano macicę i rozpoznawano rozpadającego się włókniaka. Na wyłuszczenie macicy chora z początku nie chciała się zgodzić. Dopiero, gdy już wystąpiły groźne objawy, wykonano wycięcie nadpochwowe ze względu na skrócenie czasu operacyi. Prelegent omawia pokrótce wpływ połogu na włókniaki. Przypadek przedstawiony zasługuje na uwagę ze względu na korzystny wynik operacyi mimo tak późno wykonanego zabiegu; *b)* chorą, którą **operowano** sposobem Picola **z powodu wynicowania macicy po porodzie,** polegającem na pęknięciu tylnej ściany wynicowanej macicy. — W dyskusyi ad *a)* Prof. Sołowij podał kilka szczegółów klinicznych o chorej, która pierwotnie do niego się zgłosiła.

II. Dr Reis omawia przypadek, w którym stwierdził **gąsienice much w oczodole rakowo wrzodziejącym;** wydobył z niego 240 sztuk gąsienic muchy złotej (*Lucilia*). W czasach przedantyseptycznych pojawianie się gąsienic w ranach należało do rzeczy zwykłych; R. przytacza dość skąpe piśmiennictwo, tyczące się muszycy oka, oraz dane różniczkowe, służące do oznaczania pokrewnych rodzajów muchy na podstawie gąsienic.

W dyskusyi podnosi Prof. Gluziński, że podobne rodzaje gąsienic much nagabują przewód pokarmowy, wywołując szereg nawet ciężkich przypadłości, szczególnie u dzieci. — Dr Skałkowski widział przypadki zanieczyszczenia gąsienicami wrzodów goleni i to pod opatrunkiem. — Prof. Machek zaznacza, że owo pojawianie się gąsienic powstawało dawniej zwłaszcza w związku z nieodpowiedniem leczeniem. — Dr Ziembicki W. omawia różne rodzaje larw, spotykane w stolcach; szczególnie niebezpieczna jest spotykana w serze (*Pyophyla casei*).

III. Dr Nowicki przedstawia: *a)* preparat **wrodzonego braku znacznej części jelita grubego.** U noworodka 5-dniowego, u którego z powodu typowych objawów niedrożności jelit utworzono odbyt sztuczny, znalazl N. brak prawie całego ramienia wstępującego i poprzecznego okrężnicy. Żołądek i jelita cienkie, szczególnie dolna część biodrowego, bardzo rozszerzone. Kątnica, kilkanaście razy powiększona, kończyła się ku górze ślepo gładką kopulastą powierzchnią; w świetle jej bardzo dużo prawidłowo zabarwionej smółki. Dalsza część jelita zaczynała się ślepym gładkim na powierzchni początkiem w okolicy śledzionowej, jako bardzo cieniutkie, skurczone, zupełnie drożne aż do odbytu jelito, zawierające gęsty biały śluz. Na otrzewnej nie było żadnych zrostów ani innych śladów przebytego zapalenia, również żadnego, w szczególności postronkowatego połączenia między obu ślepymi końcami jelita. Żadnych wreszcie śladów po skręceniu, wgłobieniu lub uwięźnięciu; przeciwko tym sprawom przemawia badanie drobnowidowe owych ślepych końców. N. przypuszcza, że jest to wada rozwojowa i w początkach rozwoju zarodka powstała, może na tle nierozwinięcia się odpowiednich naczyń; zaznacza w końcu, że wśród wrodzonych niedrożności jelit najrzadziej spotyka się je w jelicie grubem i to w tak znacznym, jak tu stopniu; *b)* preparat z **wrodzonym brakiem w przegrodzie międzykomorowej** i następowem tętniakowatem wypukleniem zastawki tętnicy głównej. Preparat pochodzi z mężczyzny 23-letniego, u którego za życia nie można było uczynić pewnego rozpoznania. Otwór w przegrodzie międzykomorowej usadowiony bardzo wysoko tuż pod odejściem tętnicy płucnej i głównej. Przez otwór ten wypukła się tętniakowato do komory prawej zastawka tętnicy głównej wraz z najbliższą okolicą, tworząc tętniak wielkości orzecha tureckiego, który pękł na szczycie.

Witold Nowicki.

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich dnia 3. IV. 1908. w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

I. Po oprowadzeniu obecnych po oddziele chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym, przyczem objaśnień udzielali kol. Doliński i Herman:

1) Kol. Herman przedstawia 22-letnią chorą N. M., u której w piątym dniu **po częściowem wycięciu wola** ogromnych rozmiarów pojawiła się **tężyczka.** Wycięto cały płat prawy, a z lewego pozostawiono róg górny. W czasie operacyi obfite krwawienie żylne. Masa pozostawionej tkanki gruczołowej dorównuje trzy- lub nawet czterokrotnie wziętej masie prawidłowego gruczołu tarczowego. Kol. H. umyślnie pozostawił tyle gruczołu, gdyż wól uległ zwyrodnieniu klejowatemu, a wiadomo, że tkanka tak zwyrodniała niema pod względem czynnościowym wielkiej wartości. I to jednak nie ochroniło chorej przed tężyczką. Widocznie słuszność mają ci, którzy twierdzą, że tężyczka jest następstwem nie braku dostatecznej ilości gruczołu tarczowego (gdyż w tym przypadku pozostawiono go raczej w nadmiarze i dziś jeszcze w 3 tygodnie po operacyi obwód szyi wynosi 38 ctm), lecz z usunięcia tz. ciałek nabłonkowych (*gland. parathyreoideae*), o których położeniu topograficznem u ludzi wyrażają się autorowie w podręcznikach i monografiach bardzo ogólnikowo i różnie. Odnosi się wrażenie, że pozostawienie lub usunięcie gruczolików przytarczycowych bywa raczej dziełem przypadku, niż świadomego postępowania. Zdarzyć się więc mogło, że i w tym przypadku nieświadomie zabrano i te ciałka, może jednak nie wszystkie, gdyż tężyczka przebiega łagodnie i objawy słabną, mimo że dotychczas ograniczano się jedynie do leczenia objawowego.

2) Kol. Herman przedstawia chorego J. I., 18-letniego, który zgłosił się do szpitala z objawami **zwężenia jelit.** Badanie stwierdziło wyraźną więź gruźliczą, a w okolicy kątnicy guz wielkości pięści męskiej, twardy, o nierównej powierzchni, lecz ruchomy. W czasie badania stwierdza się napinanie się jelit, czemu towarzyszy znamienne kruczenie. Rozpoznanie guzowatej **gruźlicy jelita ślepego** nie sprawiało trudności. Po otwarciu jamy brzusznej i rozdzieleniu zrostów wycięto tz. *angulus ileocoecalis.* Przerosłe i rozdęte jelito biodrowe przecięto w odległości około 20 ctm. od zastawki Bauhina, jelito grube zaś w okolicy zgięcia wątrobnego. Po zaszyciu świateł zespolono bocznie jelito biodrowe z okrężnicą poprzeczną, ułożywszy je wpierw izoperystaltycznie. Operowany zniósł zabieg operacyjny dobrze, i dziś, t. j. w 10 dni po operacyi, jest już ozdrowieńcem. Na przedstawionym preparacie widać, że sprawa chorobowa nie ograniczała się do samej tylko kątnicy, lecz szerzyła się także na okrężnicę wstępującą. Na preparacie stwierdza się podwójne zwężenie; jedno nie tak wybitne, przepuszczające jeszcze palec, w okolicy owrzodziałej zastawki Bauhina, drugie, wybitniejsze, w miejscu przejścia kątnicy w okrężnicę wstępującą, przepuszcza zaledwie cienki ołówek. Nadto w niezmienionem zresztą jelicie biodrowem tuż przed ujściem jego do kątnicy napotkano dwie porowate stężyny, złożone jakoby ze soli wapniowych, które ewentualnie działać mogły jako wentyl, zamykający chwilowo zupełnie drożność jelita.

3) Kol. Małaniuk przedstawia dwóch chorych **z ranami postrzałowemi.** a) U pierwszego rzekomo przypadkiem, kula rewolwerowa weszła przez podbródek mniej więcej w połowie długości prawej poziomej gałęzi żuchwy, a znaleziono ją, na pół z rany wysterczającą szczytem w miejscu przejścia przedniego prawego łuku podniebiennego w podniebienie miękkie. Brak wszelkich obrażeń pobocznych. Kulę wydobyto kleszczykami. Tę dziwną drogę pocisku wytłómaczyć można jedynie przypadkowem i szczególnem ułożeniem głowy chorego w chwili strzału. b) U drugiego chorego, 12-letniego F. P., chodzi o przypadkową ranę postrzałową śrutem. Strzał padł z odległości kilku kroków w kierunku stycznej do prawego łuku żebrowego, nie otwierając prawdopodobnie na razie ani jamy opłucnej, ani też jamy brzusznej, jakkolwiek chrząstki łuku żebrowego zostały na znacznej przestrzeni zniszczone. Następnie kilka ziaren śrutu przebiło prawe ramię tuż ponad stawem łokciowym. Do szpitala odwieziono zranionego w kilka dni po zranieniu. Rany posokowate, cuchnące. W uśpieniu rozcięto mostek, dzielący wlot od wylotu postrzału, pousuwano gnijące strzępy tkanki i wytamponowano zaułki, wytarłszy wpierw ranę nalewką jodową. Już następnego dnia ciepłota, dochodząca przedtem do 39, spadła do poziomu prawidłowego i rana się oczyściła. Przy następnej zmianie opatrunku zauważono jednak w ranie żółć, sączącą się z pod zewnętrznego brzegu rany. Następnego dnia wypływ żółci z rany był tak obfity, że nietylko cały opatrunek, ale i pościel nią przesiąkła. Tegoż dnia (a więc w dni 8 po zranieniu) stwierdzono objawy tężca z przeważnem zajęciem głowy (szczękościsk, utrudnione połykanie), gdy tułów i kończyny były jeszcze wolne. Po kilku jednak godzinach tężec przeszedł na tułów. Obecnie (w drugiej dobie choroby) niezajęte pozostały jedynie kończyny. Wieczorem tegoż dnia wstrzyknięto do opon rdzeniowych $1^1/_2$ cm^3. 25% rozczynu siarkanu magnowego. Po wstrzyknięciu chory uczuł się nieco swobodniejszym, ustąpiło stężenie w karku i połykanie było łatwiejsze. Po 18 godzinach jednak objawy tężca powróciły w pierwotnem nasileniu, tak, że okazało się potrzebne drugie wstrzyknięcie $MgSO_4$. (Dalszy przebieg zostanie opisany później).

II. Następnie obradowano nad miejscową taryfą lekarską, postanawiając przedłożyć Izbie lekarskiej do zatwierdzenia taryfę średnią.

III. Postanowiono urządzić w maju »kursa samarytańskie« dla pań.

IV. W sprawie lekarzy »Kółek rolniczych« uchwalono odnieść się z zapytaniem do Izby lekarskiej.

Sekretarz *Dr Süsswein.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne w d. 31. marca 1908 r.

Higier wypowiedział rzecz p. t. **Dwa przypadki nadmiernej pamięci. Przyczynek do psychofizyologii fenomenalnego rachmistrzostwa.** Podając ścisłe określenie rachmistrzostwa, wymienia H. słynnych rachmistrzów z czasów starożytnych, średniowiecznych, oraz z ubiegłego stulecia. Trzej rachmistrze, których badał H. (dwóch z nich przedstawia podczas odczytu), różnią się od wielu innych tem, że nie są zawodowcami, produkującymi się publicznie, że są prawdomówni i że nie posiadają tej wprawy i tej pewności siebie, chociaż liczą fenomenalnie szybko i bez błędu. Jeden z przedstawionych rachmistrzów posiada znakomitą pamięć słuchową, jest to t. zw. »słuchowiec«, dwaj inni — pamięć wzrokową — są to t. zw. »wzrokowcy«. Jeden z nich umie zaledwie niższą matematykę, inni prócz tego — i początki algebry.

Opierając się na badaniach tych 3 rachmistrzów, dochodzi H. do wniosku, że niezbędnymi czynnikami, składającymi się na wytworzenie fenomenalnego rachmistrzostwa, są: 1) znakomita pamięć, 2) ogromne wyćwiczenie, 3) t. zw. zdolność rachunkowa.

Rozbierając zdolność pamięciową, H. omawia istotę pamięci, jej zaburzenia (amnezya, paramnezya, dysmnezya, hypermnezya), zdolność nabywania i zapamiętywania, objętość pamięci u ludzi zwykłych i rachmistrzów, a opiera się w swych wywodach na klasycznych badaniach pamięci Elbinghausa. Następnie podaje H. różnice, jakie zachodzą między pamięcią barw, a pamięcią słuchową i wzrokową; rozbiera porównawczo pamięć cyfr, liczb i sylab; zwraca uwagę na nieuwzględnioną dotychczas różnicę między cyframi martwemi, a żywemi, t. j. przetrawionemi, przerobionemi duchowo przez rachmistrza; wreszcie rozpatruje mnemotechniczne sztuczki (monotonię, rytmikę, grupowanie it.p.), i świadome lub bezwiedne podstępy pewnych zawodowców. W sprawie ćwiczenia dowodzi H. nadzwyczajnej jego ważności, opierając się na własnych badaniach i na zeznaniach wielu rachmistrzów. Bezpośredni wynik znakomitej pamięci i częstych ćwiczeń stanowi posiadanie przez rachmistrzów w pamięci t. zw. wydłużonej tabliczki mnożenia (t. j. wieloczynu z liczb dwu- lub trzycyfrowych), tabliczki kwadratów i sześcianów wielu liczb, logarytmów wielu liczb i kątów trygonometrycznych, wielu odpowiedzi z dziedziny liczb mianowanych (n. p. liczby sekund w roku) i t. p. W sprawie zdolności rachunkowej omawia H. jej przypuszczalne podłoże anatomiczno-histologiczne i psychologicznofizyologiczne, zbijając teoryę Galla i Moebiusa i wyjaśniając różnicę między rachmistrzem, a szybko w pamięci liczącym zawodowym handlowcem lub matematykiem. Rachmistrz, posiadając wyżej wspomniany gotowy materyał pamięciowy, korzysta prócz tego z wszelkich sposobów i rękoczynów, przez szkołę uznawanych i nieuznawanych. Dając odpowiedź w zadaniu, z góry wyłącza częstokroć możliwość odpowiedzi ułamkowej, ujemnej, urojonej, opuszcza czasem jeden z szeregu warunków, stawianych przez zadanie, uzupełniając go następnie drogą prób; mnoży i dodaje albo metodą zwykłą, szkolną, albo też, co bywa częściej, metodą dawną Egipcyan i Indusów z lewej strony ku prawej; posiadając rozległą, szybką i żywą zdolność kojarzenia, stosuje metodę prób i zgadywań, zaokrąglając dane liczby przez stopniowe zwężanie metodą > < (więcej — mniej) granice możliwych i prawdopodobnych odpowiedzi. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 9. stycznia 1908.

Obecnych członków 32. Przewodniczy Rumszewicz.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) J. Hoffman: **Obecny stan nauki o odporności.** Streściwszy historyę rozwoju nauki o odporności, wspomina H. o teoryach Pasteura, Cheveau i Behringa, szczegółowiej streszcza teoryę Miecznikowa i przeważnie Ehrlicha, zaznajamia słuchaczy z nauką o toksynach i antytoksynach i o odporności przeciwbakteryjnej, wiążąc ją z nauką o hemolizynach i jadach komórkowych; tłómaczy dalej z punktu widzenia Ehrlicha zjawiska precypitacyi i aglutynacyi. Powracając do teoryi Miecznikowa, a mianowicie do jej ewolucyi pod wpływem ostatnich odkryć, kreśli jej podobieństwa i różnice z teoryą Ehrlicha. Następnie mówi o pracach Wrighta i o jego teoryi opsoninów, nad którą zastanawia się z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia. Nakoniec wzmianką o agresynach i o stanowisku, jakie według teoryi Baila zajmują w nauce o odporności, kończy swój odczyt. (*Streszczenie własne*).

2) M. Łążyński przedstawia rentgenogram oraz podaje krótki opis przypadku wybitnej **karłowatości ręki oraz zrostu wszystkich palców** (*mikrodaktylia et syndaktylia*). *Dr Łążyński.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

I. Ogólne inauguracyjne posiedzenie w d. 11/24. II. 1908 poświęcone uczczeniu pamięci Dra Mikołaja Strawińskiego.

Obecnych osób 87.

I. Prezes, Prof. Dr St. Zaleski, zagaja posiedzenie, witając licznych gości honorowych oraz wdowę i rodzinę zmarłego prezesa b. »Koła lekarzy polskich«, Dra med. M. Strawińskiego, uczczeniu pamięci którego jest poświęcone dzisiejsze zgromadzenie.

II. Odczytano i zatwierdzono protokoły posiedzeń organizacyjnych z d. 10/23. i 18./31. stycznia 1908.

III. Odczytano sprawozdania doroczne byłego »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«, ułożone przez *a*) sekretarzy, *b*) skarbnika i *c*) komisyę rewizyjną, którym złożono podziękowanie.

Sprawozdanie ze stanu kasy b. »Koła« obejmuje w przychodach 140 rb. ze składek rocznych, 36·63 rb. z odsetków w państw. Kasie oszcz., 8·07 rb. z drobnych wpływów (reszty ze składek na ucztę i wieniec), razem 184·70 rb.; w rozchodach zaś: koszta drukarni i wydatki pocztowe sekretarza 39·72 rb., wydatki na legalizacyę »Związku« 39·20 rb., ogłoszenia w pismach o śmierci ś. p. Strawińskiego i wieńce 127·85 rb., koszta posiedzeń »Koła« (obsługa, światło i t. p.) 29·15 rb., telegramy 4·03 rb., oprawa książek 9.95 rb., razem 349·90 rb. W d. 1. I. 1907 posiadała kasa »Koła« w gotówce 1022·22 rb.; ponieważ rozchód w r. 1907 wyniósł 349·90 rb., dochód zaś 184·70 rb., więc w d. 1. I. 1908 posiada kasa 857·02 rb., z czego 785·81 rb. w państwowej kasie oszczędności, a 71·21 rb. w gotówce u skarbnika Dra Wiercińskiego. Sprawozdanie skarbnika sprawdziła 11. II. 1908 komisya rewizyjna »Koła«, złożona z Dr Białobłockiej i Wilamowskiego.

IV. Prezes, Prof. Zaleski, odsłonił popiersie zasłużonego, pierwszego i jedynego prezesa byłego »Koła«, Dra med. M. Strawińskiego, podnosząc, iż w uznaniu Jego niespożytych zasług obywatelsko-społecznych i zawodowych, lekarze członkowie dawnego »Koła«, a obecnie »Związku«, jednomyślnie postanowili uczcić Jego pamięć przez to popiersie, które niech świadczy, że duchowa łączność między schodzącem z pola pokoleniem zasłużonych naszych działaczów i wchodzącą na nie generacyą istnieć nie przestaje.

V. Dr Urban Wierciński wygłosił mowę, poświęconą pamięci i szczegółowej ocenie działalności ś. p. Strawińskiego. Mowa ta, przyjęta oznakami ogólnego uznania, ma być wydrukowana.

VI. Odczytano listy: *a*) z Kazania od Prof. Dra Wit. Orłowskiego, który dziękuje za obranie go pierwszym członkiem honorowym »Związku«; *b*) z Krakowa, od Prof. Dra St. Ciechanowskiego, przyjmującego w imieniu »Przeglądu lekarskiego« obranie tego pisma za organ »Związku«; *c*) od posła Dra Wąsowicza, który wyraża w imieniu posłów-Polaków żal, że nikt z nich na dzisiejsze zgromadzenie »Związku« przybyć nie może z powodu posiedzenia »Dumy«.

VII. Prof. Henryk Merczyng miał odczyt p. t. **Ilościowe granice poznania natury.**

VIII. P. Józef Łukaszewicz wykładał: **O zasadach filozofii naukowej.** Za oba odczyty prezes w imieniu zgromadzenia złożył prelegentom gorące podziękowanie.

IX. Na podstawie § 13. ustawy obrano jednogłośnie członkami-korespondentami »Związku« Prof. Dra St. Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego«, Dra med. Kwaśnickiego, byłego redaktora tegoż pisma i Prof. Dra Cybulskiego, wszystkich z Krakowa, i Prof. Dra Popielskiego ze Lwowa; członkiem rzeczywistym Dra med. Boi. Milewskiego.

X. Poddano dyskusyi sprawę budowy szpitala polskiego w Petersburgu i uchwalono zawiązać osobny w tym celu komitet z osób, wskazanych przez Radę. XI. Uchwalono wzór pieczęci »Związku« przedstawić na następne posiedzenie dla ostatecznego zatwierdzenia. XII. Prezes zwraca się do obecnych na posiedzeniu techników, farmaceutów i lekarzy-dentystów z prośbą o utworzenie osobnych wydziałów »Związku«.

Sekretarz II: *Dr Konrad Uliński.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadanie moje tegoroczne jest o tyle łatwiejsze, że zestawiwszy niedawno (por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 16—32) najważniejsze z liczb statystycznych i wiadomości, zawartych w 3 poprzednich sprawozdaniach (1901—1903), mogę w wielu szczegółach ograniczyć się do porównania sprawozdania tegorocznego z poprzedniemi i do podkreślenia tylko głównych różnic.

W ogólnym układzie sprawozdania niema w porównaniu z poprzedniemi większych zmian. Usprawiedliwione i korzystne jest przeniesienie ustępu o szczepieniu do rozdziału o zwalczaniu chorób zakaźnych. Jak w r. z. nadmieniłem, wydawałoby mi

się pożądane przywrócenie w sprawozdaniach działu p. t. »Naturalny przyrost ludności«, oraz niektórych z pomieszczanych dawniej na końcu zestawień tabelarycznych, dalej dodanie liczby zaludnienia poszczególnych powiatów i miast, przyjętej w danym roku za podstawę obliczeń, wreszcie dokładniejsze dane o ruchu emigracyjnym (stałym i sezonowym). W tym względzie jednak w sprawozdaniu za r. 1904 nie znajdujemy żadnych zmian. Sprawozdanie to wyszło z druku nieco wcześniej, niż poprzednie, co pozwala mieć nadzieję, że może i dalsze sprawozdania pojawiać się będą stopniowo coraz rychlej; byłoby to wielkiem ulepszeniem.

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W r. 1904 zawarto małżeństw 61,885, t. j. 8·45‰ ludności (w ostatniem czteroleciu najniższy odsetek). Jak zwykle, najwięcej małżeństw zawierano w powiatach ruskich (do 10·9%), najmniej w polskich (do 5·6‰).

B. Urodzenia

w liczbie 328.694 przewyższają rok poprzedni o 7622 i wynoszą 44·9‰. Jak i w latach poprzednich, ludność ruska jest płodniejsza od polskiej. Wśród krajów austryackich jest ludność galicyjska najpłodniejsza; po Galicyi idą: Śląsk, Dalmacya, Bukowina; inne kraje mają urodzeń poniżej 40‰ ludności. Liczba dzieci nieślubnych znowu się w porównaniu z roku 1903 nieco zmniejszyła (z 4·26 na 4·2‰ ludności); w poszczególnych powiatach zależy ona od ilości żydów, mieszkających w powiecie (dzieci z małżeństw rytualnych zapisywane są jako nieślubne); wśród ludności chrześcijańskiej jest liczba ta w porównaniu do innych krajów bardzo nizką. Również spadła znów cokolwiek liczba dzieci, nieżywo urodzonych (z 2·1 na 2·03‰ urodzonych), od szeregu lat zwolna, ale stale się zmniejszająca. W r. z. wspomniałem, w jakim to pozostaje stosunku do pomocy położniczej. Pod tym względem w r. 1904 nastąpiło polepszenie: przy pomocy wykształconych położnych odbyło się 88,820 porodów, o 5355 więcej, niż w r. 1903; odsetek porodów przy umiejętnej pomocy wzrósł z 25·9 na 27 prc. Statecznie wzrastał on w ostatnim 4-leciu w 17 powiatach, spadał w 7 (w r. z. wymieniała Rada zdrowia takich powiatów nawet 10); w reszcie powiatów waha się.

C. Śmiertelność

wynosiła w r. 1904 w stosunku do ludności obliczonej na ten rok według średniego przyrostu, 26·22‰ i była większą o 0·37‰ od śmiertelności w r. 1903. Ten wzrost śmiertelności tłómaczy się dostatecznie wielką klęską powodzi w roku 1903 i jeszcze większą klęską posuchy i nieurodzaju, które dotknęły Galicyę w r. 1904.

1. Śmiertelność według wieku.

Jak w latach poprzednich, tak i w r. 1904 przeszło połowę wszystkich zmarłych stanowiły dzieci poniżej 5. roku życia (50·67 prc.). W porównaniu wszelako z poprzedniem trzechleciem był r. 1904 pod tym względem najpomyślniejszym. Niestety wątpić można, czy to polepszenie utrzyma się w latach następnych, a przecież obecnie, gdy już powiodło się znacznie zmniejszyć śmiertelność z chorób zakaźnych wśród dorosłych, można dalszego wydatnego zmniejszenia się śmiertelności w Galicyi oczekiwać głównie od zmniejszenia śmiertelności dzieci, zwłaszcza niemowląt. Śmiertelność niemowląt była w r. 1904, jak zwykle, największa w powiatach, odznaczających się najwyższą płodnością. Rada zdrowia zauważa, że chcąc tę śmiertelność obniżyć, trzebaby dokładnie zbadać warunki żywienia i pielęgnowania noworodków i niemowląt w różnych okolicach kraju, a przedewszystkiem w tych powiatach, gdzie ta śmiertelność jest stale wysoka.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Co myśleć o wartości danych statystycznych w tym dziale, wiadomo już ze sprawozdań dawniejszych. Istotną wartość mają tu dane tylko o tych chorobach, które są sprawdzane przez lekarzy urzędowych, t. j. o pewnych chorobach nagminnych. Resztę danych, opartą na wykazach parafialnych, należy brać bardzo ostrożnie, bo ciągle jeszcze mało co więcej nad ¼ zmarłych oglądają lekarze. Rok 1904 był pod tym względem nawet gorszy (25·3 prc.) od r. 1903 (26·07 prc.). Określenie przyczyny śmierci przez niewykształconych oglądaczy zwłok, jak to się dzieje w ¾ przypadków, niema najczęściej żadnej wartości. (Znam n. p. przypadek, że taki oglądacz zwłok wpisywał jako przyczynę śmierci zawsze zapalenie płuc, a gdy mu to lekarz urzędowy wytknął, zaczął wpisywać stale.... zapalenie nerek, które mu z danego mu pouczenia jedynie w pamięci utkwiło). Wrodzony brak sił żywotnych miał być przyczyną śmierci w 2814 przypadkach. Gruźlica i zapalenie płuc, omawiane w Sprawozdaniach zawsze razem z przyczyn, o których wspomniałem w r. z., zabrały w r. 1904 6·85‰ ludności (o 0·32‰ więcej, niż w poprzedniem trzechleciu), a 25·3 prc. ogółu zmarłych. Miasto Kraków nie sprzeniewierza się smutnej swej tradycyi i stoi na trzeciem miejscu wszystkich powiatów z 12·20‰, chociaż już w poprzedniem trzechleciu miał śmiertelność o 1‰ niższą. Ten wzrost śmiertelności (dane są tu pewne, bo wszystkich zmarłych oglądają w Krakowie lekarze) z gruźlicy i zapalenia płuc najwymowniej świadczy, jak pilną jest sprawa »Wielkiego Krakowa«, t. j. rozszerzenia granic miasta i idącej za tem poprawy higieny mieszkań; potworne przeludnienie ciasno zabudowanego Krakowa niewątpliwie ma tu znaczenie bardzo wielkie. We Lwowie spadła śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc z 9·98‰ w poprzedniem trzechleciu na 9·88‰ w r. 1904.

Błonicę podają wykazy parafialne jako przyczynę śmierci w r. 1904 u 0·97‰ ludności (w r. 1903 tylko 0·87‰). Według wykazów lekarzy urzędowych grasowała błonica w r. 1904 w całym kraju z wyjątkiem 8 powiatów, a umarło z niej 1742 osób; jednakże tak samo, jak w latach poprzednich, zaledwo ¼ przypadków śmiertelnych z błonicy, (wynoszących według wykazów parafialnych 7168), doszła do wiadomości lekarzy urzędowych! Surowicę przeciwbłoniczą stosowano u 2945 chorych, t. j. 39·1 prc. będących w leczeniu; z tych zmarło 12 prc., u 10·9 prc. zaś skutek leczenia nie jest wiadomy. Z kilku powiatów podano uderzająco pomyślne wyniki leczenia surowicą (Brzeżany 4·4 prc. śmiertelności przy surowicy, 29·4% śmiertelności ogólnej z błonicy; Lisko 2·7 prc. wobec 16 prc., Wieliczka 4·3 prc. wobec 20·3 prc.).

Krztusiec miał być przyczyną śmierci u 0·87‰ ludności.

Ospa zabrała w całym kraju tylko 7 osób; (lekarze urzędowi otrzymali wiadomość tylko o 5 z nich). Tylko r. 1903 był pomyślniejszy († 4). Lekarze urzędowi sprawdzili ospę u 41 chorych w 11 gminach. Prawie we wszystkich przypadkach albo stanowczo stwierdzono, albo z wszelkiem prawdopodobieństwem przyjąć można zawleczenie ospy z Królestwa Polskiego lub Rosyi, w jednym tylko przypadku możliwe było zawleczenie z Węgier lub Rumunii. Dwukrotnie wytworzyły się ogniska choroby: w powiecie rawskim (9 przyp. † 1) i w powiecie kolbuszowskim (24 † 3); we wszystkich innych przypadkach zdołano zawsze zapobiedz wybuchowi epidemii.

Z płonicy miało według wykazów parafialnych umrzeć w r. 1904 1‰ ludności (mniej o 0·5‰, niż w r. 1903). Lekarze urzędowi stwierdzili grasowanie płonicy we wszystkich powiatach i obu miastach stołecznych; chorowało 3‰ ludności, t. j. 21 970 osób († 21·4 prc.).

Odra zabrała według wykazów parafialnych w r. 1904 0.52‰ ludności; chorobą zajęte były wszystkie powiaty prócz 7, chorowało 40,341 osób († 7·4 prc.).

Na dur osutkowy zmarło w r. 1904 według wykazów parafialnych 341 osób, według wykazów lekarzy urzędowych 311. W ostatniem pięcioleciu był tylko rok 1901 pomyślniejszy († 206) od r. 1904. Sprawozdanie podaje tabliczkę, zestawiającą liczbę zakażonych gmin, liczbę chorych i zmarłych w każdym powiecie w pięciu latach 1900—1904. W pięcioleciu tem nie było według badań lekarzy urzędowych wcale duru plamistego w 10 powiatach zachodniej części kraju, a w 5 powiatach zdarzyły się tylko przypadki odosobnione. Corocznie pojawiał się dur osutkowy w 26 powiatach, z nich tylko 3 (Kolbuszowa, Myślenice i Nisko) leżą w zachodniej części kraju. W dziewięciu ruskich powiatach bywało co roku średnio ponad 100 przypadków duru i w tych powiatach uważa Rada zdrowia chorobę tę za endemiczną. W r. 1904 grasował dur osutkowy najsilniej w powiatach: turczańskim, rawskim, stryjskim, jaworowskim, czortkowskim (powyżej 150 zachorowań). Sprawozdanie podaje, jak co roku, dokładniejsze szczegóły epidemiologiczne, zwłaszcza z powiatów najsilniej dotkniętych; najczęstszą przyczyną rozwleczenia zarazy jest zwyczaj odwiedzania chorych przez krewnych i znajomych (w r. 1904 w 84 przypadkach); rzadziej przenoszą zarazę wędrowni robotnicy (13), żebracy (7), ozdrowieńcy, wracający ze szpitala (3), przewożeni chorzy (2), ludność wracająca z jarmarków i targów. Przez starą odzież, kożuchy rozwlókł się dur w 3 przypadkach; przez aresztа sądowe w 2 przypadkach

(do 6 gmin). Kilkakrotnie zawleczono dur z Rosyi i Węgier. Sprawozdanie tegoroczne kładzie jednak większy nacisk, niż sprawozdania dawniejsze, nie na zawlekanie duru osutkowego z zagranicy, ale na endemiczne jego zakorzenienie się w niektórych powiatach, w których wobec ubóstwa i niechlujstwa ludności, nie wierzącej przytem w zaraźliwość choroby, »nic dziwnego, że tyfus plamisty nigdy nie wygasa, a przeciwnie zastanawia tylko to, dlaczego więcej się nie rozszerza« (str. 31). — Należy mieć nadzieję, że dane, zebrane w r. z. przez ankietę, obradującą pod przewodnictwem prof. Gluzińskiego, przyczynią się do szybszego wyplenienia duru plamistego, stanowiącego pomimo znacznego polepszenia się stosunków zawsze jeszcze niemałą dla Galicyi klęskę przez związane z tą zarazą wielkie niebezpieczeństwo.

Dur brzuszny. Według wykazów parafialnych miało umrzeć na dur w roku 1904 2769 osób, t. j. 0·37‰ ludności, niewiele więcej, niż w (najpomyślniejszym) r. 1902 (0·34‰); według wykazów lekarzy urzędowych zmarło z duru 1408 osób, t. j. 0·19‰ ludności, a zachorowań stwierdzono 11.753 we wszystkich powiatach kraju, Lwowie i Krakowie. Podając szczegóły o większych ogniskach tej epidemii, zauważa Rada zdrowia, że zakażenie za pośrednictwem wody nie jest tak częstą przyczyną szerzenia się zarazy, jak to się zwykle przypuszcza. Gdzie źródłem epidemii jest woda, tam pojawia się dur mniej lub więcej wybuchowo, rozpoczyna się mniej więcej współcześnie w mnogich przypadkach; natomiast wszystkie epidemie, ślimaczące się całymi miesiącami, należy uważać za wynik zakażenia przez styczność zdrowych z chorymi. Zwraca więc Rada zdrowia uwagę, że nie ograniczając się do zamykania studzien i t. p. należy dla zwalczenia epidemii duru brzusznego ile możności ograniczać przystęp zdrowych do chorych, a osoby z otoczenia chorego pouczać o sposobach ochrony osobistej. Na 1783 sprawozdań lekarzy urzędowych o durze podano jako źródło choroby 270 razy wodę płynącą zanieczyszczoną, 236 razy źródlaną i studzienną, raz wodociągową; 392 razy podano zawleczenie zarazka z innej miejscowości (z tego 18 razy z zagranicy). Sprawozdanie podaje cały szereg przykładów, dowodzących, jak częstem źródłem rozwleczenia zarazka są targi, jarmarki i odpusty. Rzadziej już rozwlekali dur: flisacy, domokrążcy, rezerwiści wracający z ćwiczeń wojskowych, ozdrowieńcy, wracający ze szpitala. Dwa razy stwierdzono zawleczenie przez używaną odzież, raz (we Lwowie) przez mleko. Posucha, panująca w r. 1904, sprzyjała rozwlekaniu duru brzusznego, gdyż wysychanie źródeł i studzien zmuszało ludność często do używania zanieczyszczonej wody rzecznej.

Z czerwonki zmarło w r. 1904 osób 676 (0·09‰ ludności), mniej, niż kiedykolwiek dawniej (w r. 1903 — 1698, w r. 1902 — z poprzednich lat najpomyślniejszym — 798). Lekarze urzędowi stwierdzili 1045 zachorowań, 167 śmierci i podają, że czerwonka miała w tym roku przebieg szczególnie złośliwy (częste powikłania nerkowe i płucne).

Cholery azyatyckiej w r. 1904 nie było; cholera dzieci miała zabrać 1864 ofiar (0·25‰ ludności; o niepewności tej rubryki pisaliśmy w r. z.); cholera swojska była przyczyną śmierci rzekomo w 116 przypadkach (z nich aż 67 w jednym tylko powiecie tarnopolskim), gorączka połogowa w 878 przypadkach, a choroby zakaźne przyranne (róża, ropowica, ropnica, posocznica i tężec) w 564 (i te także dane, jako oparte na wykazach parafialnych, są niepewne, aczkolwiek w latach ostatnich wahania w tych rubrykach są niezbyt wielkie).

Z innych chorób zakaźnych stwierdzili lekarze urzędowi: zachorowań na grypę 3802 († według wykazów parafialnych 246, prawie tyleż, co w r. 1903); nagminnego zapalenia opon 33 przypadków († 14, natomiast według wykazów parafialnych miało umrzeć z tej choroby 82 osoby). O chorobliwości zimniczej danych żadnych niema; wykazy parafialne podają 25 przypadków śmierci. Brak jakich takich danych o chorobliwości zimniczej jest tem przykrzejszy, że zmniejszenie się jej może być wykładnikiem skuteczności asanacyi pewnych okolic naszego kraju. To zmniejszenie się niewątpliwie nastąpiło, ale niewiadomo dokładniej, w jakim stopniu w poszczególnych okolicach. Poza pracowitemi poszukiwaniami Dra Grosska, których część przeważna spoczywa jeszcze w rękopisie, brak nam zupełnie materyałów w tym względzie. Z kiły miało być tylko 6 przypadków śmierci w całym kraju, choć zdaniem Rady zdrowia wobec znaczniejszego rozszerzenia się tej choroby w Galicyi, musi być śmiertelność w rzeczywistości większą. Z gośćca stawowego ostrego miało nie być ani jednego przypadku śmierci. Ospa wietrzna grasowała w r. 1904 w 297 gminach, chorowało 1784 osób, zmarło 5 dzieci (być może, że w tych 5 przypadkach była ospa prawdziwa). Nagminne zapalenie ślinianek stwierdzono w 77 gminach u 20.408 osób (zmarło z powikłań 6 dzieci).

Śmiertelność ze wszystkich chorób zakaźnych znowu w porównaniu z latami poprzedniemi spadła (na 4·4‰ ludności, a 16 prc. wszystkich zmarłych), tak że r. 1904 był pod tym względem rokiem najpomyślniejszym od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej. Stałe zmniejszanie się śmiertelności z chorób zakaźnych jest niewątpliwie wynikiem wieloletniej wytrwałej pracy lekarzy i władz administracyjnych (a jak dodaje prof. Kučera w swojem omówieniu sprawozdania Rady zdrowia, także wynikiem postępów kultury w kraju). Jak zawsze, była śmiertelność z chorób zakaźnych i w r. 1904 najwyższą w grupie powiatów ruskich, odznaczających się największą płodnością.

Na choroby zakaźne, przenośne ze zwierząt, zmarło w r. 1904 osób 28 (w poprzedniem trzechleciu 45, 28, 31), a to na wąglik 8 (chorowało 24), na wodowstręt 7 (z tych 2 leczone metodą Pasteura), na nosaciznę 1; włośnicy w r. 1904 nie spostrzegano wcale.

W dalszych rubrykach podaje sprawozdanie za rok 1904 następującą śmiertelność: udar mózgowy 1533 (0·75 prc. wszystkich zmarłych), wady serca i choroby naczyń 3059 (1·5 prc.), nowotwory złośliwe 2291 (1·1 prc.), uszkodzenia przypadkowe 1622 (od szeregu lat ogólna liczba takich uszkodzeń śmiertelnych i liczby poszczególnych ich rodzajów są prawie równe), samobójstwo 367 (z nich połowa przez powieszenie, ¼ przez zastrzelenie się), zabójstwa i morderstwa 171.

Rubryka: »Inne naturalne przyczyny śmierci«, owa ciemna plama naszej statystyki sanitarnej, wygląda w roku 1904 jeszcze nieco gorzej, niż w poprzedniem trzechleciu, obejmuje bowiem 52·2 prc. zmarłych (w latach 1901—1903 wynosiła 50·1—48·05—51 prc.). O przyczynach tego wielkiego braku w naszej statystyce wspomniałem już w r. z.

Z porównania ogólnej śmiertelności w poszczególnych powiatach wynika, że na wzrost jej w całym kraju wpłynęło głównie pogorszenie się stosunków w 19 powiatach, dotkniętych szczególnie ciężko powodzią w r. 1903 i posuchą w r. 1904. Natomiast w 6 powiatach Pokucia, 5 innych wschodnich i powiecie brzeskim spadła śmiertelność w porównaniu z r. 1903 o przeszło 2‰. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło właśnie swe sprawozdanie za r. 1907 w »Zdrowiu« (zesz. 4). Działalność Towarzystwa zbyt jest różnostronna i rozległa, aby można tu kusić się o dokładniejsze streszczenie tego sprawozdania; ale przytoczyć się godzi przynajmniej niektóre szczegóły, dowodzące, że Towarzystwo wypełnia gorliwie nietylko te zadania, jakie wszędzie bierze na siebie samopomoc społeczna, lecz stara się w miarę możności zastąpić także ten czynnik, który powinien się troszczyć o higienę publiczną i czyni to wszędzie, prócz Królestwa, t. j. władze. Rok ubiegły nazywa sprawozdanie mniej pomyślnym dla Towarzystwa z powodu dezorganizacyi i zubożenia społeczeństwa, oraz przygniatającego wszelką pracę społeczną stanu wojennego. Przybył jednak Towarzystwu nowy oddział prowincyonalny we Włocławku, zorganizowały się ostatecznie komitety zwalczania raka i zapobiegania ślepocie; przygotowywano stworzenie pracowni Towarzystwa, urządzenie ruchomej wystawy przeciwalkoholicznej, organizacyę »Kropli mleka« we wszystkich większych miastach kraju i rozpoczęto w porozumieniu z Centralnem Towarzystwem rolniczem propagandę higieniczną po wsiach za pośrednictwem Kółek rolniczych. Przez osobnych delegatów udzieliło Towarzystwo rad w sprawie uzdrowotnienia m. Wielunia i budowy szpitala fundacyjnego w Lublinie; korespondowało w sprawie wodociągów i kanalizacyi z zarządem m. Zamościa i t. p.; podejmowało starania o grunt pod budowę własnego gmachu dla muzeum higieny ludowej w Częstochowie; przygotowało akcyę przeciwcholeryczną. Dalej uczestniczyli delegaci Towarzystwa w Zjazdach naukowych zagranicznych, w naradach nad urządzeniem wystawy przemysłowotechnicznej, nad objęciem szpitali przez zarząd m. Warszawy, nad ulepsze-

niem oczyszczania miasta, nad projektami ustawy o zafałszowaniach pokarmów i sprzedaży leków i t. p. W wydziale biologicznym Towarzystwa odbyły się 4 wykłady; w przeciwgruźliczym i zdrojowisk 9; w wydziale higieny miast 6, higieny szpitali 3, w wychowawczym 6, przeciwalkoholicznym 1; wydziały wydawały popularne broszury, tablice i t. d. Uzdrowisko przeciwgruźlicze w Rudce ukończone być ma w końcu maja, a otwarte w jesieni r. b. W 8 ogrodach im. Raua odbywały się w lecie i w zimie najrozmaitsze zabawy ruchowe, gimnastyka, ślizgawka, kąpiele, pływanie pod kierunkiem 69 odpowiednio przygotowanych osób; korzystało z tych zabaw 565,785 dzieci, a koszt zabawy (jednego zabiegu) na dziecko wynosił tylko 2,8 kopiejki. (Ta półmilionowa rzesza dzieci, korzystających z ogrodów, wymowniejszą jest od najgorętszych wyrazów uznania, jakieby o ogrodach napisać można!). Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala krzewił zasady higieny i zaspokajał potrzeby higieniczne kilku tysięcy najuboższej dziatwy przez kąpiele (40,000), porady dentystyczne (2,000), gimnastykę zwykłą i leczniczą (2,000), miesienie, szczepienie ospy (4,000), wydawanie mleka pasteryzowanego (135,000 buteleczek) i porady lecznicze (6,000). Komitet przeciwrakowy, przekształcony na Centralny komitet polski, opracował i wydał prócz broszur popularnych schemat statystyczny, rozpoczął zbieranie statystyki i zajął się organizacyą komitetów dzielnicowych: w Kijowie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, na Wołyniu i w Wilnie.

Towarzystwo liczyło w Warszawie 381 rzeczywistych i 130 zwyczajnych członków. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1907 rb. 3,995, rozchody 3,405. Organ Towarzystwa, miesięcznik »Zdrowie« miał dochodu i wydatku po 2,435 rb. (1000 rb. dokłada z tego Towarzystwo). Majątek Towarzystwa wynosi 4,771 rb. Rachunki ogrodów im. Raua zamykają się kwotą 18,507 rb., bilans ich majątku 334,074 rb.; rachunki instytutu bar. Lenvala kwotą 7,326 rb., bilans jego kwotą 102,875 rb.; bilans sanatoryum w Rudce kwotą 197,221 rb.

Towarzystwo miało 8 oddziałów prowincyonalnych: łódzki (członków rzecz. 85 + 277 zwycz.), kaliski (35 + 73), lubelski (101 + 80), częstochowski (56 + 70), łowicki (10 + 38), kujawski (32 + 19), piotrkowski (45), otwocki (18 + 20). Wszystkie prawie te oddziały miały po kilka sekcyi (wychowawczą, ludową, »Kropli mleka« i t. p.) i rozwijały działalność bardzo ruchliwą i bardzo użyteczną na wzór swego Towarzystwa macierzystego w Warszawie.

(Sprawozdanie to przyjęło Towarzystwo na zebraniu ogólnem w d. 10. IV. b. r., na którem wybrano z pośród lekarzy do Rady głównej: Dr Polaka, Bączkiewicza i Łazarowicza, do komitetu ogrodów im. Raua: Wł. Brunera i Drabczyka, do komisyi rewizyjnej: J. Zawadzkiego i Majkowskiego).

Jeżeli się zważy, że cała ta, rzeczywiście podziwu godna praca nietylko nie osłabła, ale wzmagała się po najcięższych dla naszego społeczeństwa chwilach, że mimo zubożenia materyalnego i wyczerpania moralnego kraju znalazło się tyle środków i tyle sił do pracy, to naprawdę z otuchą patrzy się w przyszłość tej dzielnicy, która tylokrotnie zdawała się upadać pod brzemieniem ciężkich doświadczeń. Gdybyż to we wszystkich naszych dzielnicach na polu samorzutnej pracy higienicznej zapisywać można podobne obrachunki! Niestety u nas w Galicyi, wyznać trzeba, zdarzają się poza Lwowem na tem polu zaledwo usiłowania jednostek, rozbijające się często o apatyę i obojętność ogółu. *R.*

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie ogłosiło swe sprawozdanie za czas od 1. X. 1906 do 1. I. 1908. Stowarzyszene liczy 369 członków, miało dochodu 7,296 rb., wydatków 6,365 rb., dłużne jest 1,726 rb. za udziały członków i posiada inwentarz wartości 2,703 rb. Sąd koleżeński Stowarzyszenia rozpatrywał 9 spraw. Z działalności Stowarzyszenia w innych kierunkach zdawał »Przegląd lek.« regularnie sprawę, przytaczać więc jej tutaj już nie potrzeba. *R.*

Z walki lekarzy szpitalnych morawskich. Dyrekcya szpitala krajowego w Bernie ogłosiła konkurs na posady sekundaryuszy, dopuszczając do niego..... nieukończonych słuchaczy medycyny! *R.*

Szczególny wyrok sądowy. Odpowiedzialny redaktor czasopisma »The Lancet« stawał przed sądem z powodu tego, że w jednym z numerów tego pisma leczenie dychawicy podług Tuckera nazwano oszukaństwem. Fabrykant przyprowadził świadków, którzy twierdzili, że środek ten bardzo im pomógł. Redakcya znów przedstawiła swoich, którzy orzekli, że środek Tuckera zawiera w sobie kokainę i atropinę, ale w tak zmiennych dawkach, że raz wywołać może zatrucie, a drugi raz zupełnie być obojętnym. Sąd mimo to orzekł, że wyrażenie »oszukańcze« przekracza ramy krytyki pewnego sposobu leczenia i z tego powodu skazał redakcyę na odszkodowanie w kwocie 1,000 funtów szterlingów. Redakcya wniosła naturalnie zaraz odwołanie. *K.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 5. do 11. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 73, nieżywo 4; zmarło osób 67 (w tem obcych 38), z nich z gruźlicy 18 (11), zapalenia płuc 3, błonicy 2 (1), krztuśca 1, płonicy 1 (1), duru brzusznego 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 11. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 5 † 1, płonicy 3 † 1 (3 † 1), odry 2, duru brzusznego 4 † 2 (3 † 2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5. do 11. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca —, płonicy 37 † 1 (7 † 1), odry 4, duru osutkowego 2 (2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † 1.) *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sprawę krakowskiego »Parku Jordana« poruszył Dr Eugeniusz Piasecki w lwowskiem »Słowie polskiem« (Nr 171), stwierdzając ze smutkiem, że »jeżeli trzeba było jeszcze dowodu karygodnej obojętności dla najważniejszych spraw narodowo-kulturalnych, niemasz z pewnością lepszego nad grobową niemal ciszę, w jakiej tymi dniami ważą się losy jednej z największych chlub naszych, parku im. Jordana w Krakowie«. Z ankiety, zarządzonej przez miasto, znalazły się w niewielu dziennikach ledwo krótkie sprawozdania. »Jakże to odbija od zagranicy — pisze Dr Piasecki — skąd mam już całą kolekcyę rozpraw i artykułów, nie znajdujących dość słów podziwu dla dzieła, stworzonego przez Jordana«. Zagranicą »zaproszonoby w podobnym przypadku wszystkich kompetentnych ludzi w kraju«. W Krakowie nie uczestniczyły w ankiecie czynniki »najbardziej powołane«; przedewszystkiem uderza Dra Piaseckiego brak osobistego udziału w ankiecie dotychczasowego wytrawnego kierownika parku, Dra Tokarskiego.

Faktem jest, że do ankiety nie wezwano żadnej z instytucyi ani korporacyi lekarskich i żadnego lekarza z poza Rady miejskiej, z której grona nawet uczestnikami ankiety było tylko kilku.

Dr Piasecki sądzi, że głównym brakiem parku Jordana jest obecnie ciasnota, której częściowo zaradzić mogą przeróbki w parku (skasowanie kilku ścieżek i t. p.), dające się wykonać łatwo i niedrogo, jeżeli samej młodzieży odda się w ręce potrzebną przy tem pracę fizyczną, jak to z powodzeniem już zastosowano we Lwowie — częściowo zaś rozszerzenie parku na sąsiednie grunta.

Głos Dr Piaseckiego, który sam jest wytrawnym znawcą i zasłużonym działaczem na polu wychowania fizycznego, zasługuje na szczególne podniesienie.

— Czteromiesięczny kurs dla ukwalifikowanych komisarzy targowych, urządzony w c. k. Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie staraniem starszego inspektora Zakładu Dr Biera przez ministerstwo spraw wewnętrznych, zakończył się egzaminem w d. 10. i 11. b. m. Na 13 kandydatów uznała komisya egzaminacyjna za uzdolnionych z wyszczególnieniem 6, za bardzo uzdolnionych 4, resztę za uzdolnionych do pełnienia czynności komisarza targowego. Z uczestników kursu było 5 magistrów farmacyi, 1 słuchacz prawa; miasta obesłały kurs swymi urzędnikami nielicznie (Lwów 2, Kraków 1, Czortków 1, Drohobycz 1, Rzeszów 1), większość uczestników kursu (8) stanowili kandydaci prywatni. Wykłady i ćwiczenia na kursie w liczbie godzin 250, względnie 180, prowadzili prócz kierownika kursu urzędnicy Zakładu pp. J. Hetper i W. Matejko oraz inspektor rzeźni miejskiej p. M. Papée, zaś uwagi wstępne z higieny żywienia i wody Prof. Bujwid. Aby komisarze targowi, wykształceni na kursie, posługiwać się mogli i nadal poznanemi metodami badania i przyrządami, rozesłał Zakład do miast, które wysłały swych urzędników na kurs, gorące wezwanie do urządzenia miejskich pracowni targowych i spis rzeczy potrzebnych do takiej pracowni, zestawiony przez kierownika kursu, aby zaś miasta przy urządzaniu pracowni nie były narażone na wyzysk, ułożono się z jedną z firm wiedeńskich (która w tym względzie poddała się kontroli Zakładu) także co do ceny urządzenia pracowni, nie przekraczającej kwoty 1,000 K, którą każde miasto,

dbające o zdrowie swych mieszkańców, na urządzenie wzorowej kontroli produktów spożywczych znaleść powinno.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Tadeusz Seweryn Karaś rodem z Kałusza i Jan Józef Kostecki rodem z Wieliczki.

— W Krynicy ma rząd, który jest właścicielem tego zdrojowiska, rozpocząć w najbliższym czasie budowę nowych łazienek kosztem 785,000 K.

Lwów. Z kandydatów do Rady miejskiej, zaleconych przez Izbę lekarską, wybrany został Dr Starzewski, a Dr Papée i Dr Piasecki stają do wyborów ściślejszych; nadto staje do nich Dr Hornung.

— Prof. Gluziński poruszył myśl, aby miasto utworzyło, jako fundacyę z powodu jubileuszu rządów cesarza, szereg stacyi leśnych dla chorych na gruźlicę. Na konferencyi, zwołanej w tej sprawie 11. IV. b. r. przez prezydyum miasta, w której wzięli udział z grona Rady miejskiej Drowie Mahl, Mikołajski, Pisek i Starzewski, a z poza Rady r. dw. protomedyk Dr Merunowicz, Dr Janiszewski, Piasecki i insp. Bruchnalski, uznano, że gmina, musząc zająć się losem dzieci opuszczonych i sierót, nie może równocześnie tworzyć na własną rękę drugiej fundacyi, — stacyi leśnych dla dorosłych, ale może je finansowo poprzeć, o ile będą przez kogo innego utworzone.

Warszawa. Ku czci ś. p. Dr Wł. Krajewskiego wmurowana zostanie za staraniem grona lekarzy warszawskich tablica pamiątkowa dłuta p. Woydygi w pawilonie chirurgicznym szpitala Dz. Jezus.

— Na Walnem Zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w d. 11. IV. b. r. zostali wybrani do zarządu Drowie: Guranowski, Jakimiak, Leśniewski, Łazarewicz, na ich zastępców Drowie: Rappel i Rutkowski, do sądu koleżeńskiego Drowie: Bobiński, Gabszewicz, Jakimiak, J. Jaworski, Kamocki, Krauze, Nussbaum, Winiarski.

— Na III. posiedzeniu Wydziału mat.-przyr. warszawskiego Towarzystwa naukowego przedstawił m. i. p. J. Tur pracę p. t.: »Nowa serya doświadczeń nad działaniem teratogenetycznem promieni radu«.

— Popularna broszura o gruźlicy Dra St. Łagowskiego, nagrodzona na konkursie im. Sokołowskiego, wyszła po rosyjsku w Irkucku w tłómaczeniu Dra Wawelberga.

Z różnych stron. Jeden z wybitniejszych profesorów dorpackich, psychiatra Prof. Czyż, zamierza ustąpić z katedry, ponieważ zarząd uniwersytetu odmówił pokrycia długów, jakie musiała zaciągnąć klinika, otrzymująca na całkowite utrzymanie 2,000 rb. (sic!) rocznie. *Z.*

— Deputacyi m. Saratowa w sprawie otwarcia tam wszechnicy odpowiedział 18/31. III. minister oświaty że uznając starania Saratowa w zasadzie za słuszne, przewiduje w utworzeniu tam uniwersytetu niepokonane przeszkody, jak brak profesorów... i inne. *Z.*

— Z uniwersytetu w Moskwie wydalono 1300 słuchaczy, którzy nie uiścili czesnego. *Z.*

— W Petersburgu powstało »Rosyjskie Towarzystwo urologiczne«. *Z.*

Zmarli: Dr Stanisław Bańkowski w 35 r. ż. w Warszawie; Dr Franciszek Józef Bieniecki w 58 r. ż. w Kaliszu; dermatolog Prof. Mraček w Wiedniu.

Mianowani: Doc. Pokrowskij profesorem anatomii patol. w Tomsku; otyatra Doc. Lange z Berlina profesorem w Gryfii.

Redakcya otrzymała: Łagowski: Czto takoje tuberkulezi i t. d. Irkuck 1908. — Sawicki: Sprawozdanie z praktyki lekarskiej w Busku w r. 1907. Odb. Przegl. chor. skór. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa. Środek pewny przeciw poceniu się rąk i nóg, zarazem zapobiegający przeziębieniu. *Ll. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 25. kwietnia 1908 Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu medycyny sądowej Uniw. Jag. (Dyrektor Prof. Dr L. Wachholz).

Z kazuistyki ran postrzałowych mózgu.

Podał
Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz
asystent zakładu.

Dnia 17. listopada r. z. doniesiono prokuratoryi państwa w Krakowie, iż niejaki P. K., 50 lat liczący, żonaty, stolarz, napadł 18-letnią K. B. w jej własnym domu, dwoma strzałami z rewolweru pozbawił ją życia, zranił jej matkę, poczem w zamiarze samobójczym strzelił do siebie, raniąc się ciężko. Swiadkowie zajścia, oraz ci wszyscy, którzy mieli sposobność obserwować K. aż do czasu jego śmierci, podali mi uprzejmie co do jego zachowania się po czynie następujące szczegóły. Po strzałach, którymi K. zabił swą ofiarę i ranił jej matkę, strzelił on do siebie, kierując broń w usta. W chwili, gdy broń wypaliła, padł K. na ziemię, lecz zerwał się wkrótce i począł uciekać. Przytrzymany, zachowywał się tak gwałtownie, że aż do czasu przybycia władz bezpieczeństwa i Towarzystwa ratunkowego musiano go ubezwładnić, przywiązując do drzewa. — Członkowie Towarzystwa ratunkowego, którzy przybyli na miejsce wypadku, założyli przywiązanemu do drzewa K. tymczasowy opatrunek z powodu rany na policzku lewym, poczem K. odwiązany, a skuty przez żandarmów, o własnych siłach wsiadł do karetki pogotowia i odwieziony został do szpitala. Po drodze dopytywał się o swą ofiarę, zachowywał się spokojnie, a sprawiał jedynie wrażenie człowieka nieco upojonego wyskokiem, które to przypuszczenie popierała i ta okoliczność, iż z ust jego czuć było woń alkoholu. Z karetki pogotowia po przybyciu do szpitala wysiadł sam, udzielał tam zgodnych z prawdą odpowiedzi, a gdy zarząd szpitala wzbraniał się przyjąć go bez poprzedniego polecenia ze strony władz sądowych, został w zwykłej dorożce przez żandarmów odstawiony do więzienia. Skoro lekarz więzienny, który natychmiast go zbadał, wyraził konieczność wykonania zabiegu operacyjnego, przewieziono K. tego samego dnia powtórnie do szpitala. I wtedy jeszcze nie było u K. ani przy wsiadaniu, ani przy wysiadaniu z karetki żadnych objawów, któreby mogły wskazywać na obrażenie mózgu, a w czasie drogi zachowywał się zupełnie prawidłowo. Przyjęty na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, nie skarżył się na żadne przypadłości. Badanie stwierdziło ranę na wardze górnej po stronie lewej, przechodzącą w okolicy kości jarzmowej w kanał, biegnący popod części miękkie ku oczodołowi lewemu, podbiegnięcie i obrzęk powiek tej strony, wysadzenie gałki ocznej i rozległe jej podbiegnięcie krwawe. W przypuszczeniu, iż pocisk tkwi w oczodole, wykonano w dniu następnym wyłuszczenie gałki, przyczem stwierdzono, iż w stropie oczodołu znajduje się dalszy ciąg kanału postrzałowego w postaci nieregularnego otworu, przez który na zewnątrz dobywa się zmiażdżona tkanka mózgowa, a w historyi choroby w dniu tym zapisano, że stan ogólny K. był wcale dobry, w szczególności, iż nie stwierdzono żadnych przypadów mózgowych. Stan ten utrzymywał się aż do dnia 22. listopada t. r., a K. tak dalece nie okazywał żadnych objawów fizycznych, iż schodził sam do sali, w której dokonywano zmiany opatrunku, lekko tylko przez posługacza podtrzymywany.

W dniu 22. XI. stan się nagle pogorszył, wystąpiło mianowicie lewostronne porażenie i utrata przytomności, a obok tego w dniu następnym stwierdzono zapalenie dolnych płatów płuc. — W stanie psychicznym zdołano jeszcze przed dniem 22. XI. wykryć pewne objawy chorobowe, gdyż K. odgrażał się otoczeniu, zrywał się i chciał uciekać, nazywał lekarzy »czarnymi panami« i t. p.

Wśród tych objawów nastąpiła śmierć K. w dniu 25. XI., a więc w 8 dni po postrzale, który w zamiarze samobójczym sobie zadał. Sekcyę policyjno-sanitarną wykonałem w dniu 28. XI.

Protokół jej opiewa:

1. Zwłoki mężczyzny, dobrze zbudowanego i odżywionego 167 ctm. długie. Plamy pośmiertne wyraźne i rozległe. Stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane. Obie powieki obu oczu, zwłaszcza zaś lewego, obrzękłe i zasiniałe. Oka lewego brak zupełny. Oczodół wypełniony setonem gazy jodoformowej.

2. W fałdzie nosowo-policzkowym lewym rana rynienkowata, 3 ctm. długa, kształtu nieregularnego trapezu o szerszej podstawie 1 ctm. długiej, skośnie od dołu wewnątrz, ku górze zewnątrz biegnąca, przechodząca w dalszym ciągu w kanał popod skórę ku podstawie oczodołu lewego. Brzegi i dno rany tej gładkie, pokryte skąpą ilością wysięku ropnego. Otoczenie rany bez zmian.

3. Zresztą brak innych obrażeń.

W e w n ę t r z n i e: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej ponad guzem czołowym lewym na przestrzeni 5-koronówki krwią podbiegnięte, w krew zasobne, zresztą nieuszkodzone. Sklepienie czaszki o kościach grubych, nieuszkodzonych. Na podstawie czaszki jedno obrażenie w postaci wielokrotnego złamania stropu oczodołu lewego na przestrzeni korony. Przez powstały w ten sposób otwór wpukla się tkanka pozagałkowa w głąb jamy czaszkowej. Brzegi złamania nierówne, krwią podbiegnięte, pokryte dość ściśle przylegającymi drobniutkimi skrzepami. W oponie twardej, gładkiej, cienkiej, lśniącej, znajduje się przerwa okrągła, wielkością ubytkowi w stropie oczodołu odpowiadająca, o brzegach strzępiastych, krwią podbiegniętych. Między oponą twardą, a oponami miękkimi nad całą prawą półkulą mózgu znaczna ilość wiotkich ciemno-czerwonych skrzepów krwi. Opony miękkie w zakresie płatów czołowych, ciemieniowego i skroniowego prawego obficie krwią podbiegnięte. W mózgu, budowy i zbitości prawidłowej, w krew średnio zasobnym, przebiega kanał, będący przedłużeniem ubytku w stropie oczodołu i oponie twardej; kanał też biegnie skośnie od podstawy płata czołowego lewego przez ten płat ku wewnątrz i ku górze, przechodzi w dalszym ciągu na płat czołowy prawy, zwracając się następnie półkolisto w linii środkowej półkuli prawej ku tyłowi w kierunku strzałkowym przez środek istoty bia-

łej płata ciemieniowego, i kończy się ponad wzgórkiem wzrokowym prawym. Mniej więcej 1 ctm. ku przodowi i dołowi od końca kanału postrzałowego tkwi zniekształcony pocisk rewolwerowy o podstawie 9 mm. wynoszącej, do którego przylega ściśle odłamek kostny, wielkości ½ ctm., nieregularnie trójkątny. Kanał postrzałowy w całej swej długości prawie jednostajnie szeroki, mniej więcej grubości średniego palca, wypełniony jest zmiażdżoną tkanką mózgową i skrzepami krwi. Ściany kanału strzępiaste, nierówne, krwią przesiąkłe; bezpośrednie sąsiedztwo ścian nieco rozmiękłe. Komory mózgowe prawidłowych rozmiarów, przez postrzał nieotwarte, próżne. Wyściółka komór gładka, zwoje podstawowe zresztą bez zmian. Naczynia podstawy mózgu cienkie, bez zmian. W zatokach żylnych nieco krwi ciemnej, płynnej.

4. Krtań i tchawica próżna, błona śluzowa biernie przekrwiona. Płuca, zwłaszcza po stronie lewej, silnie przyrośnięte. Opłucne poza obrębem zrostów gładkie, cienkie. Miąższ płuc w górnych płatach powietrzny, na przekroju jędrny, gładki, wiśniowy, zalewa się przy ucisku cieczą pienistą, krwawą; w płatach dolnych, a mianowicie w ich częściach tylnych, miąższ bezpowietrzny, ciemno-czerwony, kruchy, miejscami na przekroju drobnoziarnisty, przy ucisku zalewający się cieczą mętną, bezpowietrzną, z krwią zmieszaną.

5. Worek osierdziowy bez zmian. Serce w wymiarze poprzecznym nieco powiększone, zawiera w komorach ciemne i odbarwione skrzepy. Wsierdzie, zastawki cienkie, gładkie. Na błonie wewnętrznej tętnicy głównej nieznaczne zmiany miażdżycowe. Mięsień serca ogniskowo żółty.

6. Śledziona niepowiększona, miąższ wiśniowy, jędrny.

7. Nerki prawidłowej wielkości, o rysunku wyraźnym, miąższu przekrwionym. Moczowody i pęcherz wypełnione moczem, pęcherz moczowy bez zmian.

8. Wątroba prawidłowej wielkości, w krew zasobna, bez zmian.

9. Język, gardło, przełyk bez zmian. Żołądek, jelita cienkie i grube, zawierające zbity kał, o błonie śluzowej gładkiej, bez zmian. Otrzewna bez zmian.

10. Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Ten z początkowym przebiegiem klinicznym w rażącej sprzeczności pozostający obraz sekcyjny dowodził, iż przyczyną śmierci w danym przypadku stał się ucisk mózgowy, będący następstwem rozległego krwotoku międzyoponowego nad prawą półkulą mózgową, stwierdzonego w postaci nagromadzonych w znacznej ilości wiotkich skrzepów krwi. Ze względu na objawy kliniczne nie może ulegać wątpliwości, iż krwotok ten powstawał zwolna i dopiero wówczas, gdy większa ilość krwi się wylała, wystąpiły objawy lewostronnego porażenia. Źródłem krwotoku było pęknięcie naczyń oponowych, które najprawdopodobniej powstało już w chwili wniknięcia pocisku do jamy czaszkowej.

W obrazie sekcyjnym uderzyć każdego musi przedewszystkiem niezwykłe wejrzenie wlotu postrzału, a dalej sam przebieg kanału postrzałowego.

Pomijając okoliczność, iż okolica wlotu postrzału nie posiadała żadnych cech, dowodzących, iż strzał padł z pobliża, to i wejrzenie rany postrzałowej na policzku lewym przemawia za tem, iż strzał padł z pewnej odległości, przyczem broń zwrócona była pod kątem ostrym do ugodzonej części ciała. Tem też tłómaczyć należy, iż kula trafiwszy policzek, trafiła go w kierunku stycznej, wywołując ranę rynienkowatą 3 ctm. długą, taką, jaką spotykamy przy t. zw. mimostrzałach (Streifschüsse), a dopiero w dalszym ciągu wniknęła popod części miękkie ku oczodołowi. W warunkach zwykłych kierunek kanału postrzałowego odpowiada kierunkowi, w jakim padł strzał. Zdarza się jednakowoż niekiedy, iż pocisk, napotkawszy na drodze swej kość, od niej się odbija, i to pod kątem lub też w łuku, zmieniając zaraz lub w dalszym swym przebiegu dotychczasowy kierunek. — Uprzytomniwszy sobie przebieg kanału postrzałowego w sekcyonowanym przypadku, wytłómaczyć sobie można łukowaty jego przebieg od płatu czołowego lewego przez płat czołowy prawy ku płatowi ciemieniowemu, tą tylko okolicznością, że pocisk trafił po drodze na strop oczodołu.

Oprócz tego stosunkowo rzadkiego przebiegu kanału postrzałowego, stwierdziła sekcya jeszcze również wyjątkowo zdarzający się obraz. Oto w końcu kanału postrzałowego nie znaleziono pocisku, a leżał on wśród miąższu mózgowego niżej i bardziej ku przodowi. Jest rzeczą stwierdzoną, że w tych przypadkach, w których dany osobnik przez czas jeszcze pewien po otrzymaniu postrzału żyje, może tkwiący w pewnym narządzie pocisk pod działaniem siły ciężkości obniżyć się, tak, iż przy sekcyi znajduje się go w innem, a nie pierwotnem miejscu. Zdarza się to jednakowoż czasem i wówczas, gdy śmierć nastąpiła wkrótce po doznanem obrażeniu; o dwu takich przypadkach wspomina Hofmann[1]). W przypadkach tych stwierdzono kanały postrzałowe poprzecznie przez mózg drążące, pociski zaś nie znajdowały się u końca kanałów postrzałowych, lecz w rogu tylnym komórki, z końcem kanału postrzałowego sąsiadującej.

Opisany przezemnie przypadek obok wspomnianych już ciekawych szczegółów co do wejrzenia i przebiegu rany postrzałowej, należy zaliczyć do niezbyt częstych z uwagi na stwierdzone sekcyą znaczne obrażenie mózgu, a utrzymujący się przez szereg dni po zranieniu mózgu brak prawie wszelkich z tej strony objawów klinicznych. Przypadek powyższy poucza dostatecznie, iż nawet mimo rozległego obrażenia mózgu, o ile tylko nie jest ono połączone z natychmiastowym znaczniejszym krwotokiem, obrażeniem kory, lub też o ile nie dotyczy tych okolic, w których leżą ośrodki, zawiadujące czynnościami ruchowemi, oddychaniem i czynnością serca, lub też drogi nerwowe, przewodzące podnietę z powyższych ośrodków, nietylko nie zawsze następuje rychłe zejście śmiertelne, lecz uszkodzony, nie okazując nawet objawów, któreby na takie obrażenie mózgu wskazywały, może przytomny, przez czas dłuższy jeszcze wykonywać cały szereg świadomych czynności. Gdy w moim przypadku kanał postrzałowy przebiegał przez płaty czołowe i istotę białą prawej półkuli mózgu, w całym swym przebiegu nie był zbyt szeroki, a obrażenie samo nie pociągnęło za sobą znaczniejszego krwotoku w miąższ mózgowy, tem tłómaczyć należy brak utraty przytomności, oraz brak innych objawów fizycznych aż do czasu, w którym wzmagający się krwotok międzyoponowy wywołał ucisk mózgu.

Piśmiennictwo sądowo-lekarskie zna cały szereg przypadków, w których niewątpliwy samobójca zadał sobie kilka ran postrzałowych w głowę, a sekcya stwierdziła obrażenia mózgu wywołane kilkakrotnym postrzałem. W przypadkach tych możliwość zadania sobie kilku obrażeń mózgu wynika z tej okoliczności, że strzały pierwsze nie uszkadzając wspomnianych wyżej okolic mózgu, ani nie wywołując znaczniejszego krwotoku, nie znoszą przytomności samobójcy, co dozwala mu na powtórzenie zamachu.

Przypadki takie opisują Strassmann[2]), Naegeli[3]), Hayes Agnew[4]) Wachholz[5]) i inni. W przypadku Wachholza obok obecności trzech ran postrzałowych, z których dwie przeszywały na wylot czaszkę, trzecia zaś drążyła do tylnego rogu lewej komórki, niezwykle ciekawą jest ta okoliczność, iż śmierć samobójcy nastąpiła dopiero w kilkanaście godzin po zamachu. — Liman[6]) opisuje przypadek, w którym samobójca zadał sobie najpierw postrzał w głowę, a dopiero potem się powiesił, wreszcie w przypadku Hofmanna[7]) stwierdzono przy sekcyi samobójcy, który w chwili znalezienia go był przytomny, kanał postrzałowy, przechodzący na poprzek przez tylną część prawego płatu czołowego, aż do przedziału między półkulami, drążący w przedni róg prawej komory i uszkadza-

[1]) Lehrb. d. ger. Med. 1903.
[2]) Lehrb. der ger. Med. 1895.
[3]) Vjschr. f. ger. Med. 1884, T. 41.
[4]) Virchow's Jahresb. der ger. Med. 1887.
[5]) Pam. jubil. Prof. D-E. Korczyńskiego, 1899.
[6]) Vjschr. f. ger. Med. 1869, T. 11.
[7]) Lehrb. der ger. Med. 1903.

jący powierzchownie przednią część ciałka prążkowanego. W podanej już pracy Nägelego wspomina autor obok własnego przypadku o kilku innych, w których mimo uszkodzenia mózgu przez ranę postrzałową przytomność się utrzymywała. — Liczenie się z tą możliwością, zwłaszcza w przypadkach wielokrotnych postrzałów mózgu, ma niemałe znaczenie sądowo-lekarskie, dozwala bowiem przy uwzględnieniu, innych okoliczności, jak siedziby ran, cech zadania ich z pobliża, wyłączyć karygodne działanie osoby drugiej.

Z oddziału dla chorób wewnętrznych I. B. krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego.

Podał

Prym Dr A. Krokiewicz.

(Ciąg dalszy.)

B) Gruźlica przewodu pokarmowego:

Gruźlica przewodu pokarmowego — zwłaszcza jelit — towarzyszyła prawie zawsze zmianom w narządzie oddechowym; stąd też i te same wyniki ze względu na odczyn tuberkulinowy spojówkowy, jak w gruźlicy płuc. W jednym przypadku u mężczyzny 32-letniego z rozpoznaniem klinicznem niewątpliwem: *Induratio apicis d. Appendicitis tbc.* (operacya) wykonano 4 razy odczyn spojówkowy — po pierwszy raz z wynikiem —, a przez następne 3 razy z wynikiem + o nasileniu 1. stopnia. Należy jednak podnieść, iż w przypadkach, gdzie gruźlica jelit, a zwłaszcza gruczołów chłonnych w jamie brzusznej stanowiła zmiany pierwszorzędne, a w płucach znajdowały się nieliczne świeże ogniska gruźlicze, nie dające się rozpoznać za życia, tylko dopiero na stole sekcyjnym, występował częstokroć odczyn spojówkowy dodatni drugiego stopnia nawet na kilka dni przed śmiercią. Okoliczność ta może niekiedy przyczynić się do wyświetlenia rozpoznania klinicznego tam, gdzie podczas dłuższego spostrzegania przy ogólnej niedokrwistości i wodnistości krwi, znacznych obrzękach w jamach ustroju i tkance podskórnej i zaburzeniach w zakresie przewodu pokarmowego zachodzi wątpliwość, ażali istota schorzenia polega na utajonym nowotworze żołądka, czy też na wrzodach gruźliczych jelit. Dowodzą tego między innymi dwa następujące przypadki chorobowe:

1. Jan P., lat 34, wyrobnik, ma od 6 miesięcy doznawać silnych bolów żołądka, odbijania i wymiotów po każdem jedzeniu, tudzież rozwolnienia; czasami miał kaszleć i gorączkować; od kilku tygodni zauważył obrzęk nóg. Brak dziedziczności. Przyjęty do szpitala 2. X. 1907 okazuje: Odżywienie liche, skóra blada; w tkance podskórnej na kończynach dolnych spory obrzęk. Na szyi po stronie prawej w okolicy nadobojczykowej pakiet gruczołów niebolesnych, dość twardych, dochodzących do wielkości orzecha laskowego, tureckiego; skóra nad niemi przesuwalna; inne gruczoły obwodowe bez zmian. Klatka piersiowa płaska. W szczytach odgłos opukowy krótszy, zresztą na całej powierzchni klatki piersiowej jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami. Liczba oddechów 20. Wymiary serca prawidłowe; tony głuche, tętno 120, regularne, nikłe. Brzuch wzdęty, za uciskiem tkliwy w okolicy pępka; w jelitach kruczenie. W jamie brzusznej znaczna ilość płynu wolnego. Mocz oddziałuje kwaśno, zawiera ślad białka; chlorki nieco zmniejszone. Słuch na uchu prawem upośledzony; z ucha prawego od dłuższego czasu wyciek ropny. Bardzo znaczne ogólne osłabienie.

Chory w ciągu 16-dniowego spostrzegania klinicznego († 18. X. 1907) doznawał ustawicznych bolów w jamie brzusznej, wymiotował po spożyciu wszelkich pokarmów, miał ciągłe rozwolnienia (2—3 stolce), apetyt bardzo mały; ciepłota ciała 37,8° C. o torze odwrotnym; język podsychający. Kaszel skąpy, suchy bez odpluwania; brak potów. Odczyn spojówkowy, tuberkulinowy ╪ na 10 dni przed śmiercią i trwał 5 dni. Badania treści żołądka bardzo utrudnione z powodu ciągłych wymiotów i bardzo znacznego osłabienia chorego. W wymiocinach na czczo można było stwierdzić brak kwasu solnego wolnego, a obecność kwasu mlecznego. Chory zmarł nagle. Rozpoznanie kliniczne wobec dodatniego odczynu (╪), a poniekąd i zmian w uchu — pomimo, iż przebieg kliniczny przemawiał raczej za sprawą nowotworową żołądka — opiewało: *Lymphadenitis colli tbc. Otitis med. tb. Enteritis tbc. Albuminuria. Hydraemia e cachexia insigni*, co zyskało potwierdzenie w rozpoznaniu anatomicznem: *Ulcus tbc. solitarium circulare in regione v. ileocoecalis. Degeneratio caseosa tbc. gl. lymphaticarum mesaraicarum in regione coecali et gl. lymphaticarum colli ad partem d. Otitis media tbc. d. Noduli caseosi recentes nonnulli pulmonis d. (lobi medii). Nephritis subacuta. Hydrops. maj. gradus. Enteritis cat. chr. intestini crassi.*

Gruczoły chłonne głębsze po stronie prawej na szyi — ponad obojczykiem — powiększone, zawierają ogniska serowate, w części rozmiękające. Gruczoły przytchawiczne i okołooskrzelowe zawierają gdzieniegdzie ogniska serowate. Jelita cienkie nigdzie zmian gruźliczych nie okazują; dopiero na zastawce Bauhina i powyżej w jelicie biodrowem znajduje się jeden jedyny wrzód okrężny, szeroki na 4—5 cm. o brzegach i dnie nacieklych i pokrytych gruzełkami. Płuca: miąższ wszędzie powietrzny; w częściach tylnych i dolnych opadowo przekrwiony i w miernym stopniu obrzękły; zresztą miąższ płuc blado-różowy i dość suchy z wyjątkiem płatu środkowego, w którego tylnych częściach znajduje się kilka guzków gruźliczych, nie przechodzących wielkości soczewicy, w środku zserowaciałych; zresztą w płucach brak wszelkich zmian gruźliczych lub jakichkolwiek śladów przebytej gruźlicy.

2. Natomiast u kobiety lat 47 liczącej, u której spostrzeganie kliniczne przemawiało za: *Enteritis tbc. Peritonitis tbc. Hydraemia*, a odczyn dwukrotnie wypadł ujemnie; oględziny pośmiertne stwierdziły: *Carcinoma medullare exulcerans curvaturae minoris ventriculi. Tbc. disseminata pulmonum. Atelectasis lobi inf. pulmonis utriusque ex hydrothoracc. Myocarditis fibrosa diss. Arteriosclerosis. Tumor lienis ac. Degeneratio adiposa hep. Anaemia. Hydrops.*

C) Gruźlica dróg oddechowych:

W przypadku przewlekłego ropienia gruźliczego dróg moczowych, gdzie kilkakrotne badanie osadu moczowego co do prątków dało wynik ujemny, dodatni odczyn spojówkowy przyczynił się do właściwego klinicznego rozpoznania za życia:

Franciszek M., lat 25, kamieniarz, przechodził przed 5 laty wiewióra, który od czasu do czasu się odnawiał. Od 10 miesięcy gorączka, dreszcze, bole w krzyżach, mocz ropny, śmietankowaty w miernej ilości. W dniu przyjęcia do szpitala 23. X. 1907 r. stwierdzono: Odżywienie nędzne. Z przodu na klatce piersiowej w obu szczytach odgłos opukowy przytłumiony, bębenkowy; tożsamo z tyłu, po całej lewej stronie klatki piersiowej i w szczycie prawym; tamże szmery oddechowe zaostrzone, skąpe rzężenia. Liczba oddechów 20. Serce prawidłowych rozmiarów, tony głuche; tętno 90, regularne. Brzuch miernie wzdęty. Wątroba, śledziona prawidłowe. Okolica nerki lewej obrzękła, bolesna. Mocz winowo-żółty, zasadowy; c. g. 1009. Osad moczowy zwiększony, zawiera obfite ciałka ropy, obfity fosforan wapniowy zasadowy; brak wałeczków; nie zawiera prątków Kocha. Urochrom, indoksyl prawidłowe; mocznik, kwas moczowy, fosforany ziem zmniejszone; fosforany potasowców, siarkany prawidłowe. Białka 0,4%.

Chory w czasie spostrzegania klinicznego (23. X. do 9. X. 1907) tylko raz pod wieczór zagorączkował (38,5° C.), uskarżał się na bole ciągłe w brzuchu i na obrzęk bolesny w okolicy nerki lewej, tudzież na dreszczyki i wymioty, co kilka dni się pojawiające. W szczytach płuc skąpe furczenia przy szmerach oddechowych zaostrzonych. Leukocytoza (27. X.) 11800. Odczyn spojówkowy tuberkulinowy dwukrotnie dodatni, i to za pierwszym razem + przez 3 dni, a drugim razem ╪, na 5 dni przed śmiercią wykonany trwał 5 dni; występował po 10 godzinach. Rozpoznano klinicznie: *Pyuria e tuberculosi renis sin.* Oględziny pośmiertne

stwierdziły: *Tuberculosis destructiva renis sin. concomitante suppuratione renis sin., pyelitide sin. purulenta, abscessu paranephritico permagno. Peritonitis universalis purulenta. Nodi tuberculosi prostatae, vesicae urinariae, nonnullarum gl. mesaraicarum. Nodus caseosus tbc. apicis pulmonis d. Tuberculosis miliaris et nodosa ad apices pulmonis utriusque. Amyloidosis hepatis, renum, lienis, disseminata.*

D) Gruźlica otrzewnej:

W przebiegu gruźlicy otrzewnej wykonano odczyn 19 razy w 9 przypadkach (3 m., 6 k.). W 4 przypadkach odczyn był dodatni. U mężczyzn 22- i 34-letniego, gdzie oprócz rozległej gruźlicy otrzewnej znajdowały się zmiany ogniskowe w płucach, wystąpił odczyn ╪ i trwał 7 dni; u kobiety 32-letniej w przebiegu gruźlicy otrzewnej powikłanej rozległemi zmianami gruźliczemi gruczołów limfatycznych i zapaleniem opłucnej lewej wystąpił 4 razy odczyn dodatni ╪ i trwał za pierwszym razem 5 dni, a następnie 7—8 dni; u kobiety 47-letniej w przebiegu zapalenia gruźliczego otrzewnej, powikłanego rozległem zapaleniem gruźliczem w krtani, a ogniskowem w płucach, odczyn dodatni + przez 4 dni. U kobiety 22-letniej na 14 dni przed śmiercią odczyn spojówkowy był zaledwie zaznaczony, a oględziny pośmiertne stwierdziły: *Degeneratio caseosa gl. bronchialium et mediastini. Peritonitis tbc. partim adhaesiva chronica, partim exsudativa serofibrinosa. Hypoplasia cordis et arteriarum.*

W jednym przypadku u kobiety 36-letniej w przebiegu gruźlicy otrzewnej i płuc wystąpił odczyn ujemny; natomiast w 3 przypadkach (1 m., 2 k.) w przebiegu gruźlicy otrzewnej i gruczołów chłonnych wystąpił za pierwszym razem odczyn ujemny, a następnie + lub ╪ (wykonano 10 razy) i utrzymywał się naówczas przez 10—14 dni.

E) Gruźlica gruczołów chłonnych:

W przypadkach gruźlicy gruczołów limfatycznych wykonano odczyn u 6 dziewcząt 12 razy, i tylko u 1 dziewczyny z wynikiem ujemnym (2 razy), a u 4 z wynikiem + i u jednej dziewczyny ╪; odczyn występował po 10 godzinach i trwał od 3—4 dni.

F) Gruźlica kości i stawów:

W 7 przypadkach (2 m., 5 k.) gruźlicy kości i stawów wystąpił odczyn dodatni + lub ╪ po 10 godzinach i utrzymywał się do 3—10 dni. W jednym przypadku gruźlicy stawu kolanowego i płuc, znacznie podleczonej, dwukrotnie wykonany odczyn spojówkowy wypadł ujemnie. Wogóle w przebiegu gruźlicy kości i stawów wykonano 12 razy odczyn spojówkowy tuberkulinowy.

II. W przebiegu chorób narządu oddechowego z wyłączeniem zmian gruźliczych wykonano odczyn spojówkowy tuberkulinowy 87 razy w 48 przypadkach (33 m., 15 k.), a mianowicie;

1. w włóknikowem zapaleniu płuc z opryszczkami na wargach w 37 przyp. (27 m., 10 k.) wykonano odczyn 73 razy,

2. w zgorzeli płuc w 2 przyp. (2 m.) wykonano odczyn 2 razy,

3. w zapaleniu ropnem opłucnej i płuc w 1 przyp (1 m.) wykonano odczyn 2 razy,

4. w zapaleniu opłucnej w 8 przyp. (3 m., 5 k.) wykonano odczyn 10 razy.

W 7 przyp. (4 m., 3 k.) nastąpiło zejście śmiertelne; odczyn spojówkowy wypadł ujemnie, a przy oględzinach pośmiertnych w 2 przyp. (zapalenia włóknikowego płuc) znaleziono w szczytach płuc nieznaczne ogniska zwapniałe: zresztą brak zmian gruźliczych. W przypadkach zgorzeli płuc, zapalenia ropnego opłucnej i płuc, zapalenia opłucnej, zawsze odczyn ujemny. W zapaleniu płuc włóknikowem stwierdzono odczyn dodatni (16 razy) zaledwie tylko w 8 przyp. (3 m., 5 k.), t. j. 21,6% i to u 2 chorych (1 m., 1 k.) dopiero po powtórnem zakropleniu do worka spojówkowego 1% rozczynu tuberkuliny +, a u 6 chorych (4 m., 2 k.), t. j. 16,2% zaraz za pierwszym razem po upływie 10 godzin jużto + (trwał 2—3 dni), jużto ╪ (trwał 10—16 dni); dwa razy (2 k.) wystąpiły objawy zapalenia pryszczykowego spojówki *(conjunctivitis phlyctaenulosa).*

III. W chorobach przewodu pokarmowego wykonano odczyn spojówkowy 76 razy w 44 przypadkach (23 m., 21 k.), wyłączając gruźlicę w przebiegu:

1. wrzodu okrągłego żołądka i krwotoku żołądka 10 razy w 5 przyp. (3 m., 2 k.),

2. rozszerzenia żołądka w następstwie blizny po wrzodzie okrągłym w odźwierniku 4 razy w 2 przyp. (1 m., 1 k.),

3. nadmiernej kwaśności żołądka *(hyperaciditas)* 9 razy w 5 przyp. (2 m., 3 k.),

4. ostrego nieżytu żołądka i jelit 9 razy w 8 przyp. (7 m., 1 k.),

5. zapalenia wyrostka robaczkowego i otrzewnej 17 razy w 8 przyp. (7 m., 1 k.),

6. zaparcia stolca 4 razy w 3 przyp. (1 m., 2 k.),

7. kamicy wątroby 11 razy w 6 przyp. (6 k.),

8. marskości wątroby 12 razy w 7 przyp. (2 m., 5 k.).

W 31 przyp. (21 m. 10 k.) schorzenia żołądka i jelit odczyn wykonano 53 razy zawsze z wynikiem ujemnym; inaczej w przypadkach chorób wątroby.

W przebiegu kamicy wątrobowej i obrzęku wątroby wykonano u 4 kobiet 8 razy odczyn spojówkowy z wynikiem ujemnym; u kobiety 32-letniej za pierwszym razem odczyn wypadł ujemnie, a za drugim razem ╪ i trwał przez 8 dni; u kobiety 52-letniej po zakropleniu w 10 godzin wystąpił odczyn ╪ po 10 godzinach i trwał 3 dni.

W przebiegu marskości wątroby i żółtaczki w 4 przypadkach (1 m., 3 k.) wypadł odczyn spojówkowy 7 razy ujemnie, a w 3 przypadkach (1 m., 2 k.) dodatnio. U chłopca 12-letniego (leżał na oddziale od 24. IX. do 29. XI.) wykonano odczyn 3 razy, przyczem odczyn miał 2 razy nasilenie +, a ostatni raz ╪, występował po 10 godzinach i trwał 7—8 dni. Badanie i spostrzeganie kliniczne przemawiało za: *Cirrhosis hepatis atrophica. Insuff. m. cordis. Peritonitis exsudativa c. ascite. Compressio inferiorum partium pulmonum e situ alto diaphragmatis. Caput Medusae.* Kilkakrotnie wypuszczana ciecz z jamy brzusznej miała cechy płynu zapalnego (c. g. 1030, białka 5%, barwa winowo-żółta, opalizująca; w osadzie skąpe ciałka czerwone i limfocyty) wobec tego nie można wyłączyć w danym przypadku zmian gruźliczych w jamie brzusznej. Natomiast u dziewczyny 16-letniej, u której na dzień przed śmiercią stwierdzono jeszcze odczyn dodatni w przebiegu marskości wątroby, zapalenia otrzewnej i ogólnej żółtaczki, oględziny pośmiertne stwierdziły nieznaczne zmiany gruźlicze, dla zbadania klinicznego niedostępne, w zakresie gruczołów klatki piersiowej, jak o tem poucza pokrótce przytoczone rozpoznanie anatomiczne: *Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites et peritonitis purulenta.*

Compressio et atelectasis partium inferiorum pulmonum e situ alto diaphragmatis. Tumor lienis chronicus permagnus. Cicatrix colon. ascedentis p. dysenteriam. Degeneratio caseosa gl. lymphaticarum mediastini et bronchialium. Icterus gravis.

IV. Zaburzenia w krążeniu, objawiające się przekrwieniem biernem narządów wewnętrznych i puchliną, nie wpływały ujemnie na odczyn spojówkowy w przypadkach gruźlicy. W 63 przypadkach chorobowych (35 m., 28 k.), gdzie wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego, w których za życia pomimo najściślejszego badania nie można było wykryć zmian gruźliczych (w 10 przypadkach t. j. 8 m. i 2 k. nastąpiło zejście śmiertelne) wykonano odczyn 114 razy, a mianowicie w przebiegu:

Insufficientia m. cordis. Emphys. pulm. Hydrops. w 19 przyp. (13 m., 6 k.) 32 razy,

Endocarditis chronica mitr. w 6 przyp. (2 m., 4 k.) 10 razy,

Endocarditis aortica w 6 przyp. (3 m., 3 k.) 12 razy,

» *mitralis et aortica* w 1 p. (1 m., 0 k.) 4 razy,

Myocarditis chron., arteriosclerosis w 31 przyp. (16 m., 15 k.) 58 razy.

W 54 przypadkach (31 m., 23 k.) odczyn wypadł — pomimo kilkakrotnego wykonywania; w 8 przypadkach (3 m., 5 k.) po 10 godzinach wystąpił + lub ╪ i trwał 3—7 dni. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono u dziewczyny 13-letniej zserowacenie gruczołów śródpiersia i zgrubienie zastawek dwudzielnej i aorty, a u kobiety 56-letniej w szczycie prawym ograniczone zwyrodnienie włókniste, a wśród niego kilka ognisk zwapniałych wielkości prosa i miażdżycę aorty i tętnic wieńcowych.

W jednym przypadku (1 m.) w przebiegu: *Cor bovinum. Endocarditis chronica aortica et mitralis. Infarctus pulmonum*, pierwszy raz odczyn —, a następne 3 razy dodatni ╪ trwał przez 5—7 dni, przyczem ostatnim razem wystąpił wśród objawów pryszczykowego zapalenia spojówki. W przypadkach krwioplucia przeprowadzono zawsze kilkakrotnie badanie na prątki Kocha.

V. W przebiegu zmian chorobowych w narządzie moczopłciowym, wyłączając gruźlicę, wykonano 34 razy odczyn spojówkowy, i to 3 razy w przebiegu kamicy nerkowej (2 m., 1 k.), a 31 razy w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z obrzękami (11 m., 6 k.). Wynik zawsze —, z wyjątkiem 3 przypadków (3 k.). U dziewczyny 16-letniej w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z puchliną, gdzie można było stwierdzić wejrzenie, właściwe zołzom, wystąpił na 3 dni odczyn +, u kobiet 30- i 42-letniej w przebiegu mocznicy występował słaby odczyn +, a przy powtórnem zakropleniu silny odczyn dodatni ╪ i trwał od 2—10 dni; gruźlicę w tych ostatnich przypadkach należy wyłączyć z największem prawdopodobieństwem.

VI. W chorobach ostrych zakaźnych wykonano odczyn spojówkowy 152 razy w 70 przyp. (25 m., 45 k.) w przebiegu:

1. duru brzusznego	25 razy	w 12 przyp.	(3 m.,	9 k.),
2. posocznicy	1 »	» 1 »	(1 »	0 »),
3. ostrego gośćca stawowego	27 »	» 16 »	(6 »	10 »),
4. zimnicy	14 »	» 8 »	(4 »	4 »),
5. róży	6 »	» 3 »	(1 »	2 »),
6. grypy	79 »	» 30 »	(10 »	20 »).

W przypadkach zimnicy i róży nigdy nie zauważono odczynu +. W przypadkach duru brzusznego we wczesnym okresie gorączki nie stwierdzono również nigdy odczynu +, natomiast w późniejszym okresie gorączkowym i ozdrowienia w 7 przypadkach (3 m., 4 k.) rzecz miała się inaczej. Mianowicie u dziewczyny 16-letniej, okazującej cechy nieznacznej zołzowatości, w okresie ozdrowienia wystąpił dwukrotnie odczyn spojówkowy + i ╪; u 2 m. i u 2 k. zupełnie zdrowych i nie budzących najmniejszego podejrzenia o gruźlicę, odczyn występował + o nasileniu nieznacznem i krótkotrwałem (10—16 godzin); u jednej zaś dziewczyny 16-letniej zupełnie zdrowej wystąpił odczyn dodatni najpierw +, a następnie ╪ i trwał przez 14 dni. W 2 przyp. (2 k.), gdzie dwukrotnie wystąpił odczyn + o słabem i krótkotrwałem nasileniu, sekcya nie stwierdziła zmian gruźliczych; zresztą chorzy wyzdrowieli.

Dodatni wynik odczynu spojówkowego zauważono w przypadku posocznicy i ropnicy u 40-letniego Jana W., wyrobnika, który zmarł po 7-dniowej chorobie, a po 4-dniowym pobycie w szpitalu. Odczyn spojówkowy wystąpił na 3 dni przed śmiercią o nasileniu drugiego stopnia i utrzymywał się do samej śmierci. Oględziny pośmiertne stwierdziły: *Pyaemia (post panaritium hallucis d.). Abscessus multiplices pulmonis utriusque. Pleuritis fibrinosa bilateralis. Abscessus nonnulli miliares renum. Nephritis acuta. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Degeneratio adiposa hepatis.* Zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych nigdzie nie stwierdzono.

W zapaleniu ostrem stawów na 16 przyp. w 8 (3 m., 5 k.) stwierdzono odczyn spojówkowy dodatni + lub ╪, występujący po 10 godzinach i trwający od 2—21 dni. U 3 mężczyzn zapalenie ostre stawów było powikłane świeżem zapaleniem zastawki dwudzielnej i zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej; okres trwania odczynu wynosił średnio 5—6 dni. W żadnym przypadku nie można było klinicznie stwierdzić żadnych zmian gruźliczych.

Na 30 przyp. grypy zaledwie u jednego mężczyzny i 4 kobiet wystąpił odczyn spojówkowy dodatni + lub ╪ i trwał 4—10 dni; zmian gruźliczych nie można było wykryć; zresztą przy grypie odczyn spojówkowy był ujemny.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Dreyer. **W sprawie badania ropy odczynnikiem Millona.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 14). Müller twierdzi, że zapomocą odczynnika Millona (rozczyn rtęci w kwasie azotowym z dodatkiem kwasu azotawego) można w bardzo łatwy sposób odróżnić ropę gruźliczą od innej. Gdy kropla ropy gruźliczej, wpuszczona do rozczynu, zbija się w twardą bryłkę, to ropa innego pochodzenia tworzy powłoczkę, łatwo po dotknięciu drucikiem rozpływającą się. Nadto twierdzi Müller, że ropa nie gruźlicza zabarwia odczynnik po pewnym czasie (do kwandransa) na żywo czerwono, a potem na żółto, gdy bryłka ropy gruźliczej pozostaje sama tylko czerwoną. To odmienne zachowanie się polegać ma na różnej zawartości ciał białkowatych i zaczynu w ciałkach białych. D. wykonał powyższą próbę 41 razy i przekonał się, że ropa gruźlicza czysta, t. j. nie zawierająca prócz prątków gruźliczych innych drobnoustrojów, zachowuje się względem odczynnika zupełnie tak, jak twierdzi Müller, natomiast ropa zwykła i gruźlicza z zakażenia mieszanego, zachowują się jednako, t. j. rozpływają się. Zabarwienie zaś czerwone nie występuje stale i nie jest znamienne. *Klęsk.*

Frangenheim. **Doświadczalne badania nad wpływem leczenia ssaniem miejscowych ognisk zapalnych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach przestrzega F. przed stosowaniem ssawek przy nieotwartych ogniskach zapalnych miejscowych, gdyż często, n. p. w początkach, zamiast oczekiwanego rozejścia się nacieku, otrzymuje się zwiększenie nacieku i rozleglejsze ropienie. *K.*

Worbs. **Ból głowy i jego leczenie miesieniem podług Corneliusa.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 12). Miesienie oddaje cenne usługi w przypadkach zewnątrzczaszkowego pochodzenia bolu głowy na tle gośćca, dny, nerwobolu, migreny i t. p. Zwykle można w podobnych przypadkach wykryć pewne punkta bolesne w mięśniach lub nerwach. *K.*

G. Kohn. **Nowe sposoby leczenia przewlekłych ropniaków jamy szczękowej.** (*Therap. Rundschau* 1908, Nr 10). Wnioski autora są następujące: 1) Przewlekłe ropienia jamy szczękowej, opierające się przepłukiwaniom od strony nosa, należy operować od strony policzka (*fossa canina*), jednakże zamykając wcześnie ranę i doleczając przez nos. 2) Z metod operacyjnych zapewnia najlepszy dostęp sposób Denkera. 3) Sposób ten jednak, niszcząc dolną małżowinę, jest podobnie, jak i sposób Luca, dla jamy nosowej niekorzystny. 4) Chcąc uniknąć złych stron sposobu Denkera, posłużyć się można jako najodpowiedniejszym, sposobem Gerbera. 5) Sposób Denkera byłby bezwarunkowo najlepszym, gdyby się powiodło tak go ulepszyć, aby zachować przy nim przynajmniej większą część dolnej małżowiny. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Biro. **Chirurgiczne leczenie nowotworów mózgu.** (*Medycyna i Kronika lek.* 1908, Nr 11—13). Według Knappa przy nowotworach mózgu zaledwo w 10 prc. można myśleć o operacyi, z tego w $^2/_3$ przypadków otrzymuje się po operacyi wyniki złe, tak że dobre wyniki operacyjne uzyskuje się w 2 prc. przypadków. Bardzo ważną jest tu przyroda samego guza. Mięsak w razie nie doszczętnej operacyi prędzej i więcej się rozrasta. Guzy gruźlicze mózgu rzadko nadają się do leczenia chirurgicznego. Zwykle są liczne. Niektórzy jednak radzą nawet i wtedy operować, jeżeli n. p. jeden z guzów gruźliczych daje objawy ogniskowe bardzo ciężkie. Przy kilakach mózgu operuje się, gdy mimo leczenia swoistego objawy nie ustępują. Najbardziej nadają się do operacyi glejaki, glejakomięsaki, włókniaki i torbiele. Prócz przyrody guza decyduje o operacyi jego usadowienie. Nie nadają się do operacyi guzy prawego płatu skroniowego; w płacie ciemieniowym operacya jest niepewna, bo niepewna i lokalizacya. Niebezpieczeństwo dla życia jest tem mniejsze, im guz leży bliżej powierzchni mózgu. Operacye na móżdżku są wogóle bardzo poważne. Bergmann uważa za nadające się do operacyi jedynie guzy zakrętów środkowych i okolicy czołowej.

Kiedy należy przystąpić do operacyi, czy wystarczają same objawy ogniskowe, czy też czekać należy na ogólne? Nie należałoby czekać, gdyby ogniskowe objawy ruchowe były właściwe tylko guzom, ale jak wiemy, spotyka się je i przy innych cierpieniach mózgu. Tarcza zastoinowa przy guzach sfery ruchowej jest już objawem późnym, podobnie śpiączka, mimo tego wielu operuje nawet i wtedy. Gdy istnieją już porażenia, to trudno się spodziewać, by operacya je usunęła. Natomiast objawy ogólne i objawy podrażnienia ustępują zwykle po operacyi lub zmniejszają się tak znacznie, że wobec tego wielu operatorów przystępuje do zabiegu nawet i wtedy, gdy o wyjęciu guza nie ma mowy, jedynie, by przynieść ulgę choremu. Po operacyi znika bowiem zwykle lub zmniejsza się znacznie ból głowy, zaburzenia psychiczne, zawroty, wymioty, a wzrok się poprawia. Wobec tego nawet częściowe usunięcie guza jest zabiegiem uzasadnionym, może ono bowiem prócz ulgi przedłużyć życie chorego na pewien czas, zabieg można ewentualnie jeszcze powtórzyć. W ten sposób Köhler i Oppenheim uratowali dziecko przez zabieg u ciężarnej. Objawy ogniskowe, późno się ukazujące, rzadko dają możność operowania doszczętnego. Jeżeli nie ma się pewności, gdzie guz leży, należy operować w miejscu, nie mającem wielkiej wartości czynnościowej. Po operacyi, wykonanej nie we właściwem miejscu, dolegliwości nieraz jeszcze się wzmagają. Dodać należy, że czwarta część chorych umiera w następstwie operacyi. Zdarza się nieraz, że guza przy operacyi się nie znajdzie, albo spotka się inne cierpienie, albo guz leży za głęboko, lub w zupełnie innem miejscu.

Mimo tych wszystkich niekorzystnych stron operacyi, i tak należy nieraz użyć jej jako jedynego środka. Rodzinie chorego należy jednak zawsze powiedzieć, że chory ma cierpienie ciężkie, niewątpliwie śmiertelne. Nigdy nie należy przyrzekać wyleczenia lub zupełnego usunięcia guza, lecz otwarcie powiedzieć, że operacya jest ciężką, wyjątkowo zapewnia wyleczenie, lecz i w najgorszym razie może dać poprawę najcięższych objawów.

Nakłucie komór nie ma większej wartości, niż trepanacya z pozostawieniem szczeliny w oponie twardej. Nakłucie lędźwiowe ma znaczenie lecznicze tylko w nielicznych przypadkach. Nie należy zmniejszać ciśnienia poniżej 100 mm. Nakłucie lędźwiowe może pozostać bez skutku, jeżeli niema swobodnego połączenia komór z przestrzenią podpajęczynową mózgu i rdzenia. Nakłucie trzeba stosować ostrożnie przy sprawie chorobowej w móżdżku, rdzeniu przedłużonym lub na podstawie czaszki, bo zmniejszone ciśnienie wywołać może ucisk ważnych części mózgu przez guz. Po nakłuciu wystąpić może wylew krwi do mózgu. Czasem stosować należy nakłucie w celach rozpoznawczych (Wilms, Lewkowicz). Niedostateczne ciśnienie rdzeniowe przy silnem mózgowem, świadczy o zniesionem połączeniu i przemawia za guzem tylnej jamy czaszkowej. Cytologiczne badanie płynu może nieraz również sprawę wyjaśnić.

W pracy swej oparł się B. prócz spostrzeżeń własnych na materyale polikliniki Dra Goldflama. Materyał ten obejmuje 92 przypadki nowotworów mózgu. *Klęsk.*

Dementjew. **Przypadek języka olbrzymiego** (*macroglossia*) **u 5-letniej dziewczynki.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 4 i 5). Język olbrzymi polega na przeroście jednej ze składowych tkanek języka, kombinacyi przerostu kilku tkanek lub na ogólnym przeroście wszystkich tkanek. Najczęstszą postacią jest chłoniak języka. Chłoniaki mogą być wrodzone i do czasu utajone lub też mogą być następstwem częstych stanów zapalnych, urazów lub przebytych chorób zakaźnych. Krawczenko opisał przypadek makroglossyi po nadcięciu języczka. D. sądzi, że wrodzone chłoniaki języka są gruntem żyznym dla zakażeń, prowadzących do makroglossyi. Cierpienie to nadzwyczaj rzadkie. Leczenie operacyjne. *Nelken.*

Kossobudzki. **Przypadek ropnego zapalenia wola, wywołanego przez lasecznika okrężnicy.** (*Medycyna i Kronika lek.* 1908, Nr 14). Sprawy ropne w prawidłowej tarczycy lub wolu wystąpić mogą bezpośrednio po urazach, ranach, dalej przejść na gruczoł z sąsiedztwa, n. p. przy ropowicy szyi lub też wystąpić jako powikłanie chorób zakaźnych. Wole o wiele łatwiej ulega zakażeniu, według Kochera wskutek częstej obecności zakrzepów w przerosłym gruczole. Najczęściej ropienie zdarza się w przebiegu zapalenia płatowego płuc i w zakaźnych cierpieniach przewodu pokarmowego. W ropie znajdowano dwoinki zapalenia płuc, paciorkowce, gronkowce, prątki durowe, laseczniki okrężnicy i prątki ropy błękitnej. K. spostrzegał na oddziale Sawickiego przypadek ostrego ropienia wola po cierpieniu jelitowem. W wydobytej przy operacyi ropie ciemnoczekoladowej, cuchnącej siarkowodorem, znaleziono czystą hodowlę lasecznika okrężnicy. Chora po przebyciu pooperacyjnego zapalenia płuc wyzdrowiała. *Klęsk.*

Cahen. **Gruźlica sutka.** (*Posiedz. Tow. lek. w Kolonii* 18. XI. 1907). Może być z tego powodu, że gruźlica sutka jest cierpieniem dość rzadkiem, sprawia ona nieraz wiele trudności w rozpoznaniu. Występuje zwykle w dwóch postaciach: guzkowej lub ropiejącej, albo też w obu naraz. Czasem postać guzkowa zupełnie przypomina raka, bo bywa brodawka wciągnięta, powiększone gruczoły pachowe. W jednym takim przypadku rozpoznał też C. raka, a dopiero badanie drobnowidowe po operacyi wykryło gruźlicę. Przy ropieniu lub przetokach rozpoznanie jest już znacznie łatwiejsze. W wątpliwych przypadkach radzi C. uciekać się do tuberkuliny i przeszczepiań na zwierzęta. Co do operacyi, to zwykle wystarcza usunięcie samego sutka. W powiększonych gruczołach pachowych nie znajdował C. gruzełków, dlatego też radzi wyjmować jedynie bardzo powiększone i twarde gruczoły. *Klęsk.*

Perret. **O trwałych wynikach przy gruźliczem zapaleniu biodra na podstawie 65 przypadków.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 2). W lekkich postaciach chorobowych, dalej w tych przypadkach, w których istnieje jałowe zamknięte ropienie i w których nie można napewno określić siedziby ogniska chorobowego, leczy P. zachowawczo tak długo, aż nastąpi wyleczenie lub można już napewno dojść do ogniska chorobowego. Przy przetokach wykonuje nacięcie i atypowe wycięcie stawu. Podobnie operuje, gdy wie napewno, gdzie się znajduje ognisko chorobowe. Typową resekcyę stawu P. odrzuca. *Klęsk.*

Tietze. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej w wieku dziecięcym.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 12). Długoletnie doświadczenie wybitnych chirurgów dowiodło, że w gruźlicy chirurgicznej u dzieci powinno się postępować o ile możności zacho-

wawczo, gdyż cierpienie to jest wyleczalne i nawet rozległe zmiany w stawie lub kości ustępują czasem zupełnie. W leczeniu gruźlicy chirurgicznej dzielnym środkiem jest jodoform. Bruns twierdzi nawet, że przez systematyczne leczenie gruźliczych ropni wstrzykiwaniami jodoformu można osiągnąć w 80 prc. wyleczenie. Oczywiście prócz leczenia miejscowego, które czasem trwa bardzo długo, trzeba stosować i leczenie ogólne higieniczno-klimatyczne. Postępowanie doszczętne stosuje się natomiast u dorosłych, gdzie chodzi o szybkie wyleczenie ze względu na zdolność do pracy i ze względu na możliwość powikłań płucnych, które u dorosłych, w przeciwieństwie do dzieci, występują znacznie częściej. Przeciwko doszczętnej operacyi u dzieci przemawia także to, że operacya, niszcząc często nasadę kości, wywołuje następowe wstrzymanie wzrostu. Wstrzykiwania jodoformu zrobić należy często, co 8—14 dni. Leczenie równoczesne starą tuberkuliną (AT) nie dało T. u dzieci dobrych wyników. Ważną też jest rzeczą, by dzieci, będące w szpitalu, miały dużo powietrza, dlatego też powinno się budować dla tych chorych umyślne szpitale. Wysyłanie dzieci do kąpiel uzasadnione jest wtedy, gdy na miejscu w zdrojowisku jest chirurg, który leczenie dalej prowadzi. Doszczętnie operować należy u dzieci tylko z wybitnych wskazań, dalej wtedy, gdy chory nie znosi jodoformu, a sprawa chorobowa ciągle się pogarsza, a wreszcie operuje się też występujące lub już istniejące zniekształtnienia. Bardzo często nie można przeprowadzić systematycznego leczenia u chorych zamiejscowych z tego powodu, że rodzice z braku funduszów nie mogą tak często z dziećmi przyjeżdżać. Dlatego też sądzi T., że rząd powinien zarządzić, aby w podobnych przypadkach dawano znaczne ulgi lub nawet wolne bilety na przejazd chorym, muszącym często zgłaszać się celem leczenia. *Klęsk.*

Gara. **Leczenie ciężkich zesztywnień stawów fibrolizyną.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 12). G. zachęca do leczenia zesztywnień stawów fibrolizyną. Do leczenia tego trzeba jednak cierpliwości i przed 20 wstrzyknięciami nie można zaczynać leczenia miejscowego. Wstrzyknięcia radzi G. robić w pośladki lub grzbiet. *K.*

Ritter. **O związku mnogich wyrośli kostnych z gruczołem tarczowym.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 13). Mnogie wyrośle kostne występują w wieku młodocianym, a wywołują zatrzymanie się wzrostu kości, dlatego też chorzy, dotknięci tem cierpieniem, pozostają zwykle nizkimi. R. spostrzegał całą rodzinę, dotkniętą tem cierpieniem (cierpienie to jest zwykle dziedziczne). Dziadek, ojciec, syn i córka, bruneci, mieli wybitne wyrośle kostne, byli nizkiego wzrostu i nie odznaczali się zbytnio inteligencyą. Matka zaś i druga córka o włosach jasnych były wysokie i inteligentne. U członków rodziny, dotkniętych wyroślami, był zanik gruczołu tarczowego, u matki zaś i córki jego powiększenie, a u córki istniały nawet lekkie objawy choroby Basedowa. *K.*

Capaldi. **Mięsak kikuta amputacyjnego po 20 latach.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Jako wielką rzadkość opisuje C. mięsaka, który pojawił się w kikucie w 20 lat po amputacyi lewej ręki. Przed rokiem doznał chory silnego urazu w kikut, który od tego czasu stale zaczął się powiększać i sprawiać bole. Badanie wyciętego guza stwierdziło utkanie włókniakomięsaka. Guz wychodził, zdaje się, z blizny pooperacyjnej. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Kruieger i Offergeld: **Zapłodnienie, ciąża, poród i połóg, spostrzegane na macicy odosobnionej. Przyczynek doświadczalny i kliniczny do nauki o całej sprawie rozrodczej po przecięciu rdzenia kręgowego.** (*Arch. f. Gyn. tom 83, zesz. 2*). Autorowie doszli do następujących wyników: Na cały akt rozrodczy nie mają żadnego wpływu ani mózg, ani rdzeń przedłużony, ani rdzeń kręgowy, ani nerw błędny, ani trzewny, ani wreszcie nerwy rdzeniowe, gdyż może się on odbyć zupełnie prawidłowo po całkowitem poprzecznem przecięciu rdzenia w jakiejkolwiek jego wysokości, a nawet po jego wycięciu na pewnej przestrzeni. Nawet po zupełnem doświadczalnem zniszczeniu całego ośrodkowego układu nerwowego, czynność porodowa trwa jeszcze pewien czas po śmierci zwierząt, użytych do doświadczeń. Pewien jednak, choć nieznaczny wpływ na sam akt porodu można zauważyć, po zniszczeniu rdzenia poniżej 10 kręgu piersiowego, a głównie po zniszczeniu odcinka lędźwiowego i krzyżowego; a mianowicie okres wydalania płodu zwykle bardzo się przedłuża, co wpływa niekorzystnie na rokowanie dla matki w okresie połogowym, a także dla płodu. Prawdopodobnie leżą w tej dolnej części rdzenia jakieś komórki zwojowe, regulujące skurcze macicy. Pewien wpływ na to dłuższe trwanie okresu wydalenia płodu ma zupełne wyłączenie pomocy tłoczni brzusznej. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że komórki nerwowe, mające wpływ na czynności narządu rodnego, znajdują się w zwojach nerwowych obwodowych w tkance około-szyjkowej i około-pochwowej, a prawdopodobnie także w mięśniu i błonie śluzowej samej macicy. Dalsze jednak doświadczenia dowiodły, że wrażliwość narządu rodnego największa jest w okresie nieciążowym i zmniejsza się w przebiegu ciąży tak, że przy porodzie znika zupełnie. Należało więc powyższym zwojom przypisać raczej tylko wpływ drugorzędny, regulujący, a szukać innych źródeł, z których wychodzi dopiero wpływ właściwy pierwotny, udzielający się następowo powyższym zwojom. Autorowie przypuszczają, że najważniejszą rolę odgrywają tutaj jajniki, a może i wytwory wymiany materyi płodu; te wytwory wywierałyby wpływ już to bezpośrednio na powyższe zwoje nerwowe, już to najprzód na jajniki, których wydzielina miałaby dopiero drogą naczyń krwionośnych wywierać wpływ ostateczny na cały narząd rodny. O ile więc czynniki drażniące zewnętrzne przez ucisk na wspomniane zwoje nie zawsze wystarczają do wywołania porodu i nie zawsze istnieją (położenie miednicowe, poród przedwczesny, łożysko przodujące), należy przyjąć, że chodzi tu o inne nieznane nam czynniki drażniące, które zwoje te szczególnie podrażniają, a których źródło leży najprawdopodobniej w jajnikach, a może w płodzie lub nawet łożysku. Zwoje, w ten sposób podrażnione, miałyby dopiero obejmować dalsze kierownictwo nad czynnością porodu. Pośredni wpływ ma zdaje się i nerw współczulny, który przez unerwienie naczyń krwionośnych wpływa regulująco na unaczynienie narządu rodnego. *Dr E. Ehrenpreis.*

Pradella: **O sztucznem przerwaniu ciąży z powodu gruźlicy płuc.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83, zesz. 2). Szkodliwy wpływ ciąży na gruźlicę płuc tłómaczą gwałtownemi zmianami w zakresie narządu krążenia i oddychania, występującemi w przebiegu każdej ciąży. Szkodliwy wpływ porodu i połogu należy znowu tłómaczyć nagłem wyrównaniem się powyższego stanu po opróżnieniu macicy i samym urazem porodowym, szczególnie przy porodach nieprawidłowych. Hanau sądzi, że przy ciężkich porodach należy ten szkodliwy wpływ tłómaczyć samozatruciem w następstwie wessania z jam gruźliczych. Kobietom z gruźlicą ciężką, bez względu na to, czy ona postępuje, czy nie, należy bezwzględnie odmówić pozwolenia na małżeństwo; w innych zaś przypadkach należy dopiero wtedy udzielić pozwolenia, jeżeli można na pewno stwierdzić, że gruźlica najmniej 1—2 lat nie postępowała, szczególnie u chorych zamożnych. Także i postępowanie lecznicze zależy od tego, czy gruźlica postępuje, czy nie. Jeżeli często świeża, czy też powrotnie w przebiegu ciąży występująca gruźlica płuc czyni istotnie postępy, należy przedewszystkiem starać się postęp jej wstrzymać przez odpowiednie leczenie. Takie leczenie, pominąwszy przypadki nagłe, należy wogóle uważać jako warunek konieczny przed sztucznem przerwaniem ciąży. Przerwanie ciąży jest wskazane tam, gdzie można przypuszczać, że po opróżnieniu macicy gruźlica przestanie postępować, lub gdzie choroba matki czyni wogóle wątpliwem uratowanie płodu, albo gdzie odpowiednie leczenie w czasie ciąży nie zdołało wstrzymać postępu gruźlicy, wreszcie tam, gdzie leczenie takie jest niemożliwe z powodu okoliczności zewnętrznych n. p. u chorych ubogich. Oprócz powyższego wskazania leczniczego do przerwania ciąży, rozróżnia P. jeszcze t. z. wskazanie zapobiegania. Jeżeli mianowicie gruźlica płuc wybuchła lub zaczęła postępować dopiero po ukończeniu poprzedniej ciąży — choćby prawidłowej i po zupełnie prawidłowym porodzie, jeżeli więc pogorszenie choroby można na pewne odnieść tylko do odbytej już sprawy rozrodczej, to nie powinno się czekać przy ponownej ciąży na jej kres i na poród, ale o ile możności wcześnie wywołać poronienie. W przypadkach takich, jak w ogóle tam, gdzie sztuczne przerwanie ciąży daje złe wyniki z powodu szybkiego postępowania gruźlicy, jest nawet wskazanie do sztucznego sprowadzenia bezpłodności. Czas przerwania ciąży zależy od wzajemnego porozumienia lekarza chorób wewnętrznych z lekarzem chorób kobiecych, które musi rozstrzygnąć, jak długo wolno i można czekać przedewszystkiem w interesie matki, a potem i płodu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Gräfenberg: **Przyczynek do wiadomości o zgorzeli macicy połogowej (metritis dissecans puerperalis).** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zesz. 1). Według Beckmanna wtargnięcie paciorkowców do ściany macicy i jej naczyń wywołuje zakrzep wielkich pni naczyniowych, a w następstwie tak znaczne zaburzenia w odżywieniu mięśnia macicy, że części jego, odcięte od krążenia krwi, ulegają obumarciu i odchodzą z jamy macicy. Istotnie

»martwaki« takie są wprost naszpikowane paciorkowcami, które można odnaleźć tak w samej tkance, jak i w zakrzepłych naczyniach. Przyczyną usposabiającą mają być wszelkie zabiegi porodowe, jak i zbyt długie trwanie samego porodu (stąd częstsze występowanie zgorzeli u pierwiastek), nadto cukrzyca, świeża kiła, gruźlica i niektóre choroby zakaźne, jak dur. Choroba rozpoczyna się zwykle w 3 dniu połogu, ostro, wysoką gorączką i bardzo przyspieszonem tętnem, tak że z początku niełatwo ją odróżnić od innych zakażeń. Objawy są jednak dość znamienne: wydzielina ropna, nadzwyczaj cuchnąca, wysoki i coraz wyższy stan dna macicy, bolesność jej przy ucisku, obrzęk części rodnych zewnętrznych (wskutek zakrzepu żył miednicznych) i wewnętrznej powierzchni ściany macicy, przy braku zmian zapalnych przymacicznych. Rozpoznanie staje się pewne po odejściu martwaka, który czasem tworzy wprost odlew całej jamy macicy. Po jego odejściu (w 3—4 tygodniu choroby) macica szybko się zmniejsza, objawy zapalne ustępują, wydzielina się zmniejsza, stan ogólny poprawia. Rokowanie co do życia dosyć dobre; śmiertelność = 27·5%. Najczęstszą przyczyną śmierci jest ropne zapalenie otrzewnej z powodu przebicia ściany macicy. Leczenie powinno być wyczekujące. Przy wystąpieniu objawów otrzewnych wycięcie całej macicy. *Dr E. Ehrenpreis.*

Forssell: **O przedarciu pępowiny wśród porodu.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zesz. 1). Przedarcie może dotyczyć tylko poszczególnych naczyń pępowinowych, lub też całej pępowiny. To drugie jest częstsze i wydarza się przy porodach t. zw. ulicznych, następnie przy operacyjnych, a najrzadziej przy prawidłowych. Ze stanowiska sądowolekarskiego należy pamiętać, że niezawsze łatwo rozstrzygnąć, czy pępowina została przedarta czy przecięta, gdyż opisano przypadki (G. Koch), gdzie miejsce przedarcia pępowiny (ciężarem płodu) było zupełnie gładkie i brzegi równe. Pępowinę usposabiają do przedarcia nadzwyczajna jej krótkość, owinięcie nią różnych części płodu i nieprawidłowości w jej budowie. Przedarcie występuje najczęściej w okresie wydalania płodu. F. opisuje 2 przypadki. W jednym przedarcie wystąpiło jeszcze przed okresem wydalenia płodu; do przedarcia wystarczyła tu przeto nieznaczna tylko siła. Jako jedyne wytłómaczenie, po wyłączeniu innych przyczyn (kiła, zmiany zapalne), należało przyjąć nadzwyczajną kruchość całej pępowiny. Badanie histologiczne stwierdziło też prawie zupełny brak tkanki sprężystej w ścianach tętnic i szczególnie cienką i słabo tylko rozwiniętą warstwę sprężystą ściany żylnej. Może właśnie ten brak tkanki sprężystej w ścianach naczyń pępowinowych jest główną przyczyną także i wielu innych przedarć pępowiny? *Dr E. Ehrenpreis.*

Frankenstein: **O znaczeniu resekcyi macicy przy mięśniakach dla zachowania miesiączkowania po operacyi.** (*Arch. f. Gyn.* tom 83, zesz. 2). Autor omawia i zaleca sposób operacyjny, zastosowany pierwszy raz przez Zweifla przy mięśniakach macicy, a polegający na odcięciu trzonu w pewnej wysokości nad ujściem wewnętrznem celem zachowania jeszcze pewnej części mięśnia i błony śluzowej macicy i o ile się tylko da także jajników, lub przynajmniej małych ich części. Wynik operacyi ze względu na dalsze utrzymanie miesiączkowania jest tem lepszy, im większą część mięśnia i błony śluzowej macicy uda się utrzymać. W porównaniu z dotychczas stosowanem odcięciem nadpochwowem lub nawet zupełnem wyjęciem macicy ma zabieg powyższy istotnie wielkie zalety. Przeszło w połowie przypadków udało się w ten sposób utrzymać miesiączkowanie, a jeżeli nawet niekiedy na czas dość krótki, to i tak nie domyśliły się chore w żadnym przypadku związku między zabiegiem a tylko stopniowem ustaniem miesiączki. Nawet tym kobietom, u których nie udało się zachować miesiączkowania po operacyi, zabieg powyższy zapewnia tę wielką korzyść, że u przeszło $^{3}/_{4}$ z nich nie wystąpiły zupełnie przykre objawy przekwitania, które natomiast w połowie przypadków dały się we znaki tym kobietom, u których pozostawiono tylko małą cząstkę macicy. Po zabiegu tym nie stwierdzono nigdy złośliwego zwyrodnienia ani nawrotu w pozostawionym kikucie macicy lub jajnikach. *Dr E. Ehrenpreis.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Rathmann: **Zatrucie dwusiarczkiem węgla.** (*Zeitsch. f. Mediz.-Beamt.* 1907. Nr. 18). Zatrucia te spostrzegano dotąd przy fabrykacyi oliwy i wulkanizowaniu kauczuku. Tymczasem R. opisuje kilka przypadków zatrucia u robotników, zajętych przerabianiem drzewnika zapomocą dwusiarczku węgla w fabryce sztucznego jedwabiu. Zbiór objawów był tak różnorodny, iż z początku nie myślano o podobnem zatruciu. Choroba zaczynała się bolami głowy, trwającymi całe miesiące, poczem występowały napady zawrotów; ostatecznie robotnicy tracili zdolność widzenia, stawali się senni lub popadali w stany podniecenia szałowego, w jednym przypadku musiano nawet podjąć leczenie w zakładzie dla obłąkanych. Choroba przebiegała zazwyczaj korzystnie, gdy chorych usunięto z pod wpływów szkodliwych. *J. Nowaczyński.*

Romeik: **Śmiertelne otrucie octem.** (*Zeitsch. f. Mediz. Beamt.* 1907. Nr 20). Dwuletnie dziecko, pozostawione bez nadzoru, napiło się zwykłego octu kuchennego i mimo zastosowanej wkrótce po wypadku pomocy lekarskiej (płukań żołądka i wstrzykiwań kamfory) zmarło w 8 godzin po zatruciu. Ponieważ ocet sprzedaje się dowolnie w różnych rozcieńczeniach, przeto domaga się R., by sprzedaż octu zawierającego na 100 części więcej niż 15 części kw. octowego, podciągnąć pod przepisy, normujące sprzedaż trucizn. *J. Nowaczyński.*

Prof. Szczerbak: **Zatrucie homarem.** *Ataxia polyneur. acuta. Akroneuritis.* Częściowe zaburzenia czucia i ruchu, wyzdrowienie. (*Wraczebnaja Gazeta* 1908. Nr 10, 11). Pierwsze i główne objawy zatrucia homarem występują w zakresie przewodu pokarmowego i przypominają cholerę lub czerwonkę. W dalszym okresie choroby przyłącza się z powodu samozatrucia ostre zapalenie nerwów (*polyneuritis*). W przypadku autora rozwinął się na tem tle obraz ostrego bezładu (*pseudotabes peripherica acuta*) w związku z zapaleniem drobnych rozgałęzień nerw. (*akroneuritis*). Czynnik trujący w zatruciu homarem nie jest jeszcze dokładnie poznany, wiadomo wszakże, że zatrucie może być wywołane tak przez spożycie świeżych homarów, jak i konserw, przyczem zaznaczyć należy, że konserwy świeżo otwarte są nietrujące, gdy te same, spożyte w jakiś czas po otwarciu puszki, mogą być przyczyną ciężkiego zatrucia. Prawdopodobnie w puszkach konserw znajdują się względne beztlenowce, które zaczynają się szybko rozwijać w dostępie powietrza. *J. Nowaczyński.*

Prof. Grigoriew. **W sprawie wykrycia minimalnych śladów krwi w plamach za pomocą rozbioru widmowego.** (*Russk. Wracz.* 1907. Nr 41). Jak trudnem jest nieraz wykrycie bardzo nieznacznych śladów krwi nawet z pomocą mikrospektroskopu, wie każdy, kto tego próbował, a trudnem jest z tego powodu, że alkaliczna hematyna, odtleniona zapomocą siarczku amonu, łatwo rozpuszcza się w silnym alkalicznym odczynniku, używanym do badania. Dlatego też dąży G. do stałego utrwalenia owej hematyny, co osiąga dwiema następującemi metodami:

Pierwsza metoda. Na wycięte skrawki tkanin z plamami krwi działa się najpierw odczynnikiem Nr 1 (ługu 12, soli Seigneta 40, wody przekrop. 100) przez 1—2 dni, następnie do połowy rozcieńczonym rozczynem octanu potasu i przenosi się do wody przekrop. Potem kładzie się je na przeciąg 12—14 godzin do odczynnika Nr 2 (ługu $1^{1}/_{2}$, soli Seigneta 1, wody 2), by zasuszoną krew rozmiękczyć, a stąd na szkiełko przedmiotowe, obsusza się bibułą i pręcikiem szklanym puszcza 1 kroplę siarczku amonu, a gdy po $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ minuty preparat przyjmie barwę jasnoczerwoną, nakrywa się go szkiełkiem i ogląda w mikrospektroskopie. W razie obecności śladów otrzymujemy dwie znamienne dla hemochromogenu smugi pochłonne. Z powierzchni przedmiotów niehigroskopijnych (drzewo, wełna, jedwab, papier) daje się zasuszona krew po zadziałaniu octanem potasu łatwo w postaci ziarenek zeskrobać; już z jednego takiego ziarnka wystarcza sporządzić preparat, by otrzymać widmo hemochromogeny. Ze skrawkami tkanin higroskopijnych (bawełna, płótno) postępuje się tak samo, tylko preparat należy jeszcze rozskubać i tu znów jedno włókno da nam powyższe widmo.

Druga metoda. Cząstki tkanin, zawierające plamy, moczy się przez 1—3 dni w wyskoku rozcieńczonym 5 cz. wody i zalkalizowanym 0,1% sodą, następnie odparowuje się w ciepłocie pokojowej na szkiełku zegarkowem, a pozostałość suchą rozpuszcza się znów w odczynniku, podanym przez autora. Z tego rozczynu, mniej więcej wyraźnie czerwono-brunatno zabarwionego, zasusza się po kilka kropel na szkiełkach nakrywkowych. W razie obecności krwi krople zasuszone tworzą osad czerwono-brunatny. Teraz przenosi się szkiełka te na przeciąg 24 godzin do miseczek z odczynnikiem Nr 2 tak, by strona szkiełka pokryta osadem, zwrócona była ku powierzchni odczynnika. Po 2 godzinach już odczepia się osad od szkiełek i pływa na powierzchni odczynnika w postaci błonki jasno-czerwonej, którą ostrożnie przenosi się na szkiełko nakrywkowe, osusza bibułą, miesza z kroplą siarczku amonu, nakrywa szkiełkiem, uciska lekko i ogląda w mikrospektroskopie. Tak tą, jak i poprzednią

metodą sporządzone preparaty zatopione w parafinie dają się utrzymać w stanie niezmienionym całymi dniami. G. dochodzi do przekonania, iż powyższe metody, odznaczające się prostotą wykonania, mogą być stosowane ze skutkiem w praktyce sądowo-lekarskiej w różnych przypadkach. *J. Nowaczyński.*

Vogel. **Uraz, a mięsak.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 9). V. uznaje w zupełności możliwość powstawania nowotworów wskutek urazów. Na dowód przytacza 7 przypadków niewątpliwego związku powstania mięsaka z urazem. Siedziba nowotworu była w tych przypadkach niezwykła, bo w jednym w dolnej części kości udowej, w drugim w kości piszczelowej, w trzecim w obojczyku, w trzech następnych w jądrze, a w ostatnim w sutku. — O ile raka wywołują zwykle urazy częste przewlekłe, to mięsaka zwykle jeden, i to nieraz nawet niezbyt silny. *Klęsk.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

II. Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Woda do picia i użytku. W rozdziale tym nie spełnia eszcze sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1904 nadziei, którą wyraziłem w r. z., że dokładny obraz zaopatrzenia kraju w wodę, opracowany przez radcę Dr J. Barzyckiego[1]), posłuży sprawozdaniom Rady zdrowia za podstawę dokładnego przedstawienia postępów tej sprawy. Nadzieja ta nie spełniła się jeszcze zapewne dlatego, że praca Dra Barzyckiego opiera się na stanie z r. 1905; to też Rada zdrowia mogłaby ją uwzględnić, i miejmy nadzieję, uwzględni, dopiero w swem sprawozdaniu najbliższem.

I w tym roku przeto niepodobna ściślej podać w ogólnym rysie, jakim krokiem ważna sprawa zaopatrzenia kraju w wodę szła naprzód; z niektórych liczb i z kilku zawartych w sprawozdaniu uwag odnosi się tylko wrażenie, że dająca się w roku 1904 we znaki posucha przymusiła ludność wielu powiatów do znacznie energiczniejszego, niż dotąd, działania i w ten sposób przysporzyła krajowi wogóle więcej studni, niż w którymkolwiek roku poprzednim. Warto zaś powtórzyć za sprawozdaniem kilka szczegółów, świadczących, ile może zrobić zapobiegliwość i energia wydziałów powiatowych, starostw i zarządów gminnych, byle była... dobra wola. W powiecie bialskim przybyło sporo studni dzięki temu, że i starostwo i wydział powiatowy udzielały zapomóg (2863 i 900 K.). W powiecie bobreckim wywiercono kilka studni, a mieszkańcy Strzelisk nowych tak są zadowoleni z takiej wierconej, 63 m. głębokiej studni, że sami dobrowolnie pokryli potem dość znaczne (1570 K.) jej koszta. Za staraniem starostwa wydział powiatowy bobrecki sprawił też, że 34 gminy wstawiły do swych budżetów na studnie wogóle 7110 koron. W tymże powiecie wójt w gminie Wołowe urządza tanim kosztem wodociągi. W powiecie brzeskim zbudowano w jednym roku 39 nowych studni z cembrzyną betonową lub kamienną, nadto 11 studni wierconych systemu Nortona; w dąbrowskim, gdzie wody z niewielkiej głębokości są złe, postarano się o to, aby gminy urządzały studnie abisyńskie (w r. 1904—22); w dobromilskiem zbudowano w jednej tylko gminie 8 studni z funduszów rządowych, a prawie we wszystkie budżety gminne wstawiono kwoty na studnie; w jarosławskiem przybyło 135 studni z kręgów betonowych; w kołomyjskiem wydział powiatowy dostarcza gminom takich kręgów po cenach własnego kosztu; w pilzneńskiem są dziś po wsiach studnie przeważnie betonowe, dawny zwyczaj pojenia bydła przy studniach już usunięto, a ludność »dała się przekonać o szkodliwości złych studzien«; w podhajeckiem przymuszono 23 gmin do przeznaczenia ogółem 5360 K. na studnie, a »ludność jest z takiej kurateli zadowolona«; przemyski wydział powiatowy zakupił przyrząd do wiercenia studzien; takiż przyrząd wypożycza gminom wydział powiatowy sokalski. Wydział pow. trembowelski zaciąga 20.000 koron pożyczki na budowę studni w powiecie, wadowicki rok rocznie udziela zapomóg gminom uboższym i t. d.

[1]) »Przegląd higieniczny« 1906/7 i osobna odbitka; sprawozdanie w »Przeglądzie lekarskim« 1907, str. 175.

Tem smutniej odbijają od tego wzmianki, że n. p. wydział powiatowy bocheński »mało w tym kierunku działa«, że w kałuskiem »stosunki nie zmieniły się na lepsze«, że w całym powiecie peczeniżyńskim jest tylko jedna studnia z pompą, a wszystkie inne otwarte i tylko 232 z wiadrem stałem, że w powiecie ropczyckim przybyło mało studni, bo »Wydział powiatowy odmówił wszelkiego poparcia« (!). Ale jeszcze smutniejszą jest wiadomość, że gdy wydział powiatowy borszczowski na wniosek komisyi sanitarnej udał się do Wydziału krajowego z prośbą o badania hydrotechniczne, otrzymał »odpowiedź odmowną, ponieważ niema ani znawcy hydrotechnika, ani funduszów na ten cel« (!) (str. 51). Ta odpowiedź jest godnem uzupełnieniem sprawozdania, jakie Wydział krajowy przedstawił Sejmowi w r. z. w sprawie zaopatrzenia kraju w wodę..... Trudno się dziwić, że przy takiej obojętności z tej strony zdarzyło się w r. 1904 w Turce, iż miasteczko to po zniszczeniu swego źródlanego wodociągu przez budowaną właśnie kolej, przyjęło odszkodowanie w kwocie 7000 K. i za te pieniądze oddało budowę studni ludziom niefachowym, a obecnie »nie ma ani wodociągu, ani pieniędzy« (str. 61). Równie wymowną jest na tej stronie wzmianka o Kalwaryi Zebrzydowskiej, miejscu słynnych, setki tysięcy pątników gromadzących odpustów, gdzie jednak ciągle dotkliwie brak dobrej wody, a gmina, starająca się o wodociągi, nie mająca zaś na to funduszów, »szuka« subwencyi.... Mimowolnie staje w oczach jaskrawy kontrast: ów wspomniany w sprawozdaniu o parę wierszy wyżej »gospodarz« z Leśnicy (w wadowickiem), który trafiwszy przy kopaniu studni w głębokości $1\frac{1}{2}$ m. na skałę, rozsadził ją dynamitem i w 17. metrze dostał się do wody, owi chłopi powiatu gorlickiego, którzy własnymi funduszami zbudowali w jednym r. 1904 145 ze 148 studzien (str. 53)....

Rozdział o usuwaniu nieczystości nasuwa podobne uwagi, jak w r. z., tam więc odsyłam. Ze sprawozdania za rok 1904 wynika, że postęp na tem polu jest ciągle niezmiernie powolny. Kanalizacya postąpiła znaczniej we Lwowie (przybyło 1359 m. kanałów), natomiast w Krakowie po znacznem polepszeniu z r. 1903 nastąpił prawie zastój. Z innych miast postąpiła kanalizacya nieco znaczniej w Białej, Bohorodczanach, Brodach, Lubaczowie, Drohobyczu, Husiatynie, Jarosławiu, Glinianach, Tarnopolu. Wywożenie śmieci wszędzie jest wadliwe, niedostateczne, albo wcale się nie odbywa. Pewne postępy przyniósł rok 1904 w opróżnianiu dołów kloacznych (tam, gdzie wyjątkowo są odpowiednie doły) przez wprowadzenie systemu Tallarda. Niestety niewiele miasteczek ma już odpowiednie doły, a w wielu miasteczkach ciągle jeszcze brak wychodków. Bruków i chodników przybyło w roku 1904 także niewiele; z tabliczki podanej w sprawozdaniu, wynika, że w Krakowie przybyło 12.720 $m.^3$ we Lwowie tylko 7855 $m.^2$, z miast prowincyonalnych tylko w Stanisławowie 9900 $m.^2$, zresztą na prowincyi tylko w 14 miastach zdobyto się na 1000—2000 $m.^2$ bruków i chodników. We Lwowie na 129 klm. ulic jest 0,3 klm. asfaltowanych, 22·6 brukowanych, 78·6 szutrowanych, a 27·6 ziemnych![1]).

I w tym zakresie, jak co do zaopatrzenia w wodę, możnaby przy dobrej woli i energii wiele zdziałać; jako przykład podaje Rada zdrowia miasteczko Sołotwinę, gdzie pod naciskiem energicznego burmistrza w jednym r. 1904 przybyło 226 dołów kloacznych. Ale tej dobrej woli i energii przeważnie brak wielki. Objaśnią to następujące wyjątki ze sprawozdania: w Bohorodczanach »wszystkie place i ulice są gnojem końskim i bydlęcym, oraz śmieciem w wysokim stopniu zanieczyszczone; wychodków publicznych i prywatnych brak«. We wszystkich miasteczkach powiatu dąbrowskiego »mieszkańcy żydowscy wyrzucają śmiecie i odpadki kuchenne przed domy; gminy... błota i śmiecia prawie nigdy nie wywożą«. W odbudowywanym po pożarze Radziechowie nie przypilnowano, by przy każdym nowym domu był wychodek; to samo w Mikulińcach. W Delatynie wzdłuż gościńca rządowego, przerzynającego miasto, stoją w rowach gnijące kałuże; »z powodu sporu, kto ma czyścić rowy, rządowy fundusz drogowy, czy też gmina, nikt ich nie czyści od szeregu lat«. W rohatyńskiem »zdaje się (?), że w całym powiecie w żadnej miejscowości niema wcale kanałów, ścieków, brak też wielki wychodków... Ludność prosi o wskazanie sposobu, jak uniknąć zanieczyszczenia otoczenia domu,

[1]) Na uwagę zasługują doświadczenia z polewaniem dróg ropą naftową, podjęte w Drohobyczu. Polanie 1 klm. ulicy kosztowało 50 K.; kurzu nie było potem wcale przez tydzień, a później ciężki kurz nie unosił się. Ropa niszczy jednak obuwie i suknie; po deszczu błoto trudno wysycha; drzewa przydrożne łatwo niszczeją.

lecz zarządy miasteczek nie umieją, czy nie chcą zaradzić złemu«. W Rudkach chodniki w ulicach są »drewniane, krzywe, chwiejne i wązkie, w rowach przy gościńcu ciecze cuchnące i gnijące«. W powiecie sanockim »niema żadnej zmiany ku lepszemu«; toż samo w sokalskim. W śniatyńskiem »dobrze urządzone gnojowiska należą do rzadkości nawet na obszarach dworskich«. W Tarnowie i Rzeszowie przerzynają miasto »potoki, będące właściwie otwartymi kanałami« o dnie, nigdy dokładnie nie oczyszczonem. W powiecie trembowelskim bywają nieczystości z miasteczek wylewane do rzeki Seretu. W Turce »czyszczenie miasta odbywa się tylko na polecenie starostwa i to zazwyczaj pod groźbą zamknięcia targów lub jarmarków« (!). W temże mieście zdołano zmusić gminę wyznaniową izraelicką do zbudowania wychodka przy bardzo uczęszczanej łaźni dopiero zapomocą przymusowego zamknięcia łaźni na 3 miesiące (!). W Żurawnie »wśród domów mieszkalnych znajduje się bagno najmniej 200 $m.^2$ obszaru«, chociaż je n. b. »łatwo osuszyć«.

Sprawozdanie z r. 1904 tem przewyższa poprzednie, że zawiera obfitszy materyał o robotach asanacyjnych w zakresie regulacyi rzek i potoków, osuszania bagien, oczyszczania stawów; z prac tego zakresu wspomnieć należy o rozpocząć się mającej regulacyi Pełtwi, zabagniającej i zatruwającej szereg wsi poniżej Lwowa, o osuszeniu rozległych obszarów w sąsiedztwie miasta Brodów i o podobnych pracach, które się miały zacząć w r. 1905 dla osuszenia olbrzymich bagien w powiecie rudeckim

Wszelako wogóle nie można jeszcze ze sprawozdań Rady zdrowia wyrobić sobie obrazu postępu takich prac asanacyjnych w kraju; przydałoby się tu bardzo, jak już w r. z. podnosiłem, podobne zestawienie, jak Dra Barzyckiego co do stanu zaopatrzenia kraju w wodę; dopiero na podstawie takiego zestawienia możnaby czynić jakieś porównania.

2. Pokarmy, używki i napoje.

Zakres działania rządowego zakładu badania środków spożywczych w Krakowie ustawicznie wzrasta i zbliża się czas, gdy utworzenie drugiego zakładu we Lwowie stanie się nieodzowną koniecznością. W r. 1904 zbadał zakład krakowski 2047 próbek, o 420 więcej, niż w r. 1903. Za nieprzydatne do użycia lub spożycia uznano 56·1 prc. próbek, (w roku 1901—1903 47·6, 37·7, 45·9). Jeszcze i w r. 1904 nie przysłano żadnej próbki do zbadania z 14 starostw (w r. 1903 z 19). Bezczynności tej nic nie może usprawiedliwić. — Należy z uznaniem podnieść badania jakości mleka, podjęte na większą skalę w roku 1904 przez inspektora zakładu Dra Biera, w Krakowie i kilku większych miastach w kraju i w oborach wsi okolicznych. Wynik tych badań jest bardzo smutny. W Krakowie n. p. 70 (siedemdziesiąt) prc. prób było bądź pozbawione śmietanki, bądź zmieszane z wodą lub sodą. (Ciekawą jest rzeczą, że miejska pracownia chemiczna w Krakowie uznała na 855 prób mleka tylko 12·5 prc. za nieodpowiednie. Wytłómaczenia tak znacznej różnicy w sprawozdaniu nie znajdujemy). Na podstawie swych badań żąda Dr Bier energiczniejszej kontroli mleka targowego w miastach, wprowadzenia regulaminu sprzedaży, (co też nastąpiło w Krakowie w tymże roku), pouczania producentów podmiejskich o racyonalnem mleczarstwie, zakładania spółek mleczarskich i wzorowych sklepów z mleczywem, częstszej kontroli weterynarskiej obór.

Tym razem podaje sprawozdanie wiadomość o działalności chemika miejskiego we Lwowie, których w poprzednich sprawozdaniach albo brakło, albo były bardzo niedostateczne. Ale i za rok 1904 nie podał chemik lwowski, które artykuły spożywcze i w jakim stosunku odsetkowym uznał za zafałszowane, ograniczając się do uwagi, że wśród zbadanych 2327 próbek ilość zafałszowań nie przekracza 8 prc. Najwięcej pozostawiało do życzenia we Lwowie mleko i pieczywo. — Ze sprawozdania chemika krakowskiego za r. 1904 przytacza Rada zdrowia ciekawe szczegóły o zafałszowaniu masła margaryną (na 1080 próbek 217), którą wprost jako masło sprzedają domokrążnie handlarki z powiatów podgórskiego i wielickiego, oraz o smutnym wyniku badania 7324 próbek nafty z rafineryi krajowych.

Szczegóły o obrocie środkami żywności, poczerpnięte ze sprawozdań lekarzy urzędowych, dotyczą tym razem niemal wszystkich powiatów (z r. 1903 podało sprawozdanie dane tylko z 21 powiatów), co jest wielkim w sprawozdaniu postępem. A szczegóły to nieraz bardzo ciekawe: n. p. w 3 miasteczkach powiatu brzozowskiego miały być wszystkie sztuki bitego bydła i świń zupełnie zdrowe! Sąd w Ropczycach uwalnia handlarzy i kupców, gdy sprzedawali towar oszukańczy! W Samborze, liczącym 18,000 mieszkańców, »zakwestyonowała policya miejska w ciągu całego roku tylko raz małą rybę!« W wielu powiatach »nadzór nad sprzedażą żywności bywa o tyle tylko wykonywany, o ile go wykonuje c. k. lekarz powiatowy; a nikt nie zaprzeczy, że nadzór, wykonywany jedynie ze strony lekarza powiatowego nie może być dostatecznym«. Z przyszłych sprawozdań dopiero przekonać się będzie można, o ile i jak szybko idzie rzecz ta ku lepszemu.

3. Higiena budowli i mieszkań.

W poprzedniem sprawozdaniu scharakteryzowała Rada zdrowia w ogólnym zarysie smutne stosunki mieszkań robotniczych, zarówno miejskich, jak rolnych. W sprawozdaniu obecnem podkreśla Rada zdrowia złe pomieszczenie znacznej większości zakładów państwowych (szkół średnich, sądów, urzędów) w nieodpowiednich, a drogo przez rząd wynajmowanych budynkach prywatnych. Sejm w r. 1904 uchwalił wezwanie do rządu, aby przyspieszono akcyę, zmierzającą do poprawy tych stosunków. — Również pilne jest zapewnienie dobrych mieszkań urzędnikom, zwłaszcza po mniejszych miasteczkach, gdzie mieszkania te są i drogie i bardzo złe. Przez tani kredyt, uwolnienia od podatków, należy ułatwić budowę domów urzędniczych.

Przechodząc do uwag o higienie budowli w poszczególnych powiatach, podaje Rada zdrowia w ostatniem sprawozdaniu wiadomość tylko z czterdziestu kilku powiatów.

W Krakowie i we Lwowie (pominąwszy znane przeludnienie mieszkań krakowskich) zakałą są »mieszkania« dozorców domów, nieraz w całkiem ciemnych, wilgotnych piwnicach lub w komórkach pod schodami, mieszczących zaledwo barłóg. »Mieszkań« takich polecono we Lwowie zamknąć 103, w Krakowie 47, (ile z nich jednak istotnie zamknięto, domyślić się nietrudno, wiedząc choć trochę o nieocenionem prawie »rekursów«). W obu tych miastach w r. 1904 dały znak życia »Towarzystwa budowy tanich mieszkań robotniczych«; lwowskie przez swoje zawiązanie się (o dalszej jego działalności nic niewiadomo), krakowskie, stworzone przez ś. p. Henryka Jordana, przez zbudowanie dalszych 2 domów dla 18 rodzin (przedtem już w 5 domach mieszkało 58 rodzin).

W powiecie bialskim, mającym niezłe mieszkania dla robotników fabrycznych i kolejowych, wytyka Rada zdrowia braki »czworaków« folwarcznych, (w jednym musieli robotnicy używać do picia wody z rowu, zanieczyszczonego gnojówką; po wybuchu duru brzusznego zarządziło starostwo wykopanie studni, poczem dur wygasł). W Oświęcimiu powstały (nareszcie) domy noclegowe dla wychodźców, z nich jeden, katolicki, »dosyć czysto utrzymany«. — W bohorodczańskiem prawie wszystkie domy drewniane wilgotne, bez piwnic, albo z piwnicą zalaną; w borszczowskiem »nikt nie dba o wykonywanie policyi budowlanej«; podobnie wyraża się lekarz urzędowy o powiecie dąbrowskim. W brzozowskiem nie ma wcale domów dla robotników z kopalń nafty; natomiast opłakane stosunki borysławskie nieco się pod tym względem poprawiły (68 mieszkań robotniczych); na Tarnawce rozpoczęło Tow. akcyjne dla przemysłu naftowego budowę domów robotniczych na 344 mieszkań. W horodeńskiem domy są liche i ciasne, wraz z ludźmi przebywają w izbach cielęta i owce. Sporadycznie zdarza się to niestety jeszcze nawet w krakowskiem. W mieście Jarosławiu »nikt nie myśli o usunięciu« licznych grup domów »walących się, nieschludnych, o wysokości izb niżej 2 m.»; w temże mieście polecono zamknąć 37 mieszkań piwnicznych, ale magistrat nietylko ich nie opróżnił, lecz nawet »mimo kilkakrotnych urgensów wzbrania się przedłożyć starostwu dokładny ich wykaz«! (NB. Jarosław ma 24,906 ludności, należy więc do większych miast prowincyonalnych). W kołomyjskiem nie jest ustawa budownicza należycie wykonywana nawet w samem mieście powiatowem; po wsiach niszczy domy grzyb drzewny. W krośnieńskiem i limanowskiem większość chat dymnych, a nieraz jeszcze i dziś budują nowe chaty bez kominów, chociaż i tu powinienby zaznaczać się wpływ powracających z Ameryki wychodźców, jak to się dzieje bardzo wyraźnie n. p. w powiecie liskim. W powiecie lwowskim na 341 nowych domów, zbudowanych w r. 1904, było 275 lepianek. W Worochcie (w nadwórniańskiem), będącej bardzo uczęszczanem letniskiem »o planie regulacyjnym nikt nie myśli, a jak gmina dba o rozwój tej miejscowości, najlepszym dowodem, że gdy przed sześcioma laty pod naciskiem sprawiono 4 latarnie, do r. 1905 jeszcze się nie świeciły«. W niektórych wsiach w peczeniżyńskiem są jednoizbowe chaty, w których mieści się po 10 osób na piecu i pozostających 2 $m.^2$ podłogi. Wogóle w powiatach ruskich stosunki są opłakane i nie polepszają się prawie wcale. Obszary dworskie opierają się zarządzeniom co do od-

powiedniego pomieszczenia służby. W wielu miasteczkach tej części kraju jest »mnóstwo domów, urągających wszelkim przepisom higieny, walących się«. Takie lub tym podobne wiadomości czytamy z powiatów: Przemyśl, Przemyślany, Rawa, Rudki, Sambor, Skałat, Śniatyn, Tłumacz, Trembowla. Co do innych wymienionych w ostatniem sprawozdaniu powiatów stwierdza Rada zdrowia polepszenie, przyczem charakterystyczne są dwa, najskuteczniej działające czynniki: powracające z Ameryki wychodźtwo i.... pożary. Wychodźtwo działa przykładem, budując domy jasne, suche i czyste (Sanok, Tarnów, Wadowice). Pożarom zawdzięczają porządne odbudowanie się miasteczka Brzesko, Dynów, Dolina, Rymanów, Złoczów; tylko w Tłumaczu zdarzyło się to, na co tak często utyskiwały sprawozdania dawniejsze, że i przy odbudowaniu spalonej ulicy nie przestrzegano przepisów ustawy. Szkoda tylko, że trzeba aż klęsk elementarnych, by wydziały powiatowe (jak w samborskiem po trzykrotnym pożarze wsi Brzegi) poczuły się do wydania surowych rozporządzeń, szkoda tem większa, że, jak się pokazuje, »skutki były zaraz widoczne nietylko w spalonej gminie, ale także w innych«. Niestety zaledwo o kilku powiatach czytamy, że »jest wogóle w całym powiecie postęp w budowaniu bardzo pocieszający« (Wadowice), lub że »policya budowlana bywa dosyć ściśle wykonywana« (Żywiec).

4. Zakłady przemysłowe.

I w tym roku szczegóły, przytoczone w sprawozdaniu Rady zdrowia według sprawozdań 3 inspektoratów przemysłowych galicyjskich (w Krakowie, we Lwowie i w Stanisławowie) dowodzą, jak pożyteczny i pomyślny wpływ wywierają urzędy te na higienę przemysłu. Prawie wszystkie nowo powstające fabryki odpowiadają wymaganiom higienicznym; trudniejsza jest sprawa ze starszymi zakładami, chociaż i tu osiągnięto niejedno, stosując surowe kary (np. pewnego przedsiębiorcę ukarano 7-miesięcznem więzieniem i zmuszono do wypłacenia odszkodowania 9 lżej uszkodzonym robotnikom i alimentów 2 sierotom). Najgorsze i najtrudniej dające się zmienić stosunki panują w małych zakładach przemysłowych i rękodzielniczych (piekarnie lwowskie, krakowskie, tarnowskie, warsztaty tapicerskie i t. d.).

Niestety nawet tam, gdzie lokale pracy fabrycznej urządzone są nawet »wzorowo«, nazbyt często brak mieszkań dla robotników. Jaskrawym przykładem jest przytoczona w sprawozdaniu niezamężna robotnica lwowska, płacąca za łóżko w przeludnionej suterenie 10 K. miesięcznie. Takie nawet wielkie przedsiębiorstwa, jak fabryka wagonów w Sanoku, maszyn w Ottynii, (400 robotników) nie miały w r. 1904 domów robotniczych. Do wielu fabryk dochodzą robotnicy codzień z odległości 5—6 kilometrów (jeszcze w r. 1907 działo się to n. p. w wielu fabrykach w pow. podgórskim). Nie dziw, że brak mieszkań i brak wody doprowadził w r. 1904 w Borysławiu do powszechnego strejku, atoli tam jedno tylko z przedsiębiorstw załatwiło rzecz gruntownie, budując 344 mieszkań (ob. wyżej).

Warunki higieniczne robotników w całym kraju były w r. 1904 o tyle gorsze, że panująca (wskutek posuchy) wyjątkowa drożyzna bardzo utrudniała ich położenie materyalne.

W tym rozdziale sprawozdania, podającym także dane kolejno o każdym powiecie według sprawozdań lekarzy urzędowych, znajduje się krótka wzmianka, że wychodźców sezonowych do Niemiec było z samego okręgu krakowskiego co najmniej 35.000. Jak już wspomniałem, dokładniejszy obraz całego ruchu wychodźczego wydawałby mi się z wielu względów pożądany w sprawozdaniach.

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami poza aptekami.

Ustęp ten podaje krótkie wiadomości o drogueryach, pozwoleniach na sprzedaż trucizn i t. d. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Reformy sanitarnej w Austryi domaga się wniosek Prof. Ludwiga, przedstawiony austr. Izbie Panów 10. IV. 1908. Wniosek wzywa rząd, aby w drodze ustawy utworzył dla spraw sanitarnych państwa urząd centralny, aby wyposażył Najwyższą Radę zdrowia w odpowiednie zakłady, aby poprawił byt lekarzy urzędowych i zapewnił im większy wpływ i samodzielność w sprawach sanitarnych. — W tejże sprawie przedstawił w Najw. Radzie Zdrowia szereg wniosków Prof. Jaksch. Departament sanitarny ministerstwa spraw wewnętrznych opracował plan przekształcenia Najw. Rady zdrowia, wyposażenia jej w odpowiednie samoistne pracownie i t. d. Natomiast oświadczył się rząd przeciw utworzeniu ministerstwa sanitarnego (»gdyż mogłoby ono dać powód do politycznych walk partyjnych w sprawach sanitarnych« (?) i przeciw państwowemu urzędowi zdrowia (»gdyż scentralizowanie spraw sanitarnych byłoby ze względu na różnice narodowe poszczególnych krajów niekorzystne«). Istniejące zakłady badania chorób zakaźnych (Wiedeń, Graz) mają być rozszerzone, a nadto mają być utworzone nowe w Lublanie, Lwowie i przy uniwersytecie, mającym powstać na Morawach. *R.*

Służba okręgowa lekarska w Czechach ma być zreformowana. Przed opracowaniem zmiany ustawy zwołał czeski Wydział krajowy ankietę, złożoną z przedstawicieli korporacyi lekarskich i lekarzy praktycznych. Ankieta orzekła, że należy tworzyć okręgi sanitarne tylko tej wielkości, aby lekarz mógł wypełnić istotnie swe zadanie, ale też tylko takie, aby zapewniały lekarzowi przyzwoite utrzymanie. Od kandydatów należy wymagać przedewszystkiem odpowiedniego wykształcenia lekarskiego, a niekoniecznie egzaminu fizykackiego. Należy wydać jasną i ścisłą instrukcyę służbową i zapewnić lekarzom okręgowym udział w komisyach sanitarnych, a Izbom lekarskim głos w sprawach zasadniczych, dotyczących okręgowej służby zdrowia. (Gdybyż to u nas przy podobnych reformach również zawsze zwoływano ankiety, złożone z powołanych czynników!) *R.*

Ze Związku lekarzy rządowych w Galicyi. Na posiedzeniu Wydziału w d. 9. IV. 1908 zdał prezes Dr Czyżewicz sprawę z zabiegów delegacyi, wysłanej do Wiednia celem poparcia prośby o poprawę bytu lekarzy rządowych. (Podania takie wniosły równocześnie wszystkie Związki lekarzy rządowych w Austryi). Na organizacyjne zebranie centralnego Związku lekarzy rządowych w Wiedniu z końcem kwietnia b. r. deleguje Wydział Związku galicyjskiego prezesa Dra Czyżewicza i sekretarza Dra Obtułowicza. (Tyg. lek. 16). *R.*

W sprawie ubezpieczenia lekarzy zapomocą dobrowolnego ubezpieczenia wzajemnego, jakie wprowadza »Towarzystwo wzaj. pomocy lekarzy«, zabiera głos Dr Mikołajski (»Głos lek.« Nr 8), podnosząc zapał i poświęcenie Dr Wątorka w pracy w tym zakresie, ale nie wierząc w szersze powodzenie tego sposobu, dostępnego tylko dla lekarzy, mogących płacić rocznie po kilkaset koron, a więc materyalnie już dobrze sytuowanych. *R.*

Płace ordynatorów szpitalnych w Warszawie, wynoszące najwyżej 300 rb. (sic!) rocznie, urągają zasadzie słusznego wynagradzania pracy. Dr Hewelke (»Gaz. lek.« 15), oblicza, że przy takiej płacy otrzymuje ordynator za godzinę wytężających zajęć szpitalnych 27 do 54 kopiejek (!). Płace powinny wynosić przynajmniej po 1200 rb. (1500 rb. dla chirurgów) i dochodzić w ciągu lat 12 do 2000 (resp. 2500) rb. *R.*

Do popierania zdrojowisk polskich nawołuje przed sezonem kąpielowym Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (Nr 8). W rozpoczętej bowiem akcyi obronnej wobec Prus należy przedewszystkiem pomyśleć o niemieckich zdrojowiskach, wśród których niema ani jednego, nie dającego się zastąpić zakładem krajowym lub zakładem w innych krajach Europy. Skoro jest rzeczą zasadniczą, by zdrojowisko spełniało wymogi lecznicze, a nie ma żadnej wątpliwości, że nasze zdrojowiska je spełniają, przeto niema żadnej przeszkody, by chorych kierować do wód i zakładów polskich; w każdym zaś razie nie powinni lekarze nasi wskazywać drogi do zdrojowisk niemieckich, gdyby już chory nie dał się nakłonić do pozostania w kraju. *R.*

»Therm«, przyrząd do odkażania formaliną w wyższej ciepłocie, wynaleziony przez Dra Gąsiorowskiego, a mogący nietylko zastąpić przyrządy parowe, lecz dozwalający nadto odkażać bez uszkodzenia futra i wyroby skórzane, zaleciło Namiestnictwo (L. 29.070. VI—b) do powszechnego użytku władzom administracyjnym. (Przyrząd ten wyrabia inżynier St. Dzbański, Wiedeń, VII. Lindengasse 2). *R.*

Dwumilionowym funduszem na zwalczanie gruźlicy, uchwalonym przez parlament austryacki z nadwyżek kasowych r. 1905, zarządzać ma komitet, złożony z 12 członków pod przewodnictwem br. Heina, szefa sekcyi sanitarnej min. spraw wewn. Do komitetu należą przedstawiciele ministerstwa spraw wewn.,

skarbu i oświaty, delegat Najw. Rady zdrowia, 3 delegatów Towarzystwa »Viribus unitis«, delegat uzdrowiska Alland i styryjskiego Towarzystwa zwalczania gruźlicy. (Ten skład komitetu nie zapowiada, by się z funduszu dla naszego kraju wiele okroiło). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. do 18. IV. 1908 doniesiono o 104 nowych przypadkach duru plamistego w 23 gminach, a mianowicie: m. Lwów 5 (4 obcych, z tych 3 z pobliskich gmin), pow. Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 7), Jarosław (Radymno 1), Jaworów (Olszanica 1, Kłonice 3, Czernilawa 7, Drohomyśl 5, Trościanice 8), Kamionka (Kamionka 3, Witków nowy 1), Lisko (Łuh 3, Jaworzec 1), Nadwórna (Krasna 3), Podhajce (Kotuzów 8), Przemyślany (Zamoście 1), Rawa (Majdan 14, Potylicz 3, Rawa 1, Biała 10), Sokal (Terespa 1), Stanisławów (Komarów 7), Stryj (Tuchla 4), Zbaraż (Romanowe sioło 7) i o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Bochnia (Targowisko 4), Brzesko (Lewniowa 2). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 12. do 18. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 7; zmarło osób 43 (w tem obcych 11), z nich z gruźlicy 14 (6), zapalenia płuc 5 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. do 18. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 4), płonicy 4 (1), odry 9 (4), duru brzusznego 1 (1), czerwonki 1 (1). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Polskie Towarzystwo balneologiczne odbędzie swe Walne Zgromadzenie w d. 3. V. b. r. w Domu lekarskim w Krakowie (o godz. 4 pop.). Oprócz sprawozdań rocznych i wyborów znajduje się na porządku dziennym sprawa zjazdu balneologicznego i sprawa bojkotu wód i zdrojowisk pruskich. Do komitetu redakcyjnego organu Tow., »Przewodnika kąpielowego«, powołani zostali przez Wydział: Dr Flis (redaktor), Dr Piotrowski, Zathey, Zanietowski i Prof. Doleżan.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci mianowało Prof. Dr L. M. Jakubowskiego honorowym kuratorem szpitala dla dzieci im. św. Ludwika i kolonii leczniczej w Rabce. Dyrekcyę szpitala św. Ludwika obejmuje Dr Murdzieński.

Lwów. *Towarzystwo lekarzy galicyjskich ogłasza, co następuje:* »Z okazyi nabycia apteki Mikolascha we Lwowie złożył WPan Maryan Krzyżanowski kwotę 1000 koron na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach. Za ten tak hojny dar składa Mu Towarzystwo lekarzy galicyjskich serdeczne podziękowanie«.

— Sekcya sanocka Towarzystwa lekarzy galicyjskich uchwaliła uczcić pamięć Prof. Edwarda Korczyńskiego, tablicą w kościele w rodzinnem Jego mieście, Dobromilu, i zebrała na ten cel 25 K; dalsze składki uprasza Sekcya przesyłać na ręce Dr Cwiklicera, burmistrza m. Dobromila.

— »Koło medyków wszechnicy lwowskiej«, zawiązane z powodu rozłamu na tle politycznem, który nastąpił w r. z. w »Bibliotece słuchaczów medycyny«, wydało sprawozdanie za pierwszy rok swej działalności. Oprócz udziału w pracach przygotowawczych do X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zorganizowało Koło »Kursa samarytańskie« dla pań, urządziło wycieczki naukowe do 2 zdrojowisk i 3 odczyty. Biblioteka »Koła« zawiera 458 dzieł, dochody wynosiły 1,604 K, rozchody 1,182 K, członków zwyczajnych było 95.

Warszawa. W czasie wystawy zdrojowej w Ciechocinku odbędzie się 8. VI. b. r. jednodniowy zjazd lekarzy i higienistów, którego program obejmuje zwiedzanie wystawy i urządzeń zakładu zdrojowego, oraz wspólną konferencyę. Komitet wystawy uprasza wszystkich, zamierzających uczestniczyć w zjeździe, o zgłaszanie się do Sekretaryatu wystawy (Warszawa, Marszałkowska 110) najdalej do 15. maja b. r.

Wilno. Generał-gubernator rozporządził, aby wszystkie awizacye do członków Towarzystwa redagowano w języku urzędowym.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału lek. Polskiego Związku lek. i przyr. w Petersburgu w d. 4/17. IV. b. r. obejmował: 1) Prow. L. Próchnicki: Pokaz tworzenia się kryształów na szkle. 2) Dr Moraczewski: Zależność indykanu od indolu. 3) Prof. Ziemacki: Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

— W gronie profesorów nowopowstałego Instytutu psychoneurologicznego w Petersburgu znajduje się rodak nasz, psychiatra Prof. Otton Czeczott. Prezydentem Instytutu obrano Prof. Bechtjerewa. *S.*

— Rada profesorska petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej uchwaliła przyjąć wszystkich, w r. z. za rozruchy na rok relegowanych studentów i dopuścić ich do egzaminów przejściowych, które rozpoczną się w końcu kwietnia s. s.

— Zawiązane niedawno w Paryżu Towarzystwo historyi medycyny wybrało prezesem swym Prof. Landouzy, a prezesem honorowym Wiktoryna Sardou.

Mianowani: internista prof. H. Leo w Bonn profesorem farmakologii;

bezpłatnymi asystentami-eksternami szpitali warszawskich: Drowie Ryłko, Knappe, Malinowski S. H. (św. Rocha), Grodzki, Ostaszewski, Markowski, Barcikowski, Wójcicki (na Pradze), Gurwicz (szp. izr.), J. M. Zaborowski (św. Ducha).

Dr W. Momidłowski, lekarz powiatowy w Tarnobrzegu, wybrany został wiceprezesem Rady powiatowej i zatwierdzony przez Cesarza na tym urzędzie.

Zmarli: W Paryżu b. Prof. chirurgii Terrier i b. Prof. anatomii patol. Cornil; w Wiedniu laryngolog Prof. Schrötter.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Doc. Gliński: Demonstracye preparatów anatomopatologicznych. 2) Dr Korolewicz: Demonstracye z kliniki lekarskiej. 3) Dr Schlank: W sprawie opatrywania pępowiny u noworodków.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Truskawiec.

Dr Pelczar Zenon.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 2. maja 1908 Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowsze poglądy na ośrodki mowy.

(Rewizya sprawy niemoty).

Podał

Dr Maksymilian Blassberg

sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rozglądając się w historyi siedziby mowy, zauważymy, że pierwszy Gall, twórca słynnego systemu (frenologii), w latach od 1810—1819 przypisuje korze mózgowej najważniejsze znaczenie w życiu duchowem. Twierdził on, że nie wszystkie zwoje mózgowe są pod względem psychicznym równoważne. Pierwszym bodźcem jego badań był szczegół, który zauważał od dzieciństwa, że ludzie z dużemi wytrzeszczonemi oczami wyróżniają się lepszą pamięcią. A skoro pamięć ma cechę, która ją na zewnątrz znamionuje, muszą tedy i inne zdolności mieć cechy uzewnętrzniające je. Gall przyjmował siedzibę mowy na podstawie mózgu w części oczodołowej i przypuszczał, że przy silnie rozwiniętej zdolności mowy odpowiednia część mózgu była przerosła i wysadzała oczy na zewnątrz.

Jakkolwiek system Galla miał także wybitnych przeciwników, jak Cruveilhier, Cuvier, Flourens, Gratiolet, to jednak utrzymał się i miał rozstrzygający wpływ na umysły uczonych przez przeszło ćwierć wieku.

Uczeń i wielbiciel Galla Bouillaud, zwalczając w r. 1825 ze stanowiska klinicznego i doświadczalnego zapatrywania Flourensa, jakoby mózg nie miał żadnego bezpośredniego wpływu na mięśnie, wyraża zapatrywanie, że w mózgu istnieją liczne specyalne narządy, z których każdy rządzi poszczególną grupą mięśni, od siebie zależną. Ruchy narządów mowy podlegają według Bouillauda odrębnemu samodzielnemu ośrodkowi w mózgu. Jest to tak zwany »principe legislateur de la parole«. Ten ośrodek mózgowy umieszcza Bouillaud z nieco większą rezerwą, aniżeli Gall, w przednich płatach mózgowych, a raczej w przedniej połowie mózgu. t. j. na przestrzeni ponad bruzdą Sylwiusza i przed szczeliną Rolanda. Wyraża on również zapatrywanie, że na utratę mowy składają się dwa czynniki, a mianowicie utrata pamięci wyrazów i utrata ruchów mięśniowych, stanowiących mowę, że mowa jest zatem złożona z tak zwanych słów wewnętrznych jako symbolów myśli z pamięcią słów, i słów zewnętrznych, które tamte tylko na zewnątrz wyrażają. Substancya szara przednich płatów czołowych kieruje według niego stroną intellektualną mowy, a substancya biała tychże płatów kieruje ruchami mięśni, niezbędnymi do powstania słów.

O ile według Bouillauda uszkodzenia, wywołujące zboczenia w mowie, dotyczyły obu połów mózgowych, to Marc Dax, ojciec, w r. 1836 i G. Dax, syn, w r. 1863 na podstawie stukilkudziesięciu przypadków własnych i obcych zwracają uwagę poraz pierwszy na równoczesne występowanie porażenia prawej połowy ciała z zaburzeniami mowy i wyrażają zdanie, że upośledzenia mowy są w związku z uszkodzeniami lewej półkuli mózgowej.

W latach od 1861 do 1865 występuje chirurg paryski Broca ze swojemi spostrzeżeniami, ugruntowanemi anatomiczno-patologicznie na materyale sekcyjnym. Początkowo był on przeciwnikiem hypotezy lokalizacyjnej mowy Bouillauda. Później przejął on tę hypotezę i zróżniczkował. Pamiętna nauka Brocai oparła się pierwotnie na dwóch spostrzeżeniach. Pierwszy przypadek dotyczył chorego (nazwiskiem Leborgne) z prawostronnem porażeniem połowiczem ciała, u którego wystąpiła zupełna niemota tak, że z całego zasobu mowy pozostała mu tylko zgłoska »tan«. Na podstawie sekcyi tego przypadku wygłosił Broca zapatrywanie, że siedliskiem mowy artykułowanej jest drugi lub trzeci zakręt czołowy lewy, najprawdopodobniej trzeci. Na podstawie sekcyi drugiego przypadku, dotyczącego 84-letniego chorego (Lelonga) w 7 miesięcy później uważa Broca trzeci lewy zakręt czołowy za siedzibę mowy. W następnych dwóch latach, na 15 sekcyi, wykonanych u dotkniętych niemotą przez paryskich lekarzy, w 14 znaleziono tylną część lewego trzeciego zakrętu czołowego zniszczoną. Do sekcyi tych powoływano Brocaę. W przypadkach tych uszkodzenie nie ograniczało się wyłącznie do zakrętu, lecz dotyczyło także okolic sąsiednich, ale na tym punkcie sekcye były zgodne. Odtąd część tylną trzeciego zakrętu czołowego nazywano okolicą Brocai. Nadto Broca przypuszczał, że pierwszeństwo lewej półkuli odpowiada przewadze prawej ręki u większej części ludzi. Tylko w nader małej liczbie przypadków, a to u tak zwanych mańkutów, ognisko mowy należałoby umieścić w prawej półkuli mózgowej, na co zwrócił też uwagę W. Ogle w r. 1867.

Przed Brocaą istniała wprowadzona przez Franka nazwa *alalia* dla zaburzeń mowy wszelakiego rodzaju. Broca zaproponował w miejsce dawnej niewłaściwej nazwy nazwę *aphemia* dla zaburzeń mowy, mających siedzibę w mózgu. Przeciw tej nazwie wystąpił w imię obrażonej filologii Trousseau, wprowadzając nazwę *aphasia*, do dzisiejszego dnia utrzymaną.

Pojawiały się jeszcze spostrzeżenia francuskich uczonych Jaccouda, Labordea, Boucharda, Magnana, a także Charcota i Vulpiana, oraz prace uczonych angielskich Oglego, Pophama, H. Jacksona i C. Bastiana, które nie były zgodne z teoryą Brocai, ponieważ znajdowano uszkodzenia zakrętu Brocai bez współistniejącej niemoty oraz przypadki niemoty bez zajęcia płatów przednich mózgu, a natomiast znajdowano zmiany wzdłuż bruzdy Sylwiusza, w płacie skroniowym (zakręcie nadbrzeżnym tylnym), w tylnych częściach substancyi białej mózgu i t. p. Wszelako zapatrywanie Brocai na ognisko mowy, bronione i spopularyzowane we Francyi przez Trousseaua, zostało ogólnie przyjęte od r. 1866. Kiedy w r. 1870 Hitzig i Fritsch, a później Ferrier i Yeo oraz wielu innych fizyologów wykazało, że w mózgu zwierząt i ludzi istnieją okolice, których drażnienie wywołuje

wybitnie zróżnicowane ruchy, wtedy stała się według Munka lokalizacya czynnościowa różnych okolic mózgu postulatem fizyologicznym, a odkrycie Brocai stało się prawie dogmatem naukowym.

Z wystąpieniem M. Schmidta i Wernickego z Wrocławia (r. 1874) zaczyna się zmiana w zapatrywaniach na zboczenia mowy. Wernicke wyróżnił ognisko ruchowe mowy artykułowanej, mające siedlisko w zwoju Brocai, od drugiego ogniska słuchowego, umożliwiającego zrozumienie mowy, t. j. ogniska czuciowego, które jest usadowione w tylnej części pierwszego zakrętu skroniowego. Zniszczenie tego ogniska pociąga za sobą obraz t. zw. niemoty czuciowej, sprawiającej, że chorzy nie pojmują słów, ani wypowiedzianych, ani napisanych. Niemota czuciowa Wernickego odpowiada t. zw. niemocie amnestycznej Anglików.

Kussmaul (1877), rozpatrzywszy dokładnie wszystkie dane w sprawie siedziby mowy, dochodzi do wniosku, że trzeci zakręt czołowy półkul mózgowych posiada istotną doniosłość dla mowy. Wszelako takową doniosłość posiada także i wyspa. Stan, opisany przez Wernickego i Schmidta, w którym chorzy przy zachowanej mowie i prawidłowym słuchu nie rozumieli zupełnie tego, co się do nich mówiło, nazwał Kussmaul głuchotą wyrazową *(surditas verbalis)*. Nazwa ta przyjęta jest szczególnie we Francyi. Nadto wprowadził Kussmaul nowy podział zboczeń mowy, oparty więcej na objawach klinicznych, niż na zmianach anatomicznych.

Od czasu wystąpienia Wernickego przyjęły się w nauce poglądy na niemotę ruchową i czuciową prawie ogólnie. We Francyi poparli je licznymi dowodami Charcot, Brissaud, Ballet, Dejerine, Miraillié i F. Bernstein. Co najwyżej wyróżniano pewne poszczególne postacie zaburzeń mowy, ale wszystkie w granicach powyższych.

W myśl tedy dzisiejszych pojęć przez niemotę czyli afazyę rozumiemy utratę zdolności przetwarzania pojęć w wyrazy, mimo, że zdolność do ruchu mięśni, czynnych przy mowie, jest zupełnie zachowana, oraz utratę zdolności zrozumienia mowy i pisma mimo nienaruszonej zdolności słyszenia i widzenia.

Odróżniamy dziś niemotę czuciową i ruchową. Niemota czuciowa (czyli niemota Wernickego albo głuchota wyrazowa Kussmaula, afazya amnestyczna Anglików) polega według dzisiejszych pojęć na tem, że chory przy nienaruszonej inteligencyi nie rozumie tego, co się do niego głośno mówi i nie potrafi powtarzać słów, ani pisać pod dyktatem, gdy natomiast mowa dowolna, czytanie głośne i po cichu, jak również pisanie dowolne jest nienaruszone. Polega ona na przerwie w dośrodkowej t. j. czuciowej części drogi, określonej znanym schematem Wernickego. Niemota czuciowa mieści w sobie aleksyę, t. j. utratę zdolności czytania, przy nienaruszonej zdolności widzenia.

Przy niemocie ruchowej (zwanej też niemotą Brocai lub ataktyczną) istnieje brak, odnoszący się do tworzenia wyrazów. Mieści ona w sobie agrafię, t. j. utratę zdolności pisania przy nienaruszonej ruchomości kończyn górnych. Polega na przerwie w odśrodkowej t. j. ruchowej części schematu Wernickego. Tu należy też parafazya, kiedy chory mowę rozumie, lecz sam przy mówieniu przemienia i przekręca wyrazy, oraz t. zw. żargonofazya, gdy całkiem nowe słowa tworzy.

Anartryą wreszcie, względnie dysartryą nazywamy utratę mowy zupełną lub częściową z przyczyny zajęcia narządu mięśniowego mowy.

W połowie r. 1906 wystąpił neurolog Prof. Pierre Marie na łamach »Semaine médicale« z szeregiem artykułów, zatytułowanych: »Rewizya sprawy niemoty«, w których w sposób stanowczy poddaje niweczącej krytyce panujące dotychczas utarte poglądy w sprawie niemoty. Marie zwalcza jako zupełnie mylne zdanie Wernickego, że głuchota wyrazowa (*surdité verbale)* ma siedlisko w tylnej części pierwszego zakrętu skroniowego. Wernicke bowiem oparł się na błędnem podaniu uczonego wiedeńskiego Meynerta, według którego włókna narządu słuchowego mieszczą się w zakresie wyspy i pierwszego zakrętu skroniowego. Marie podnosi również, że każdy chory, dotknięty niemotą, okazuje mniej lub więcej wyraźne zaburzenie w pojmowaniu mowy, które to zaburzenie wszelako nie jest niczem innem, jak tylko wybitnem ograniczeniem zakresu intelektualnego. Jedni chorzy są zupełnie niezdolni pojąć to, co się do nich mówi i nie rozumieją ani słowa, inni pojmują tylko zdania proste i nieskomplikowane, a niezdolni są odpowiedzieć na pytania lub wykonać zawilszych zleceń. Ci sami jednak zlecenia dane wykonają, o ile je im rozłożymy na proste i nieskomplikowane. Istotą więc zjawiska jest według Mariego ograniczenie inteligencyi, które uwydatnia się wybitnie, jeśli uwzględnimy zakres pojęć u tych chorych przy zastosowaniu metod dydaktycznych. Muzycy nie potrafią zagrać z pamięci rzeczy dobrze znanych, kuchmistrz źle przyrządzi jaja sadzone, inny chory nie rozpozna godziny na zegarku, nie potrafi wykonać pewnych działań rachunkowych lub powtórzyć seryi ruchów niemych, wykonanych w jego obecności. Dotknięci afazyą są ludźmi bez wszelkiej inicyatywy, którzy wykonują tylko proste czynności, zazwyczaj materyalnej natury. Ponieważ uczucia i możność wyrażania ich są u nich zachowane, dlatego utarło się mniemanie o ich nienaruszonej inteligencyi. Jeżeli uwzględnimy, że przez wyraz »mimika« rozumiemy akty, rozmaite w swojej istocie, to zauważymy, że o ile mimika emocyjna (*mimique émotive)*, odpowiadająca głównie wybuchom uczucia, jest u ludzi dotkniętych niemotą dobrze zaznaczona, to mimika konwencyonalna (*mimique conventionelle*) (np. wyrażenie niechęci, senności, groźby, drwin) jest już u nich trudniejsza, a mimiką opisową (*mimique descriptive*) już tylko bardzo mało władać potrafią.

Przeciwko umiejscowieniu niemoty Brocai w trzecim zakręcie mózgowym przedstawia Marie następujące dowody: 1) Istnieją, wprawdzie nieliczne, ale niewątpliwe przypadki tego rodzaju, że chorzy nie mańkuci mimo odosobnionego zniszczenia tylnej części trzeciego zakrętu czołowego nie okazują zupełnie niemoty. 2) Istnieją przypadki znamiennej niemoty Brocai, w których trzeci lewy zakręt czołowy jest nienaruszony. 3) Rozmięknienie trzeciego zakrętu czołowego lewego, które Marie stwierdził prawie w połowie przypadków niemoty Brocai, spostrzeganych przez siebie, jest tylko następstwem przypadkowej niedrożności odgałęzienia tętnicy Sylwiusza, idącego do trzeciego zakrętu między innymi zakrętami tętniczymi okalającymi, zależy więc tylko od rozmiarów obszaru naczyniowego, dotkniętego niedrożnością.

Niemota Brocai i Wernickego istnieją według Mariego niezaprzeczalnie jako kliniczne jednostki. Rozpatrując ich cechy znamienne, spostrzegamy, że przy niemocie Wernickego chorzy potrafią mówić nawet za wiele, lecz źle mówią. Nie rozumieją dobrze, co się do nich mówi, nie umieją czytać i pisać, atoli nie z powodu głuchoty wyrazowej, lecz z powodu ubytku inteligencyi. Afazya Brocai różni się tylko mniejszym zakresem zaburzeń w dziedzinie mowy od niemoty Wernickego, posiadając inne cechy, mianowicie »tę tak zwaną głuchotę wyrazową« zupełnie wspólne. Co do anartryi, tj. utraty mowy z przyczyn zajęcia narządu mięśniowego mowy, to tę należy stosownie do żądań pewnych autorów (Prof. Pitres, Marie) usunąć z obrazu klinicznego niemoty. Chorzy bowiem, dotknięci anartryą, nie wydają prawie żadnych zrozumiałych wyrazów, atoli w przeciwieństwie do chorych, dotkniętych afazyą, rozumieją dobrze, co się do nich mówi, umieją czytać i pisać i potrafią nawet wskazać znakami, z ilu zgłosek lub liter składają się wyrazy, których złożyć nie potrafią. Otóż ponieważ cechą niemoty, w ścisłem tego słowa znaczeniu, jest według Mariego niedostateczne zrozumienie mowy z powodu ubytku intelektualnego, wywołujące utratę zdolności czytania i pisania, przeto anartryę należy

wogóle, w myśl zresztą także innych autorów, ściśle oddzielić i wyróżniać od niemoty.

Ze stanowiska anatomiczno-patologicznego rozpatrując zaburzenia mowy, widzimy zgodnie z zapatrywaniami klasycznemi, że ogniskiem anartryi, w mózgu jest okolica jądra soczewkowatego (*noyau lenticulaire*). Anartrya nie leży wyłącznie w zakresie działania lewej półkuli, lecz obu półkul mózgowych. Toteż o ile anartrya wywołana jest zajęciem tylko jednej półkuli, ma ona dążność do wyleczenia się. Powikłanie anartryi z afazyą daje obraz kliniczny tzw. afazyi Brocai. Albowiem afazya istnieje według Mariego anatomicznie tylko jedna, a ognisko afazyi jest tylko jedno i leży w tak zwanem terytoryum korowem Wernickego (zakręt nadbrzeżny, zakręt kątowy, tylna część dwóch pierwszych zakrętów skroniowych). Jest to terytoryum, które według Flechsiga odgrywa ważną rolę, jako specyalny ośrodek associacyjny. Wszelako zasadniczy błąd upatruje Marie w rozdzielaniu tego terenu na poszczególne ogniska dla głuchoty wyrazowej, aleksyi i t. p. Afazya bowiem połączona jest zazwyczaj ze zniszczeniem substancyi białej, leżącej w głębi pod powierzchnią terytoryum Wernickego i od obszaru zniszczonych części zależy wybitność afazyi, która może aż zupełne milczenie (*mutismus*) przedstawiać. Afazya Brocai wystąpi według Mariego wtedy, jeśli zniszczenie obejmie terytoryum Wernickego, a w głębi i okolicę jądra soczewkowatego, bo odpowiada ona afazyi powikłanej z anartryą. Obszar zajętego terytoryum zależny jest od tego, czy tętnica Sylwiusza jest zajęta w miejscu przed rozgałęzieniem się, czy też w jednej z gałązek, zaopatrujących zakręty mózgowe. Ten sposób pojmowania rzeczy pozwala nam zrozumieć różne odcienie, przejścia i kombinacye, jakie się w zboczeniach mowy zdarzają, pozwala np. zrozumieć przypadki, w których jest trzeci zakręt czołowy rozmiękły przy braku objawów klinicznych afazyi. Dotychczasowe błędne pojęcia w tym względzie wynikły stąd, że badacze przypisywali dotąd zazwyczaj tylko korze mózgowej ważny udział przy powstawaniu objawów klinicznych, a zaniedbywali badania głębszych części mózgu.

Marie rozwija też zupełnie odrębne poglądy na inne postacie niemoty, a mianowicie na tak zwaną niemotę podkorową (Lichtheim) czyli niemotę czystą (Dejerine). Przy niemocie podkorowej siedlisko cierpienia jest poza okolicą mowy i zajmuje tylko włókna ruchowe, słuchowe, lub wzrokowe, wychodzące z ośrodków, a temsamem oddziela ośrodki od połączeń fizyologicznych. Te rodzaje niemoty podkorowej, jak n. p. czystą głuchotę wyrazową, ślepotę wyrazową i niemotę ruchową czystą oddzielali dotychczas autorowie od niemoty korowej Brocai i Wernickego, co Marie uważa za podział teoretyczny tylko i schematyczny, ponieważ i niemota korowa nie bywa nigdy czystą, gdyż uszkodzenie dotyczy zawsze nietylko kory mózgowej, lecz także substancyi białej, leżącej pod ogniskami korowemi. I tak głuchoty wyrazowej klinicznie czystej acz anatomicznie stwierdzonej dotąd według Mariego nie stwierdzono i nie opisano ani jednego przypadku. Wspomina też o tem W. Wundt. Pojęcie to, zupełnie błędne według Mariego ze stanowiska zarówno klinicznego jakoteż anatomiczno-patologicznego, wynikło z bezkrytycznego przyjęcia ośrodka słuchowego dla słów (*centre auditif verbal*) w pierwszym zakręcie skroniowym. Marie zarzuca istnienie ośrodka słuchowego jako zmysłowego, przyjmując, że wszelkie zaburzenia czynności ośrodka Wernickego są ubytkiem intelektualnym, to jest defektem w pojmowaniu rzeczy słyszanych. Ten ubytek inteligencyi może być tak silny, że wysuwając się na pierwszy plan może dać powód do błędnego rozpoznania za życia sprawy nieogniskowej, np. starczego niedołęstwa umysłowego, gdy natomiast po śmierci znajdziemy miejscowe rozmięknienie okolicy Wernickego. (Dok. nast.)

Z oddziału dla chorób wewnętrznych I. B. krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego.

Podał

Prym Dr A. Krokiewicz.

(Dokończenie).

VII. W chorobach nerwowych odczyn spojówkowy wykonano w 39 przypadkach (22 m., 17 k.) 67 razy w przebiegu:

1. półpaśca (*Herpes zoster*) w 1 przyp. (1 k.) 2 razy,
2. nowotworu mózgu w 1 przyp. (1 m.) 2 razy,
3. niedołęstwa umysłowego (rozmięknienia mózgu) w 8 przyp. (5 m., 3 k.) 16 razy,
4. stwardnienie sznurów bocznych Erb. w 1 przyp. (1 m.) 1 raz,
5. rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia w 2 przyp (1 m., 1 k.) 2 razy,
6. wiądu rdzenia w 5 przyp. (4 m., 1 k.), 6 razy,
7. urazowego przewlekłego zapalenia opon rdzeniowych w 1 przyp. (1 k.) 1 raz,
8. zapalenia rdzenia w 1 przyp. (1 m.) 1 raz,
9. nerwicy urazowej w 3 przyp. (3 m.) 5 razy,
10. padaczki w 3 przyp. (1 m., 2 k.) 6 razy,
11. histeryi, hipochondryi w 8 przyp. (4 m., 4 k.) 15 razy
12. rwy kulszowej w 3 przyp. (1 m., 2 k.) 6 razy,
13. kurczu twarzowego (*tic convulsiv*) w 1 przyp. (1 k.) 2 razy,
14. zaniku obwodowego postępowego mięśni w 1 przyp (1 k.) 2 razy,

We wszystkich przypadkach odczyn spojówkowy ujemny, prócz:

1. 2 przyp. (1 m., 1 k.) rozsianego ogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia, gdzie wystąpił odczyn + i ≠ przez 2—4 dni,
2. 2 przyp. (2 m.) niedołęstwa umysłowego, gdzie wystąpił odczyn + na 2 dni,
3. 1 przyp. wiądu rdzenia, gdzie wystąpił odczyn + na 2 dni,
4. przypadku zapalenia urazowego opon rdzeniowych po porodzie u kobiety, ≠ przez 5 dni,
5. przypadku zapalenia rdzenia pacierzowego u mężczyzny, + przez 2 dni,
6. przypadku histeryi u mężczyzny 31-letniego, u którego odczyn + wystąpił po 10 godzinach na 6 dni.

W żadnym przypadku nie zachodziło podejrzenie o gruźlicę. W przypadkach pod 1, 2, 3, 5 można było stwierdzić przebytą kiłę, jako czynnik etyologiczny sprawy chorobowej.

VIII. Nowotwory. W 4 przypadkach (4 k.) przy torbielach jajnikowych i włókniakach macicy wykonano 8 razy odczyn spojówkowy z wynikiem ujemnym.

W 30 przypadkach (16 m., 14 k.) nowotworu rakowego wykonano odczyn spojówkowy 76 razy, a mianowicie w przebiegu:

1. raka gardła w 3 przyp. (3 m.) 6 razy,
2. » żołądka w 23 przyp. (11 m., 12 k.) 61 razy,

3. raka trzustki w 1 przyp. (1 m.) 2 razy,
4. » zgięcia wątrobnego okrężnicy w 1 p. (1 k.) 2 r.,
5. » gruczołu krokowego w 1 przyp. (1 m.) 1 raz,
6. » pochwy w 1 przyp. (1 k.) 4 razy.

We wszystkich przypadkach znaczne charłactwo. Odczyn wykonano na 4—6 tygodni przed śmiercią (najpóźniej), niekiedy po 4, 8, 9 razy w poszczególnych przypadkach; zawsze ujemny z wyjątkiem 3 przypadków raka żołądka (2 m., 1 k.) t. j. 10,7%, gdzie pierwotnie był ujemny, a przy powtórnem zakropleniu dodatni + lub ╪ i trwał 8—15 dni. (U mężczyzny 57-letniego za pierwszym razem odczyn ujemny, za drugim razem ╪, a za trzecim razem +, u mężczyzny 60-letniego za pierwszym razem —, a następne 2 razy ╪; u kobiety 54-letniej za pierwszym razem —, a następnie ╪). W 10 przypadkach rozpoznanie kliniczne raka żołądka stwierdzono oględzinami pośmiertnemi w jednym przypadku operacyą, a zresztą polegało ono na dokładnem zbadaniu fizycznem i chemicznem treści żołądka. W 3 przypadkach (1 m., 2 k.), gdzie obraz kliniczny przemawiał raczej za gruźlicą przewodu pokarmowego i następową wodnistością krwi, na podstawie ujemnego odczynu spojówkowego rozpoznano za życia utajony nowotwór rakowy żołądka, co też autopsya potwierdziła.

IX. Choroby krwi i wymiany materyi.

Wykonano odczyn spojówkowy 47 razy w 27 przypadkach (6 m., 21 k.) w przebiegu:

1. ciężkiej niedokrwistości w 22 przyp. (3 m., 19 k.) 38 razy,
2. niedokrwistości samoistnej postępowej złośliwej w 1 przyp. (1 k.) 2 razy,
3. choroby Werlhofa w 1 przyp. (1 m.) 2 razy,
4. choroby Hodgina w 1 przyp. (1 k.) 2 razy,
5. cukrzycy w 2 przyp. (2 m.) 4 razy.

W ciężkiej niedokrwistości na 19 przypadków u 2 kobiet wystąpił odczyn dodatni spojówkowy + po 10 godzinach na 3 dni; zresztą zawsze ujemny. U kobiety 46-letniej, gdzie rozpoznanie anatomiczne stwierdziło: *Anaemia essentialis. Tumor lienis chronicus. Hydraemia*, odczyn dwukrotnie wykonany wypadł ujemnie. W przypadku tym: hemoglobina 25%, ciałek czerwonych 1,200,000, ciałek białych 7,400, poikilocytoza. U mężczyzny dotkniętego chorobą Werlhofa dwukrotnie wykonany odczyn dał wynik ujemny. U kobiety 40-letniej, okazującej wybitne objawy białaczki wrzekomej wystąpił po 10 godzinach odczyn dodatni + i ╪ na 4—6 dni; gruźliczych zmian przy badaniu klinicznem brak. U mężczyzn 26- i 58-letniego, dotkniętych cukrzycą, wystąpił odczyn + i ╪ i trwał od 3—7 dni, przyczem u 26-letniego mężczyzny można było stwierdzić zagęszczenie szczytu płuca lewego bez innych cech gruźlicy.

X. W chorobach kości [krzywicy (1 m.) i zmiękknieniu kości (2 k.)] wykonano odczyn spojówkowy tuberkolinowy 5 razy z wynikiem ujemnym.

XI. W przypadkach stłuczenia i obrażeń ciała skutkiem pobicia wykonano odczyn spojówkowy 8 razy u 4 mężczyzn; wypadł on ujemnie u 3 chorych; natomiast u mężczyzny 40-letniego, który doznał potłuczenia w okolicy stawu biodrowego prawego, wystąpił po 10 godzinach odczyn spojówkowy ╪ i trwał przez 7 dni; w przypadku tym, który zakończył się zupełnem wyzdrowieniem chorego, brak jakichkolwiek zmian gruźliczych przy dokładnem badaniu.

XII. W przebiegu zatrucia ostrego chromianem potasowym, rtęcią i wyskokiem, wykonano w 3 przypadkach (1 m., 2 k.) odczyn spojówkowy 5 razy, zawsze z wynikiem ujemnym.

Rozpatrując dokładniej wartość odczynu spojówkowego tuberkulinowego dochodzimy do następujących wyników:

I. W przebiegu niewątpliwej gruźlicy narządów wewnętrznych zauważono odczyn:

α) dodatni w 103 przyp. (45 m., 58 k.), t. j. 46,1%,

β) ujemny w 92 przyp. (46 m., 46 k.), t. j. 41,5%,

γ) najpierw ujemny, a następnie dodatni w 25 przyp. (11 m., 14 k.) t. j. 11,3%,

δ) najpierw dodatni, a następnie ujemny w 2 przyp. (1 m., 1 k.) t. j. 0,9%.

W przypadkach niewątpliwej gruźlicy płuc największy proc. ze względu na dodatni odczyn spojówkowy przypada na II. okres zmian gruźliczych t. j. na okres nacieku gruźliczego, gdyż wynosi 68,7% (ujemny wynik ograniczył się do 31,2%); natomiast w okresie początkowej gruźlicy płuc w 27% otrzymano odczyn ujemny, w 16,2% odczyn dodatni, a w 57% najpierw ujemny, a przy powtórnem zakropleniu dodatni, a w okresie rozpadowym (III) daleko posuniętym gruźlicy płuc stwierdzono odczyn dodatni w 39.9%, a ujemny, w 58,3%.

W gruźlicy płuc dodatni odczyn tuberkulinowy spojówkowy nie stanowi żadnego kryteryum prognostycznego, gdyż w 42,6% można było zauważyć nasilenie pierwszego lub drugiego stopnia na bardzo krótki czas przed zejściem śmiertelnem. W 57% gruźlicy początkującej płuc wystąpił dopiero za następnym razem dodatni odczyn spojówkowy, najprawdopodobniej wskutek nabytej nadczułości spojówki na tuberkulotoksynę.

Zmiany zapalne i zwyrodnienia nerek, puchliny zastoinowe i na tle wodnistości krwi, charłactwo ogólne nie wpływają ujemnie na powstawanie odczynu spojówkowego w przebiegu gruźlicy płuc lub narządów wewnętrznych.

W gruźlicy prosówkowej pomimo kilkakrotnego wykonywania odczynu wynik był zawsze ujemny.

Wartość kliniczna odczynu tuberkulinowego w gruźlicy płuc jest bardzo względna co do rozpoznania i rokowania.

Natomiast w gruźlicy pierwotnej jelit i gruczołów chłonnych jamy brzusznej, tudzież w gruźlicy pierwotnej narządu moczowopłciowego, odczyn tuberkulinowy w wątpliwych razach może się przyczynić do właściwego rozpoznania za życia. W gruźlicy gruczołów limfatycznych i otrzewnej odczyn + występuje w 83%, a w gruźlicy stawów i kości + w 87,5%.

II. Odczyn dodatni może wystąpić u osób, które nie są dotknięte gruźlicą, jak o tem pouczają przypadki, stwierdzone dokładnemi oględzinami pośmiertnemi. I tak u chorych zmarłych na posocznicę (1 m.), na dur brzuszny (2 k.), zapalenie płuc włóknikowe (2 k.), wadę serca wskutek zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie miażdżycy

ogólnej (1 m.) stwierdzono za życia dodatni + odczyn spojówkowy, a przy sekcyi brak zupełny zmian gruźliczych; jedynie tylko w przypadku wady serca znaleziono bardzo nieznaczne zwyrodnienia włókniste szczytu płuca prawego i tamże kilka drobnych wielkości soczewicy ognisk zwapniałych (sprawa wyleczona).

III. Dodatni odczyn spojówkowy może występować w przebiegu chorób ostrych zakaźnych, gdzie pomimo dokładnego badania, nie można klinicznie ani stwierdzić gruźlicy, ani jej przypuszczać, jak w okresie późniejszym duru brzusznego (41,6%), w ostrym gośćcu stawowym (50%), w grypie (3%), zapaleniu płuc włóknikowem (16,2%).

IV. Dodatni odczyn spojówkowy bez objawów klinicznej gruźlicy zauważono: w chorobach mózgu i rdzenia na tle kiły (5 przyp.) przebytej, przy urazowem zapaleniu rdzenia (1 przyp.), przy ciężkiej niedokrwistości (2 przyp.), chorobie Hodgkina (1 przyp.), przy cukrzycy (2 przyp.).

V. W przypadkach raka żołądka (w 10,7%) może wystąpić odczyn dodatni (+ i ∓), ale dopiero przy powtórnych zakropleniach; zwyczajnie jednak pomimo kilkakrotnego zakroplenia odczyn bywa zawsze ujemny.

VI. W przypadkach chorób wątroby (kamica, marskość, żółtaczka) nie występuje odczyn spojówkowy, o ile niema zmian gruźliczych w gruczołach limfatycznych.

VII. W przebiegu mocznicy 2 razy wystąpił odczyn ∓ (brak zmian gruźliczych).

VIII. U ludzi zdrowych po urazach psychicznych lub fizycznych może wystąpić odczyn + (histerya, stłuczenie w okolicy stawu).

IX. Odczyn tuberkulinowy spojówkowy występuje u dorosłych zazwyczaj po 10 godzinach, rzadko po 6 godzinach, i po 24—48 godzinach dosięga szczytu. Zazwyczaj utrzymuje się od 4—6 dni; dość często 10—14 dni; raz trwał 21 dni, a raz 6 tygodni. W 5 przypadkach stwierdzono zapalenie pryszczykowe spojówki, a w jednym przypadku zapalenie miąższowe rogówki (trwało 6 tygodni), co dowodzi, że odczyn nie jest zabiegiem zupełnie obojętnym dla chorego. W razie kilkakrotnego zakroplenia na tem samem oku częstokroć wzmagał się stopień nasilenia odczynu; w wielu jednak przypadkach nasilenie nie uległo zmianie. Również niejednokrotnie i odczyn po kilka razy wykonywany wypadał ujemnie.

X. Wogóle wartość odczynu kliniczna jest bardzo względna, gdyż w razie ujemnego wyniku częstokroć nie można wyłączyć gruźlicy, a nawet w razie dodatniego wyniku nie daje odczyn pewności istnienia gruźlicy.

Piśmiennictwo. 1) Münchener med. Woch. 2) Berliner klin. Woch. 3) Wiener klin. Woch. 4) Przegląd lekarski. 5) Tygodnik lwowski; wszystko z r. 1907—1908.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Pawiński: **O przyczynach błędnego rozpoznania zwężeń otworu żylnego lewego.** (*Gazeta lek. 1908. Nr 1, 2, 3*). Zwężenie otworu żylnego lewego dostarcza zazwyczaj dużo danych rozpoznawczych, pomimo tego jednak rozpoznanie tej wady może sprawiać wielkie trudności. Często zdarza się, że za życia chorego nie przypuszcza się wady serca, gdy tymczasem sekcya wykrywa zwężenie ujścia żylnego lewego. Może to zależeć od błędnego osłuchiwania serca, od znikania szmerów, poprzednio istniejących, lub wreszcie od zupełnego braku szmerów. W celu oznaczenia szmerów, będących w związku ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, radzi P. nie ograniczać się do osłuchiwania serca w miejscu uderzenia koniuszkowego w linii sutkowej lewej, lecz posuwać słuchawkę ku linii pachowej, zjawiska bowiem osłuchowe, zależne od zwężenia ujścia, a zwłaszcza szmer przedskurczowy, stają się często wyraźne dopiero w miarę oddalenia się ku linii pachowej. Maximum natężenia szmeru przedskurczowego może przypadać aż w linii pachowej przedniej lub średniej. Jeżeli zwężenie ujścia żylnego lewego daje powód do powstawania szmeru rozkurczowego, to siedziba jego i rozprzestrzenianie jest nieco odmienne, aniżeli szmeru przedskurczowego; szmer rozkurczowy słychać najlepiej bądźto u samego końca serca, bądź też nieco na wewnątrz od niego ku mostkowi i ku górze. Zachowanie się więc jego jest odwrotne, aniżeli szmeru przedskurczowego. Niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty może się stać także powodem błędnego rozpoznania zwężenia ujścia żylnego lewego, a to wskutek przenoszenia się szmeru rozkurczowego, powstającego w ujściu aorty, ku końcowi serca. Dalszym powodem błędnego rozpoznia może być to, że szmer przedskurczowy resp. rozkurczowy, istniejący w okresie wyrównania wady, może w okresie niedomogi mięśnia sercowego znikać na pewien czas, lub na zawsze. P. popiera to twierdzenie licznemi spostrzeżeniami klinicznemi. Przypadki takie, szczególnie, jeżeli towarzyszy im tętno nieregularne, mogą dać powód do błędnego rozpoznania włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego. To znikanie szmeru przedskurczowego w okresie hyposystolii serca, tłómaczy autor w następujący sposób: Szmer przedskurczowy powstaje pod koniec skurczu przedsionka, kiedy tenże resztę krwi ze swej jamy przez zwężone ujście do lewej komory wtłacza. Natężenie więc jego pozostaje w prostym stosunku do siły skurczów przedsionka. W okresie więc wyczerpania energii mięśnia sercowego, kiedy praca przedsionka jest bardzo słaba, szmer znika, pojawia się znowu, kiedy mięsień serca skrzepi się, przez co i praca lewego przedsionka staje się wydatniejszą. Osłabienie przedsionka jest główną przyczyną znikania szmeru przedskurczowego, nie jest jednak jedyną. Ważną rolę odgrywa w tym względzie mały obieg krwi i lewa komora. Jeżeli prawa komora, wskutek nadmiernej pracy, ulegnie z biegiem czasu coraz większemu rozszerzeniu i siła jej się wyczerpie, to lewy przedsionek pozbawiony zostanie w znacznej części *vis a tergo*, stąd i prąd krwi, przepływający przez otwór żylny lewy, nie będzie dostateczny dla wytworzenia wirów, a więc i szmerów. Lewa komora wpływa o tyle na powstawanie szmeru przedskurczowego, resp. rozkurczowego, że po wtłoczeniu swojej zawartości do układu tętniczego, popada w rozkurcz i zachowuje się wobec przedsionka, jak pompa ssąca. Jeżeli zatem energia tej komory z jakichkolwiek powodów się wyczerpie, to i jej ssące działanie jest słabe, przez co znikają także warunki do wywołania szmeru. Zniknięcie szmeru przedskurczowego lub rozkurczowego może być także skutkiem zwolnienia tętna z jakichbądź powodów, a przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w zwolnieniu prądu krwi i osłabieniu wirów, tworzących się w miejscach zwężenia. Lecz i przyspieszenie czynności serca wywołać może zniknięcie szmeru przedskurczowego, ponieważ skurcze serca odbywają się wtenczas tak szybko, a fale krwi są tak słabe, iż nie wystarczają do wytworzenia wirów krwi, niezbędnych do powstawania szmerów. Oddawna wreszcie znane są przypadki zwężenia ujścia żylnego lewego, w których brak zupełnie szmerów, a zjawisko to zależy od znacznego zwężenia otworu przedsionkowo-komórkowego. Drugą kategoryę pomyłek stanowią przypadki, w których badanie kliniczne dostarcza zjawisk osłuchowych, właściwych zwężeniu ujścia żylnego lewego, sekcya zaś stwierdza, że ujście jest prawidłowe. Przyczynę tych pomyłek stanowić mogą skrzepy krwi, cząsteczki nowotworów, pasorzyty serca, dalej t. zw. zwężenia względne (*sten. ost. ven. sin. relativa*), które swe powstanie zawdzięczać mogą zmianom organicznym, jak np. niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty lub tętniakom serca. Wreszcie wspomina P. o t. zw. kurczowem zwężeniu, występującem u młodych osób, szczególnie u bledniczych i histerycznych dziewcząt. *Pisarski.*

Dietlen: **Ortodiagraficzne spostrzeżenia nad położeniem serca w stanach chorobowych.** (*Müch. med. Woch.* 1908. Nr. 1). Z badań D. wynika, że guzy w podżebrzu lewem (np. śledziona białaczkowa) odsuwają serce ku górze i ku stronie lewej. Odsunięcie serca ku górze jest bez wszystkiego zro-

zumiałe, odsunięcie w tych razach ku stronie lewej, a nie prawej, stoi w związku z silnem stosunkowo po stronie prawej unieruchomieniem serca przez żyłę główną dolną. Guzy prawego podżebrza (wątroby) spychają serce nieco ku dołowi i ku stronie lewej. Płyn, zbierający się w jamie brzusznej, podnosi oczywiście serce ku górze, ustawiając je bardziej poprzecznie, niż skośnie. Skutkiem najprawdopodobniej zagięcia wielkich naczyń powstają czynnościowe szmery skurczowe. W prawej jamie opłucnej zbierający się płyn przesuwa wybitniej serce ku stronie lewej, niż lewostronny płyn opłucny ku prawej. Położenie to bywa stałem w razie wytworzenia się zrostów między osierdziem a opłucną ścienną lub przeponą. Bardzo wybitne i trwałe przesunięcia powstają w razie zrostów osierdzia z opłucną, przy równoczesnem zbliznowaceniu tkanki płucnej i ściany klatki piersiowej. Odma opłucna wywołuje bardzo wybitne przesunięcie serca, zupełna oczywiście bardziej, niż częściowa.

Dr M. Godlewski.

Doc. Pletnew. **Fala A flebogramu.** (*Berlin. klin. Woch.* Nr 11. 1908). Istnienie, względnie wielkość fali A flebogramu jest odbiciem stanu prawego przedsionka. Fala ta jest wyraźnie zaznaczona przy wyrównanem zwężeniu lewego ujścia żylnego (o ile istnieje tętno żylne), bardzo wybitna przy niedomykalności i przy zwężeniu prawego ujścia żylnego. Dla rozpoznania tej ostatniej wady, jest obecność wybitnej fali A w tętnie wątroby bardzo znamiennym objawem. W fali tej nietylko wysokość ramienia wstępującego, ale i ramię zstępujące ma ważne znaczenie. Obecność wyraźnego ramienia zstępującego świadczy o dokładnym rozkurczu przedsionka, dzięki czemu cała zawartość żył szyjnych do niego się dostaje. Wysokość zatem obu ramion jest dowodem sprawności przedsionka i jego udziału w wyrównaniu danej wady. Zdarza się, że przy niedomodze serca, dotkniętego zwężeniem zastawki dwudzielnej, znika równocześnie fala A i szmer przedskurczowy. Jeżeli istnieje komorowe tętno żylne, świadczy to o porażeniu obu przedsionków. W przypadku, spostrzeganym przez autora, znikł szmer, a fala A, chociaż nizka, jednak utrzymywała się; zdaniem jego, zniknięcie szmeru nie dowodzi jeszcze porażenia lewego przedsionka, tylko skurcze przedsionka mogą być tak słabe, że szmeru słyszeć nie można. *Dr W. Kluger.*

Prof. Mosse. **Polycytemia z żółtaczką urobilinową i obrzękiem śledziony.** (*Deut. med. Wochensch.* Nr 52. 1907). W przypadku autora chodziło o polycytemię 6,750.000 do 7,825.000 krwinek czerwonych na 12.000—13.000 krwinek białych ze zwiększoną neutrofilią (82%). Skóra i błony śluzowe były żółtaczkowo zabarwione. W moczu i surowicy krwi wyraźna urobilina. Śledziona sięga na palec niżej pępka. M. uważa przypadek ten za przejściowy między polycytemią typu Vaqueza, a oligocytemią typu Hayema. *Dr Skórczewski.*

Lehndorff i Zak. **W sprawie białaczki szpikowej.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr 9). Autorowie spostrzegali przypadek niewątpliwej białaczki szpikowej, w którym przy sekcyi stwierdzono przemianę szpiku kości długich w tkankę włóknistą, prawie bez śladu utkania szpikowego. Natomiast w śledzionie znaleziono obraz przeobrażenia szpikowego (myeloide Umwandlung) znacznego stopnia. Ponieważ przypadek ten na podstawie dotyczasowych teoryi o białaczce szpikowej wytłómaczyć trudno, autorowie starają się go wyjaśnić inaczej. Nowsze badania stwierdziły, że utkanie szpikowe istnieje i poza szpikiem kostnym, w innych narządach i jest tam pierwotnem, a nie naniesionem ze szpiku kości. Zatem zmiany innych narządów przy białaczce szpikowej nie polegają na przerzutach lub »kolonizacyi« komórek bujającego szpiku kostnego, tylko na bujaniu pod wpływem bodźca chorobowego pierwotnej tkanki szpikowej w narządach, równocześnie z bujaniem szpiku kostnego. A zatem nie mamy już dziś podstaw do tego, by uważać białaczkę szpikową za bezwarunkowo pierwotne schorzenie szpiku kostnego, lecz uznajemy w niej pierwotne schorzenie całego układu krwiotwórczego i limfatycznego. To, że szpik kostny przy białaczce szpikowej najsilniej jest zajęty, tłómaczy jego rola wytwarzania granulocytów, które pod wpływem bodźca białaczkowego staje się szybszem i żywszem w szpiku, niż w innych narządach. Ponieważ w przypadku autorów nie szpik, tylko śledziona była najsilniej białaczkowo zmienionym narządem, uważają oni białaczkę szpikową za schorzenie całego układu krwiotwórczego, a udział w niem szpiku kostnego za częściowy tylko objaw ogólnego bujania tkanki szpikowej. *Dr W. Kluger.*

Goldzieher i Molnár. **W sprawie adrenalinemii.** (*Wien. klin. Woch.* 1908. Nr 7). Badania G. i M. potwierdzają zapatrywanie Schura i Wiesla, że w surowicy chorych, dotkniętych zapaleniem nerek, można stwierdzić obecność adrenaliny. Przy przewlekłem zapaleniu nerek nigdy nie braknie przerostu nadnerczy z bujaniem miąższu w tkankę korową. Wstrzykiwanie zawiesiny miąższu nerkowego wywołuje u zwierząt (królików) adrenalinemię i wzmożenie parcia krwi, a w następstwie przerost nadnercza. Wstrzykiwanie oleju łogowego (*ol. sesami*) przeciwdziała adrenalinie i to zarówno tej, którą doprowadzono od zewnątrz, jakoteż tej, która się tworzy w nadmiarze w ustroju.

Dr Blassberg.

Morelli. **O martwicy tętnic** (*arterionecrosis*). (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 8). Autor wstrzykiwał jednej grupie królików śródżylnie digalen, drugiej równocześnie z digalenem podskórnie jodypinę. Okazało się, że przez śródżylne wstrzykiwania digalenu można wywołać martwicę tętnic, jakkolwiek nie spostrzegano regularnie powtarzających się zmian, a dalej, że przy pomocy jodypiny wyrównywało się działanie digalenu. Opierając się na doświadczeniach Koranyiego z jodkiem potasu, rozpoczął M. identyczne z opisanemi doświadczenia, wstrzykując jednak zamiast jodypiny olej łogowy (*ol. sesami*), wchodzący jak wiadomo, w skład jodypiny. Wynik był ten, że króliki, którym równocześnie z digalenem wstrzykiwano olej łogowy, pozostały zdrowe. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi M., że martwicy tętnic, występującej pod wpływem digalenu, można zapobiedz zapomocą jodypiny lub oleju łogowego i że działanie to przy użyciu jodypiny wywiera właśnie olej łogowy.

Dr W. Kluger.

Steensma. **Nieczysty kwas azotowy, jako źródło pomyłki przy białkowej próbie Hellera w moczu.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr 4). Dostarczony autorowi do zbadania kwas azotowy dawał z każdym moczem dodatni wynik próby białkowej. Biały pierścień nie leżał jednak ściśle na granicy obu płynów, lecz nieco niżej, w samym kwasie. Okazało się, że kwas był zanieczyszczony srebrem. Takie zanieczyszczenia są rzadkie, nie należy jednak o nich zapominać. *W. Kluger.*

Żak. **O cukromoczu przy nadżarciach dwunastnicy.** (*Wien. klin. Woch.* 1908. Nr 3). Ż. przytacza dwa spostrzeżenia kliniczne, w których przy otruciu substancyami żrącemi wystąpił cukromocz. Cukromocz taki przy nadżarciach w przewodzie pokarmowym należy odnieść do zmian w dwunastnicy. Spostrzeżenia te zgodne są z nowemi badaniami Pflügera na zwierzętach, które go doprowadziły do wniosku, że w ścianach dwunastnicy znajduje się narząd nerwowy, obfitujący w komórki zwojowe, który włada nad mięśniami, gruczołami i trzustką i którego uszkodzenie wywołuje cukrzycę tak, jak całkowite wyjęcie trzustki. Częściowe lub przejściowe uszkodzenie nerwowych narządów dwunastnicy wywołuje przejściowy cukromocz.

Dr Blassberg.

A. Martinet. **Znaczenie odciągnięcia chlorków w leczeniu choroby Brighta.** (*Presse méd.* 1907. Nr 100). Autor sądzi, że podobnie jak objawy mocznicy polegają na zatrzymaniu się substancyi azotowych, tak puchlina ma polegać na zatrzymaniu się chlorków w ustroju. Radzi zatem, jak to zresztą czyni wielu klinicystów, zmniejszyć w obrzękach pochodzenia nerkowego podawanie chlorków. Zaznacza jednak, że postępowanie to daje dodatnie wyniki w zapaleniu nerek ostrem i w zapaleniu przewlekłem miąższowem, natomiast w zapaleniu przewlekłem śródmiąższowem wyniki są niestałe i niepewne. Człowiek pobiera i wydala moczem dziennie około 10—12 gr. chlorków. Jeżeli wydala mniej, to trzeba to położyć na karb zatrzymania się chlorków. Jeżeli nie ma wyraźnej puchliny, to przemawiają za nią dwie cechy kliniczne: 1) zmniejszenie się ilości chlorków w moczu, 2) zwiększenie się ciężaru ciała, będące następstwem zatrzymania się wody w tkankach ustroju. Wskutek zmian w nerkach chlorek sodu, nie wydalony z moczem, gromadzi się w tkankach, a nasycenie się nim tkanek pociąga za sobą zatrzymanie się wody w ustroju w tym kierunku, że 1 litr wody przypada na 6 gr. Na Cl., co objawia się przyrostem wagi ciała. Ze wzrostu zatem wagi ciała możemy wnosić nie bezpośrednio, ale pośrednio o zatrzymaniu się chlorków w ustroju, co znowu wskazuje, że należy zmniejszyć ilość chlorków w pokarmach. Obok tego w chorobie Brighta stosuje się środki moczopędne, mające na celu zwiększyć wydzielanie się chlorków. Przepisy dyetetyczne podali Achard, Widal, i Strauss. Pokarmy zawierające mało soli potrzebują do przyprawy dużo NaCl. Należałoby zatem w dyecie w chorobach nerkowych oddać pierwszeństwo pokarmom, które nietylko zawierają mało NaCl., ale także mało go potrzebują do przyprawy, jak mleko, owoce. Przy dyecie zwykłej należy rano odważyć 2—4 gr. soli i to rozdzielić na cały dzień. Zmniejszenie ilości płynów, polecane ze względu na wywody teoretyczne, ma według M. tylko drugorzędne zna-

czenie. Ze środków leczniczych poleca M. kofeinę, teobrominę, a szczególnie diuretynę. *Dr Sermak.*

Kornfeld. **O kolitoksemii.** (*Posiedz. Tow. dla chorób wewnętrz. i dziecięcych, Wiedeń, 13 II. 1908*). Przy wydzielaniu prątka okrężnicy z moczem nie bywa żadnych objawów zapalnych. Mocz jest mętny. Wydzielanie to może być przejściowe, lub stałe, przewlekłe. Wydzielanie pochodzić może albo z wyższych dróg moczowych, lub też tylko z pęcherza. Do pęcherza dostają się prątki okrężnicy wprost z kiszek, wskutek zmian przewlekłych powiewiórowych w tkankach około pęcherza (zwykle w 10—15 lat po zakażeniu). Przy postaci pęcherzowej sprawa nie posuwa się ku miedniczkom i trwać może latami, wywołując czasem objawy ogólnego zatrucia, jak dreszcze, gorączkę, wymioty, biegunki i t. p. Napady te trwają 14—20 godzin i powtarzają się czasem co 10—30 dni, przypominając zimnicę, ropnicę, lub gorączkę cewnikową. Mocz, zawierający prątki okrężnicy, pozostawiony w naczyniu nawet miesiącami, pozostaje zawsze kwaśny. *K.*

C. Ewald. **Postępowanie przy ostrym wrzodzie żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 9). Autor nie podaje przy krwawieniu z wrzodu pokarmów przez usta dopóty, dopóki nie znikną całkowicie bole, czasem aż do 10 dni, zazwyczaj przez 3—4 dni; w dniach głodu stosuje lewatywy odżywcze niewielkie, do 250 cm. płynu, najwyżej 3 dziennie. Lewatywy składają się z 250 cm.^{3} mleka, jednego żółtka, 5 gr. sanatogenu, 10 gr. cukru, łyżki wina czerwonego. Według zdania E. nie pobudzają one wydzielania soku żołądkowego, owszem przy tem postępowaniu żołądek wkrótce przestaje pracować. W 5-tym już zazwyczaj dniu zaczyna E., jeśli to nie wywołuje bolu, podawać mleko od $1/2$ litra stopniowo do 2 litrów, często z większą ilością śmietanki, tuż po mleku jaja, dalej zupy, mięso utarte. Około 10-go dnia lekkie pieczywo (Zwieback), kaszki, jarzyny. Wynik takiego postępowania ze względu na późne krwawienia był bardzo dobry, mianowicie na 166 przypadków tylko 4·8 prc. krwawień późnych (Lenhartz 6·4 prc.), i to chodziło przeważnie o krwotoki utajone. Przybytek na wadze przy 5- do 6-tygodniowem leczeniu wynosił średnio 3·9 klgr. Przy ciężkich krwotokach stosował E. z dobrym skutkiem pęcherz z lodem na okolicę żołądka, adrenalinę wewnętrznie, ergotynę podskórnie, żelatynę w lawatywach. W najcięższych przypadkach stosował przepłukiwania wodą lodową; mimo 11 takich zabiegów nie było przy tem ani razu powtórnego krwawienia. Wreszcie przy objawach skrwawienia się stosował kamforę, lawatywy wyskokowe (koniak), wlewania roztczynu fizyologicznego soli. Alkaliów E. nie używa z powodu dostatecznej zasadowości mleka. W razie zaparcia stosuje lawatywy. U chorych, leczących się ambulatoryjnie, których nie można skłonić do położenia się do łóżka, stosuje E. jako środek osłaniający bizmut (*Bismuthi subnitr. 15 do 20·00. aq. dest. 200·00. chloroformii 1·0.* Na 3 razy w 1-szym dniu przed jedzeniem zażyć). O leczeniu azotanem srebra wyraża się o tyle ujemnie, że lek ten sprawia bole i biegunki. *Dr Skórczewski.*

Neurologia.

Babkina. **Z kazuistyki nerwic naczyniowych. Przypadek akroasfiksyi u 14-letniej dziewczynki.** (*Wraczebna Gaz.* 1908, Nr 9). Ojciec alkoholik, matka histeryczka. Po 5-tym roku życia w przeciągu 9 dni napady z utratą przytomności, drgawkami i zezem. Dwa lata temu — dur. W miesiąc po wyzdrowieniu zjawiły się na twarzy czerwone plamy, ręce i nogi były zimne, a po pewnym czasie ręce spuchły i posiniały. Jednocześnie zjawiły się zaburzenia w miesiączkowaniu. Podczas badania chora sprawia wrażenie upośledzenia umysłowego. Narządy wewnętrzne zdrowe. Na rękach — obrzęk i sinica. Leczenie: brom, glicerofosfat, kąpiel 29° co drugi dzień, faradyzacya rąk i trzymanie ich w cieple. Po miesiącu chora wychodzi z polepszeniem. Opierając się na piśmiennictwie, stwierdza autorka następujące cechy rozpoznawcze: sinica przeważnie obwodowych części kończyn górnych, potnienie, uczucie ciągłego zimna i porażenie wszystkich rodzajów czucia bez powiększenia się części porażonych. Postać taka nosi nazwę *asphixia hypaesthetica* w odróżnieniu od *asphixia hypertrophica*, przy której następuje rozrost tkanki łącznej i powiększenie kończyn. *Nelken.*

Doc. Klinow. **Przypadek stwardnienia rozsianego w wieku dziecięcym.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 6). Choroba ta, opisana po raz pierwszy w wieku dziecięcym przez Marie, jest w tym wieku nadzwyczaj rzadka, a zjawiać się może między 4-tym a 14-tym rokiem życia. W przeciwieństwie do wielu autorów, powątpiewających, czy choroba ta częściej może powstawać u dzieci, stoi Oppenheim, który często przy badaniu dorosłych stwierdza, że pierwsze oznaki tej choroby były już w wieku dziecięcym. K. podaje przypadek stwardnienia rozsianego u 8-letniej dziewczynki, nieobarczonej dziedzicznie, rozwijającej się prawidłowo, chorej od roku. Choroba zaczęła się od gorączki i utraty przytomności, poczem nastąpiło porażenie prawej kończyny dolnej, niedowład prawej kończyny górnej i wykrzywienie twarzy. Po kilku tygodniach zaczęło się polepszenie. Przy badaniu: przygnębienie i stępienie umysłowe, drżenie zamiarowe, głównie w kończynach górnych. Chód kurczowo-porażny, drżenie wahadłowe gałek ocznych, skandowanie, stan kurczowy we wszystkich kończynach. Zaburzeń czucia i czynności pęcherza nie było. Przy badaniu elektrycznem znaleziono jedynie podwyższenie pobudliwości faradycznej w lewej połowie ciała. *Nelken.*

Kobrak. **Teoretyczne podstawy i praktyczne ich zastosowanie do wyuczenia się odczytywania mowy z twarzy mówiącego.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 10). Chorych po ciężkich cierpieniach lub operacyach usznych uważa się za wyleczonych zupełnie, jeżeli sprawa chorobowa minie, bez względu na to, czy słuch u nich został zachowany, czy nie. A jednak ludzie ogłuchli wskutek choroby tracą możność porozumiewania się z otoczeniem, co dla nich często jest gorsze od samej choroby. Zachodzi więc pytanie, czy nie ma jakiego sposobu wyuczenia potem tych ludzi rozumienia mowy, a wtedy »wyleczenie« byłoby już zupełniejsze. Mowę ludzką nietylko się słyszy, ale także się widzi, a mówiącego łatwiej zrozumieć, gdy się patrzy na twarz. Mowę uzupełnia bardzo mimika i gesty. Choremu ogłuchłemu możemy przywrócić możność rozumienia mowy, a to wyuczając go odczytywania słów z twarzy mówiącego. K. przedstawia na odpowiednich schematach, jak dla pewnych liter układają się charakterystycznie wargi, dla innych szczęka dolna i dno jamy ustnej i t. p. Z tego ułożenia sporządził nawet K. cały alfabet. Mowę odczytywać można dobrze tak z boku (profilu), jak i z przodu twarzy. Rozumie się, że przy prędkiem mówieniu zacierają się często brzmienia pojedynczych liter, przez wprawę może jednak głuchy te luki uzupełniać, zna bowiem dobrze mowę ojczystą, jej akcentowanie, wymawianie i t. p. Wyuczenie rozumienia mowy w ten sposób wymaga jednak ze strony nauczyciela znajomości fizyologii mowy i cierpliwości, ze strony zaś chorego chęci do nauki, dobrej woli i pewnej inteligencyi. *K.*

Fritsch. **Poliomelitis centralis.** (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1908, Nr 10). Przypadek F. dotyczył 11-miesięcznego chłopca, dotkniętego obustronnem porażeniem kończyn górnych i dolnych i obustronną stopą szpotawą. Dziecko to urodziło się w położeniu pośladkowem bez pomocy lekarskiej. Odczynu zwyrodnienia nie stwierdzono ani w górnych, ani w dolnych kończynach. Dziecko nie może siedzieć, wyprostowanie kończyn dolnych jest z powodu przykurczeń niemożliwe. Rentgenografia, w szczególności kręgosłupa, nie wykrywa nic szczególnego. Wobec tego rozpoznaje F. cierpienie wrodzone, powstałe prawdopodobnie wskutek przebycia w życiu płodowem zapalenia przednich rogów rdzenia. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Schültze. **Histeryczne porażenie połowicze.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 13). Autor opisuje przypadek pourazowego, dziewięć lat trwającego porażenia połowiczego prawostronnego u mężczyzny 65-letniego, z równoczesnem osłabieniem wzroku, słuchu i smaku, bardzo znacznem zwężeniem pola widzenia, zniesieniem czucia bolu, dotyku, lokalizacyi, ciepła i zimna po stronie porażonej. Prócz tego stwierdzono zwężenie szpary powiekowej prawej i zbaczanie języka na lewo. Ciekawem w przypadku tym było to, iż chory stronę swą prawą uważał za lewą, mimo, iż był człowiekiem wykształconym, a nie mańkutem, i rozróżniał je dobrze u innych. S. zwraca uwagę na objawy, odróżniające porażenie organiczne od histerycznego, a szczególnie znamienny chód histerycznych i możność wywołania u nich przy odpowiedniem badaniu ruchów czynnych w kończynach porażonych. *Dr Skórczewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 3. Lutego 1908 r.

1) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. H. Wielowieyskiego p. t.: **Dalsze badania nad histologią i historyą rozwoju jajnika owadów.** Żeńskie komórki rozrodcze w rzędzie

Hemiptera, zawarte w t. z. komorze końcowej jajnika, różnicują się we wczesnych stadyach larwalnych na oocyty i komórki odżywcze. Obie kategorye połączone są ze sobą, od tych najwcześniejszych stadyów począwszy, że pośrednictwem plazmatycznych wypustek, z razu bardzo subtelnych, później zwiększonych i składających się w głównej swej masie w centralnej części komory końcowej, stanowiąc ową przez wielu autorów opisywaną »plazmatyczną masę«, dającą się, jak udowodnił autor, przy pomocy maceracyi rozłożyć na poszczególne włókna, będące zawiązkiem t. z. przewodów żółtkowych jajek. Odżywienie jajek polega nie na rozpadaniu się komórek żółtkowych, lecz na wewnątrzkomórkowem wydzielaniu substancyi odżywczej, przy którem komórka żółtkotwórcza pozostaje całością, powiększającą swe rozmiary, przy równoczesnem (w pewnym okresie) mnożeniu się jąder, co wiedzie do powstawania olbrzymich wielojądrowych komórek. — Praca zawiera zestawienie procesów rozwoju i histologicznych przemian wewnątrz jajnika, oraz pojedynczych rodzajów komórek rozrodczych, jakoteż przemian, którym podlegają ich jądra w drodze rozwojowej od stadyum oogonii aż do chwili zupełnej dojrzałości; wreszcie przedstawienie stosunku histologicznego, w jakim pozostają komórki rozrodcze do innych składników gruczołu płciowego, jako to: komórek nabłonkowych, tkanki łącznej i t. p.

2) Czł. T. Browicz przedstawia pracę pp. Kleckiego i Ad. Wrzoska p. t.: **O przechodzeniu mikrobów, we krwi krążących, do moczu.** Autorowie wykonali 22 doświadczenia na psach zdrowych w celu zbadania, czy mikroby, wprowadzone do krwi, wydzielają się przez nerki prawidłowe. Po wprowadzeniu mikrobów do krwi zwierzęcia, badali autorowie mocz bakteryologicznie, zbierając go w większości doświadczeń za pomocą rurek szklanych, wprowadzonych do moczowodów, a w pewnej liczbie doświadczeń z pęcherza moczowego pipetą bakteryologiczną. We wszystkich tych przypadkach, w których z moczu wyhodowano mikroby, do krwi poprzednio wprowadzone, w moczu badanych znajdowała się domieszka krwi, która pochodziła ze ściany moczowodów. Gdy zaś mocz nie zawierał domieszki krwi, to nie zawierał on również mikrobów, do krwi wprowadzonych. Na zasadzie powyższych wyników doświadczeń autorowie wysnuwają wniosek, że mikroby, we krwi krążące, przez nerkę prawidłową nie wydzielają się.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. St. Piaseckim, p. t.: **Uproszczony sposób otrzymywania filoporfiryny.** Metoda ta polega na faktach następujących. Alkoholowy wyciąg z liści zadaje się nasyconym rozczynem wodzianu barowego. Otrzymany osad sączy się, przemywa alkoholem i suszy. Po sproszkowaniu barowego związku zawiesza się go w alkoholu i rozkłada kwasem siarkowym, wziętym w bardzo nieznacznym nadmiarze. Przesącz od siarczanu barowego odparowuje się do sucha, rozpuszcza w 10% alkoholowym roztworze wodzianu potasowego i ogrzewa w ciągu kilku godzin do 200° w autoklawie. Otrzymany produkt wyciąga się wrzącym alkoholem, wyciąg sączy, zakwasza, rozcieńcza wodą i wyciąga eterem. Z rozczynu eterowego wyciąga się filoporfirynę 1% kwasem solnym. Kwaśny w ten sposób otrzymany rozczyn zadaje się octanem sodowym, skutkiem czego filoporfiryna wydziela się w stanie wolnym. Wyciąga się ją eterem, eterowy wyciąg odparowuje do sucha, a otrzymaną pozostałość krystalizuje dwukrotnie w alkoholu 96%.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Browińskiego i S. Dąbrowskiego p. t.: **Metoda ilościowego określenia podstawowego barwika moczu (urochromu).** Autorowie zasadzają metodę ilościowego oznaczania żółtego podstawowego barwika moczu na wybitnej zdolności odtlenienia tego związku. Kwas jodowy mianowicie, odtleniając się pod wpływem urochromu do jodowodoru, wydziela jod, który z rozczynu można wyciągnąć siarczkiem węgla i po dokładnem wymyciu tego rozczynu wodą odmiareczkować $^1/_{100}$ n. roztworem tiosiarkanu sodowego — 1 gr. wolnego urochromu, przyrządzonego w stanie możliwie czystym, wydziela 0.1319 gr. jodu. Ponieważ odsetkowa zawartość azotu w wolnym urochromie wynosi 11·15%, stąd z liczby jodowej można obliczyć nietylko ilość barwika, lecz także ilość azotu urochromu, mianowicie przez pomnożenie przez współczynnik 0·84529. — Zawartość barwika podstawowego w moczu, określona tą metodą, wahała się w moczach prawidłowych przy mieszanej dyecie w granicach od 0·37 gr. do 0·69 gr. na dobę, była wszakże zawisłą od dyety: przy dyecie wyłącznie mlecznej była mniejsza i wynosiła 0·3 do 0·7 gr., natomiast przy dyecie wyłącznie mięsnej podnosiła się do 1·19 gr. na dobę. — W przypadkach chorobowych, w szczególności u szczytu duru brzusznego (przy dyecie cukrowej), ilość urochromu wzrastała zarówno bezwzględnie w obliczeniu na dobę, jako też w stosunku do całkowitego azotu w moczu.

(Inne 4, przedstawione na posiedzeniu prace przekraczają swą treścią ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

III. posiedzenie dnia 2. kwietnia 1908.

1. J. J. Boguski i Kreczyński. **O prędkości reakcyi w układach niejednorodnych** (miedź i azotan srebrowy).

2. L. Silberstein. **Drgania elektromagnetyczne przewodnika kulistego.**

3. J. Tur. **Nowa serya doświadczeń nad działaniem teratogenetycznem promieni radu.** Naświetlając zarodki kurczęcia w ciągu 24 godzin, po uprzednim takim samym okresie rozwoju prawidłowego lub od samego początku wylęgu, z usuwaniem następnem preparatu radowego, — otrzymał autor całą seryę zarodków potwornych, nie dochodzących wszakże do zaniku osiowych okolic ciała (jak to następowało w seryi doświadczeń poprzednio ogłoszonych, gdzie rad działał przez cały czas rozwoju). Przedewszystkiem działanie radu wywoływało rozpad mezodermy w somitach — następnie zaś — zwyrodnienia rurki nerwowej oraz pęcherzów mózgowych.

4. S. Miklaszewski. **Badania nad »bielicami« powiatu konstantynowskiego.** *Jan Tur.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne w d. 7. kwietnia 1908 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek **raka powieki dolnej, leczonego promieniami radu.** Na miejscu nowotworu, który zupełnie znikł, widać jedynie powierzchowną, gładką bliznę.

2) Starkiewicz: **O teoryi usposobienia mechanicznego do gruźlicy i rozedmy płuc i ich leczeniu operacyjnem.** Prelegent przedstawił dane anatomiczne i fizyologiczne, na których opiera się teorya Freunda o zależności wyżej wspomnianych chorób od nieprawidłowej budowy klatki piersiowej (zwężenie jej otworu górnego wskutek skrócenia pierwszych żeber — w gruźlicy; jej zesztywnienie w ustawieniu wdechowem wskutek stwardnienia chrząstek drugich i następnych żeber — w rozedmie płuc; zależność czynnościowa każdego odcinka płuc od ruchów oddechowych odpowiedniego odcinka klatki piersiowej). Z zestawienia dowodzeń Freunda z głosami krytycznymi innych autorów wysnuwa S. wniosek, że twierdzeń Freunda o częstości owych zmian w chrząstkach żebrowych u dzieci i dorosłych nie można jeszcze uznać za udowodnione. Większość autorów zmiany te uważa raczej za wtórne. Pomijając kruchość podstaw teoretycznych twierdzeń Freunda, propozycya jego, by leczyć gruźlicę płuc na drodze operacyjnej, staje w zupełnej sprzeczności z dotychczasowemi zasadami leczenia gruźlicy, które dążą do zapewnienia choremu płucu spokoju i wywołania w niem raczej przekrwienia biernego, niż wzmożenia jego czynności. Wreszcie niepokonaną przeszkodę praktyczną stanowi trudność rozpoznania istotnych zmian chrząstkowych za życia chorego i stąd niepewność wskazań operacyjnych. Radyoskopia, mierzenie otworu górnego klatki piersiowej, wyczuwanie chrząstek pierwszych żeber przy specyalnem ułożeniu ramion chorego, wreszcie akidopeirastyka, t. p. bezpośrednie wkłuwanie igły w tkankę chrząstkową w celu stwierdzenia stopnia jej spoistości, dają pole do łatwej autosuggestyi. Przypadki gruźlicy, operowane dotychczas, raczej odstręczają od tej metody. Jedynie przypadki rozedmy płuc, dotąd ogłoszone, mogą zachęcić do dalszych prób w tym kierunku niezależnie od słuszności lub niesłuszności samej teoryi Freunda. Niezaprzeczenie pierwszorzędne znaczenie dla oceny całego postępowania leczniczego będzie miało odpowiedniejsze niż dotąd dobieranie przypadków; operowanie w przypadkach nazbyt posuniętych, przy wyraźnych powikłaniach sercowych lub nerkowych, może jedynie zdyskredytować cały zabieg operacyjny i samą teoryę Freunda.

Dyskusya: Sokołowski podnosi z dotychczasowego w tym kierunku piśmiennictwa zupełny brak realnych podstaw

do stosowania zabiegu operacyjnego sposobem Freunda przy gruźlicy. Nieco inaczej jednakże rzecz się ma w rozedmie płuc; tutaj jednak dobrze rozróżniać należy rozedmę płuc pierwotną, która, mówiąc nawiasem, jest stosunkowo rzadka, od rozedmy płuc wtórnej, towarzyszącej np. cierpieniom serca. Tylko ta pierwsza może dawać poniekąd wskazania według Freunda. — Wilczyński przytacza przypadek rozedmy płuc, leczony operacyą Freunda; wyniku nie było żadnego. Chrząstki I i II żebra nie były skostniałe. W. ostrzega przed możliwością powikłań.

I. L.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Posiedzenie Wydziału lekarskiego z d. 7/20 marca 1908.

Obecnych osób 40. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski. Na wezwanie prezesa uczcili obecni przez powstanie pamięć zgasłych: Prof. Jana Mierzejewskiego i działacza na polu społecznem i literackiem Jana Popławskiego.

I. a) Prof. Ziemacki przedstawił 19-letniego chłopca, u którego w 12 lat po przebyciu zapalenia gruźliczego lewego stawu biodrowego z przetokami wygojonemi nastąpił **zrost kostny w stawie biodrowym;** kąt przygięcia kości udowej do miednicy równał się 80°; prócz tego nastąpiło skrócenie lewej kończyny dolnej wskutek ześliznięcia się główki biodrowej o 5 cm. w górę (krętarz wielki znajdował się o 5 cm. ponad linią Nelatona). W jednej z klinik tutejszych próbowano już wyprostowania za pomocą przyrządów maszynowych, lecz bezskutecznie. Otóż prelegent, wobec nadzwyczaj silnego zrostu wykonał **przecięcie podkrętarzowe kości** (*osteotomia subtrochanterica*) za pomocą dłuta Mac Ewena. Po dokonaniu operacyi przy wyprostowywaniu nogi stawiała opór skóra i powięź szeroka przedniej powierzchni uda, wobec czego prelegent podciął naprężacza powięzi szerokiej. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Kość udowa względem miednicy stoi pod kątem 180°. Chory obecnie chodzi prawie nie kulejąc. (Streszczenie własne). b) Prof. Ziemacki pokazał kamienie żółciowe, wydobyte operacyjnie u 4 chorych.

II. Dr Roman Gutowski wygłosił rzecz: **O warunkach zdrowotnych w Carskiem Siole.** Carskie Sioło leży na wysokości 250 stóp nad p. m. i liczy do 30.000 mieszkańców. Wobec częstych przypadków duru brzusznego zwróciły władze miejscowe uwagę na warunki zdrowotne miasta i okolicy. Okazało się, że miasto niema wodociągów prawidłowych, kanalizacyi, że ustępy i śmietniki w wielu domach zanieczyszczają grunt, że niema oddziałów dla chorych zakaźnych, przywożonych z okolicy, wreszcie, że strumyki i rzeczki w powiecie są zanieczyszczone przez ścieki z Carskiego Sioła. Dla poprawy warunków zdrowotnych wprowadzono ostatnimi czasy następujące ulepszenia: 1) Przeprowadzono wodociąg Orłowski. W odległości 15 km. od C. Sioła wytryskują liczne strumienie, tworzące 3 zbiorniki: źródła Orłowskie, Demidowskie i Taickie. Zdaniem niektórych geologów źródła zasilane są wodą, płynącą ze wzgórz Wezenberskich, zdaniem innych źródła są zbiornikiem opadów atmosferycznych, przesiąkających na przestrzeni około 100 km. kw. przez grunt do warst nieprzepuszczalnych. Zestawienie wydajności źródła Orłowskiego z ilością opadów atmosferycznych świadczy zdaniem prelegenta do pewnego stopnia o zależności wzajemnej. Badania wody zaskórnej stwierdziły, że woda wytryska jałową, zanieczyszczenie zaś następuje na powierzchni ziemi w zbiornikach. Z pośród nielicznych przedstawicieli fauny i flory, zwraca prelegent uwagę na obecność w wodzie poczwarek komarów różnych odmian. Źródła Taickie, których zbiornik jest znacznie mniejszy i płytszy i ma dno kamieniste, zawierają mniej fauny i flory. Źródła Demidowskie są położone tuż obok sanatoryum dla suchotników. Otóż do roku 1905 C. Sioło używało wody Taickiej, która płynęła do miasta częścią przez kanał otwarty obok drogi, w większej części płynęła w głębokiej galeryi podziemnej, zbudowanej jeszcze w zeszłem stuleciu. Obecny wodociąg składa się z rur żelaznych, ściśle ze sobą spojonych. 2) Założono sieć kanalizacyjną, obliczoną na 80.000 mieszkańców. Wprawdzie w C. Siole istniała kanalizacya już od r. 1870, lecz obecnie nie odpowiadała ani wymaganiom higieny, ani liczbie mieszkańców, wobec czego sieć dawniejszą przeznaczono dla opadów atmosferycznych; dla ścieków zaś zbudowano nową sieć. 3) Zorganizowano codzienny wywóz śmieci z miasta. 4) Zbudowano piece do spalania śmieci, z których każdy może spalić do 1000 pudów na dobę. 5) Zbudowano stacyę filtrów biologicznych do oczyszczania ścieków miejskich. 6) Przeprowadzono kanał do spuszczania wód oczyszczonych za okoliczne wsie. 7) Wyszlamowano stawy w parkach.

Dyskusya: Inż. p. Kotarski: Woda 3 źródeł jest mieszaniną wody artezyjskiej, pochodzenia bardzo dalekiego i wody gruntowej, powstającej z miejscowych opadów meteorologicznych. Woda artezyjska zbiera się daleko w wapieniach i piaskowcach dewońskich, które w okolicach C. Sioła wychodzą na światło dzienne. Wodociąg i kanalizacya, budowane przez ministeryum dworu, pochłonęły olbrzymie sumy i dowiodły, że lepiej być młodem Carskiem »Siołem«, niż starodawnym grodem trybunalskim. W Królestwie prócz Warszawy tylko Lublin i Płock mają wodociąg, reszta zaś miast, nawet Łódź, nie mają wodociągów pomimo wszelkich starań obywateli i społeczeństwa. (*Streszczenie własne*).— Doc. Orłowski prosi prelegenta o bliższe określenie gatunku komarów. — Dr Jastrzębski porusza sprawę epidemiologii cholery i duru brzusznego, błonicy, płonicy i innych chorób zakaźnych. — Prelegent: Cholery w C. Siole nie było; przypisywano to różnym warunkom, jakoto obecności wapna. Dur brzuszny najczęściej bywa zawlekany z Petersburga, miejscowego jakoby niema. — Dr Wilamowski sądzi, iż źródło Taickie zasilają tak opady atmosferyczne, jako też woda, płynąca ze wzgórz Wezenberskich, wobec czego uważa za nieodpowiednie na tak niepewnem źródle opierać obliczenia w sprawie budowy wodociągów. — Prezes w imieniu zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za odczyt.

III. P. A. Leśniewska: **Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną.** Zaznaczywszy na wstępie szereg wymagań, do jakich muszą się zastosować praktykanci i praktykantki w aptekach, prelegentka uważa obecny stan za nieprawidłowy. Podług prawa apteka powinna być dla ucznia szkołą, jednak w aptekach większych brak na to czasu. Prócz tego pomocnik ma bardzo ograniczone pojęcie o działaniu leków na ustrój ludzki i o tem, czem jest materyał leczniczy, z którym ma ciągle do czynienia. Po zakończeniu praktyki mężczyzna otrzymuje prawo uczęszczania na wykłady uniwersyteckie w ciągu 2 lat, jako wolny słuchacz. Niestety niezmiernie często zapisanie się do uniwersytetu jest tylko fikcyą, gdyż farmaceuta mieszka w innej miejscowości. Kobiety, chociaż uzyskały prawo do stopnia prowizora, jednak dotąd nie miały wstępu do uniwersytetu. Prelegentka, wychodząc z założenia, iż w małych miejscowościach farmaceuta powinien być prawą ręką lekarza, sądzi, iż zarząd aptek t. zw. wiejskich należy powierzać prowizorom, ale nie pomocnikom, jak to się dzieje, lub należy program nauk na stopień pomocnika rozszerzyć i pogłębić. Praktykę (terminatorstwo) w aptekach należy skasować i zastąpić ją przez systematyczne przygotowanie w szkole specyalnej z dwuletnim kursem; taką szkołę wraz z żeńską apteką prelegentka otworzyła. Prócz tego prelegentka dochodzi do następujących wniosków: 1) Osoby obierające zawód farmaceutyczny powinny ukończyć średni zakład naukowy z dodaniem świadectwa z kursu 3 klas łaciny. 2) Do pracy aptecznej dopuszczać należy tylko tych, którzy ukończyli specyalną szkołę i otrzymali pierwszy stopień pomocnika. Również tylko tym osobom można powierzać zarząd aptekami wiejskiemi. 3) Chcący dalej się kształcić w zawodzie farmaceutycznym powinni przejść 3-letni kurs w uniwersytecie z programem, obejmującym w szerokim zakresie chemię ogólną, farmaceutyczną i sądową. W końcu wyraża prelegentka zdanie, iż główną przyczyną upadku farmaceutów są lekarze, stojący na czele kierownictwa. Zdaniem prelegentki na czele farmaceutów powinien stać farmaceuta.

Dyskusya: p. Chrzanowski (farm.) sądzi, iż uczniowstwo farmaceutyczne jest niepotrzebne. Uczniowska praktyka w szkołach prywatnych nie daje żadnej korzyści. Podniesienia się stanu farmaceutycznego możnaby się spodziewać, gdyby od wstępujących do tego zawodu żądano ukończenia gimnazyum i uniwersytetu, obecnie jednak projekt ten uległ zmianie; według nowego projektu ma wystarczać ukończenie 6 klas gimnazyum. W całej Rosyi obecnie istnieje 3927 aptek, Polaków zaś farmaceutów jest w nich 37%. Mówca, roztrząsnąwszy sprawę aptek miejskich i wiejskich, zaznaczył w końcu, iż sumienny aptekarz zawsze będzie szanowany przez lekarza, wobec czego prowadzenie aptekarzy przez lekarzy »na pasku«, jak się wyraziła prelegentka, nie jest zdaniem mowcy główną przyczyną upadku farmaceutów. Mówca dochodzi do wniosków następujących: 1) Ukończenie szkoły średniej z dodaniem świadectwa z kursu 4 klas łaciny. 2) Oddanie inspekcyi farmaceutycznej aptek, handlów towarami farmac. i fabryk chemiczno-farmaceut

w ręce pomocników inspektorów farmaceutycznych. 3) Porządek kształcenia farmaceutów: wstąpienie do wyższych uczelni, fakultatywne odbycie praktyki, egzamin ostateczny — a między tem egzamina kursowe. Szkoła prywatna nie może dać tego, co daje uniwersytet. — P. Próchnicki zaznacza, iż farmaceuci wychodzą z uniwersytetu z dostatecznym zapasem wiedzy. Wina upadku zawodu aptekarskiego ciąży na opiekunach farmaceutów. — Dr Jastrzębski przypuszcza, iż zbyt wygórowane wymagania od farmaceutów co do wykształcenia na równi z niezbyt wysokiem wynagrodzeniem mogą stać się przyczyną niedostatecznej ilości farmaceutów. — P. Gasparowicz sądzi, iż uczeń w szkole nie zobaczy tylu wzorów i środków, jak praktykant w aptece. — P. Chrzanowski omawia niezbędną reorganizacyę statutu farmaceutycznego (tom XIII pr. ros.) i w końcu wyraża nadzieję, iż lekarze podadzą rękę farmaceutom w usiłowaniach zdobycia wiedzy. — Prelegentka w odpowiedzi broni swych wniosków, podnosząc korzyści, jakie przynosi jej szkoła w sprawie kształcenia farmaceutów.

IV. **Posiedzenie administracyjne**: 1) Wybory członków rzeczywistych w myśl § 14 odroczono do ogólnego posiedzenia »Związku«. 2) Prezes prosi, aby zorganizował się wydział farmaceutyczny. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż za parę dni ma nastąpić posiedzenie organizacyjne komitetu szpitalnego i że zarząd ma się składać z prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika. — Dr Zakrzewski doradza w obec pracy, jaka ciąży na sekretarzu, obrać do Zarządu Komitetu szpitalnego 3 sekretarzy. Wniosek ten uchwalono. 4) Prezes zawiadamia, iż nadeszło zaproszenie na IV. Zjazd czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze i wnosi, ażeby »Związek« in corpore zapisał się na członka Zjazdu. Uchwalono jednomyślnie. 5) Uchwalono wnieść na posiedzenie Rady sprawę wyboru na członków-korespondentów: Prof. Natansona, Prof. Kadera, Prof. Wicherkiewicza i Dra Dłuskiego. 6) Doc. Sowiński odczytuje list Prof. Ciechanowskiego, z podziękowaniem za wybór na członka-korespondenta »Związku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.* Prezes: *St. Zaleski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie 6. lutego 1908 r.

Obecnych członków 29. Przewodniczy Dr Rumszewicz. Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1. K. Rumszewicz. **Wodoocze** (*hydrophthalmus*), **jako wada rozwojowa oka.** (Rzecz ma być ogłoszona w »Postępie okulistycznym«).

Dyskusya: Cichocki pyta, jakie bywają przy wolem oku zmiany siły wzrokowej. — Łążyński pyta, czy u chorych prelegenta nie było zaznaczonych w jego wykładzie czynników przyczynowych, a mianowicie: pochodzenia z okolic górzystych lub błotnistych, albo też pokrewieństwa rodziców, dalej czy przy irydektomii, dokonywanej z powodu wolego oka, nie zdarzają się krwotoki, nareszcie, czy choroba wywołuje niekiedy bole, jakie bywają przy jaskrze. — Bylina pyta, czy nie są znane przypadki wolego oka z następną autopsyą mózgu, a jeśli tak, to czy nie stwierdzano jakich zmian w mózgu, dalej zapytuje, jakie zmiany anatomiczne zdarzają się przy wysadzeniu gałek ocznych, towarzyszącem chorobie Basedowa, a wreszcie wyraża życzenie, aby prelegent zechciał przy sposobności przedstawić przypadek wolego oka na posiedzeniu. — K. Stankiewicz zapytuje, czy w przypadku prelegenta można było stwierdzić jakie zmiany ze strony serca, czy nie istnieje jaki związek między wolem okiem, a krzywicą, niedokrwistością i podobnemi chorobami konstytucyonalnemi. — Topolnicki wspomina o chorej na chorobę Basedowa, leczącej się obecnie w klinice nerwowej. Cierpiała ona w młodości na wole oko z jednej strony. Zmiana ta potem ustąpiła. T. zapytuje, czy na powstawanie wolego oka nie wywiera wpływu przymiot. Co się tyczy wpływu czynników geograficznych, to T. widział kilka przypadków wolego oka, operowanych w Pohulance przez Noiszewskiego. Wszystkie one pochodziły z Mińszczyzny. — Prelegent: Zmiany siły wzrokowej przy wolem oku zależą od charakteru danego przypadku, oraz od okresu choroby. Prawie zawsze można zauważyć zwężenie pola widzenia. Z powikłań występuje stosunkowo często odklejenie siatkówki (w 10 prc. wszystkich przypadków). Co się tyczy leczenia, to Graefe i Panas uważali wole oko za »noli me tangere«, gdyż po rozcięciu gałki następowało wylanie się rozcieńczonego ciała szklistego. Z dobrym wynikiem po raz pierwszy operował Dufour w 5 przypadkach, wychodząc z założenia, że wodoocze jest mniej więcej tem samem, co jaskra. Potem zaczęto stosować operacyjne zabiegi częściej. Schweiger dodał zastrzeżenie, żeby cięcie wykonywać w samej rogówce w głębokiem zamroczeniu i w możliwie wczesnym okresie. Najlepsze wyniki uzyskano w Tybindze, złe w klinice Lipskiej, gdzie operowano bez wyboru, a więc także przypadki późne. Zamiast irydektomii zaczęto następnie wykonywać sklerotomię, ale wtedy zdarzały się również nawroty, tak że trzeba było powtarzać operacyę 8—10 razy. Niekiedy uciekano się do zwykłego nakłucia, które polecano wykonywać systematycznie dokoła brzegu rogówki (Snellen). Ale już nawet przy zwykłem nakłuciu zdarzało się niekiedy wypadnięcie tęczówki wskutek rozluźnienia tkanek. Zauważono dalej, że wyniki wtedy były pomyślne, kiedy otrzymywano rozstrzeniową bliznę (ectatische Narbe). Wskutek tego starano się podnieść błąd techniczny do wysokości metody, czego jednak naśladować nie należy. Poza operacyjnem leczeniem korzystnie działają środki zwężające źrenicę. Opisano n. p. przypadek, w którym stosowano przez lat 14 ezerynę z dobrym skutkiem. Po zaniechaniu wkraplania tego środka w ciągu lat dwóch wystąpiła ostra jaskra, z powodu której trzeba było wykonać irydektomię. W sprawie wpływu pochodzenia z pewnych okolic, to u swoich chorych R. takich czynników przyczynowych wykryć nie mógł. Krwotoki bywają przy operacyi, a mianowicie śródgałkowe, wszelako nie częściej, niż przy irydektomiach, wykonywanych z innych wskazań (jaskra). Na bole przy wolem oku chorzy zwykle się nie skarżą. O przypadkach autopsyi przy wolem oku, jakoteż o wynikach autopsyi u chorych na chorobę Basedowa prelegentowi nic nie wiadomo. Wiadomo tylko, że przy chorobie Basedowa stwierdzono skurcz powiekowych mięśni gładkich. U chorych prelegenta badanie nie stwierdziło zmian w sercu, co się zaś tyczy jednoczesnego występowania wolego oka z krzywicą, niedokrwistością i t. p., to zdarzają się niekiedy podobne połączenia, jednakże bez wyraźnego związku przyczynowego. R. przypomina, że przy wolem oku niema wysadzenia gałki ocznej, lecz jej wydłużenie. Chora k. Topolnickiego, kto wie, czy odrazu nie cierpiała na chorobę Basedowa. Prelegent chętnie przedstawi przypadek wolego oka, zdarzają się one jednak na ogół rzadko.

2. T. Cichocki. **Przyczynek do kazuistyki białaczki** (z kliniki prof. Janowskiego). Przyczyna białaczki, pomimo całego szeregu prac, nie jest znana. Badania nad patogenezą białaczki ustaliły prawie pewnik, że pierwotną przyczyną białaczki są zmiany szpiku kostnego (Neuman i jego szkoła): mamy w białaczce albo tylko bujanie szpiku kostnego, albo obok zmian w innych narządach — także bujanie szpiku kostnego; tego poglądu bronią Neumann, Askenazy, Walz, Pappenheim. — Ehrlich, Kurłow, Pinkus, Lazarus zgadzają się na białaczkę szpikową, ale odróżniają i białaczkę gruczołową, jako typ samoistny ze zmianami w gruczołach, którym mogą towarzyszyć i zmiany w szpiku kostnym. Opisy przypadków metaplazyi, przechodzenia tkanki szpikowatej w gruczołowatą, przemawiają na korzyść unitarnej teoryi białaczki, jednak jej nie ustalają; musimy uznać jeszcze i szpikowate i gruczołowate bujanie tkanki. Sztuczne podziały stanów białaczkowych i białaczce podobnych, podawane w ostatnich latach przez Türcka, Hirschfelda i Sternberga, mogą być uwzględnione jako próby ujęcia w pewien stopniowany całokształt tych stanów, jednak do jasnego zrozumienia tych stanów służyć nie mogą. W roku 1903 zaczyna się nowa era w leczeniu białaczki przez zastosowanie promieni Roentgena. Mnogie spostrzeżenia i badania wyjaśniają znaczenie i sposób działania promieni X. Promienie te wywierają działanie bezpośrednie, destrukcyjne i pośrednie, przez tworzenie się we krwi leukotoksyn, działających również destrukcyjnie. Tkanka gruczołowa ulega zanikowi, w śledzionie następuje zanik komórek samego miąższu, zwłaszcza ciałek Malphigiego; w czerwonych krwinkach nie zmienia się ilość Hb; białe ciałka rozpadają się, tworząc leukotoksyny. Stosowanie promieni X znacznie polepsza stan chorych, jednak białaczki nie leczy. Pod wpływem tych promieni zmniejsza się śledziona, gruczoły, ustępuje bolesność kości, poprawia się stan ogólny; myelocyty znikają najprędzej. Uskow i Kałaczew zebrali statystykę 158 przypadków białaczki, leczonych promieniami X: 116 szpikowej i 42 gruczołowej. Z pierwszych 5 zmarło, u reszty poprawa; z drugich zmarło 14 wkrótce po jednokrotnem lub dwukrotnem leczeniu, u 4 pogorszenie, u 3 stan się nie zmienił, u reszty poprawa. Leczenie promieniami Roentgena wymaga wielkiej ostrożności.

Przypadek prelegenta był następujący: Chory 38-letni, ogrodnik, przedtem nigdy nie chorował; rodzice pomarli w wieku

podeszłym. Chory dobrze zbudowany, waży 156·5 funtów, bardzo blady; gruczoły chłonne nie powiększone; dziąsła nie krwawią; kości przy ucisku niebolesne, z wyjątkiem mostka, który jest trochę bolesny. Serce nie powiększone: nad wszystkiemi zastawkami szmer skurczowy, najlepiej słyszalny nad dużemi naczyniami; tętno 84, równe. Prawie cały brzuch z wyjątkiem pasa szerokości dłoni od strony prawej, wypełniony przez niebolesną, gładką, mało ruchomą śledzionę, której brzeg dolny opiera się na kościach łonowych. Wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego. Mocz silnie kwaśny; c. wł. 1014; osad składa się z kryształów kwasu moczowego; ilość kwasu moczowego, określona sposobem Hopkinsa, waha się od 4·0—1·38; białka, cukru niema. Kał żółty, papkowaty, oddziaływa kwaśno, czasem zawiera krew (próba van Deena). — Krew z palca po ukłuciu wycieka szybko, trudno krzepnie, blada; zawiera neutrofilne, eozynofilne, bazofilne myelocyty, duże jednojądrzaste limfocyty, komórki tuczne, wielojądrzaste duże leukocyty neutrofilne, formy przejściowe, figury mitotyczne leukocytów, normoblasty w niewielkiej ilości. Zwraca uwagę ogromna ilość komórek z wypustkami do 6 na komórce; wypustki te mają kształt okrągły, są różnej wielkości, barwią się dobrze; niektóre sprawiają wrażenie, jakby miały się oderwać od komórki. Ilość Hb 40%, potem 30%, 35%, 20%, 20% (hemoglobinometr Sahli); ilość białych i czerwonych ciałek, ich stosunek: 32.000 białych, 3,200.000 czerwonych, 1: 100; potem 480.000 b., 2,400.000 cz.; 1: 50; 60.000 b. — 1,800.000 cz. 1: 30; 100.800 b. — 1,522.500 cz. — 1: 15·1; 41.000 b. — 1,560.000 cz.; 1:38. Stosunki odsetkowe: neutrofilne wielojądrzaste 42%—28%, eozynofilne 6%— 8%, limfocyty 20%—23%, tuczne 6%—8%, myelocyty 24%—30%, przejściowe 2%— 3%. Dwukrotne szczepienie krwi na agarze i bulionie bez wyniku. Chory w ciągu pobytu w klinice miał ciągle stan podgorączkowy, przechodził zapalenie oskrzeli i płuc (dwoinki Frenkla w plwocinie), ograniczone zapalenie osierdzia i zapalenie okołośledzionowe; leczony był wstrzykiwaniami arszeniku (*natr. arsenicici*), chininy (*sulfurico-muriatici*) i w końcu atoksylu; opuścił klinikę na własne żądanie bez polepszenia.

Dyskusya: Trzebiński prosi o dokładne dane w sprawie dawkowania atoksylu, wstrzykiwanego przedstawionemu choremu. — K. Stankiewicz pyta o sposób odżywiania chorego, oraz, czy mocz badano co do moczanów, dalej, czy zdaniem prelegenta podniesienie ciepłoty zależało od białaczki, czy też od innych przypadkowych chorób, nareszcie, czy nie występowały u chorego krwawiączki. — Łążyński żałuje, że w przypadku tym nie przeprowadzono leczenia promieniami Roentgena. — Topolnicki pyta, czy prelegent nie mógłby go poinformować co do leczenia białaczki emanacyami radu. — Bylina przypuszcza, że w sprawie tłomaczenia powstawania białaczki zwycięży zapewne unitarna teorya szpikowa. Leczenie białaczki promieniami X. w klinice prof. Obrazcowa w 7 przypadkach dawało na ogół zadowalniające wyniki, szczególnie w postaciach przewlekłych. Spostrzegano zwłaszcza szybkie zwiększanie się liczby krwinek czerwonych, oraz odsetki hemoglobiny. Posiedzenia z początku 5—6-minutowe, potem powoli dochodzą do minut 20. Leczenie trwa 2—3 tygodnie. Rentgenizuje się chorych w ubraniu, zresztą przyrządów ochronnych się nie używa, nie używa się również przyrządów do oznaczania twardości cewek. Powikłań skórnych nie zauważono ani razu. — Nowaczek wspomina o przypadku białaczki limfatycznej, leczonej w zakładzie Garlińskiego. Rentgenizacyę stosowano 2—3 razy tygodniowo po 20 minut w ciągu 4 tygodni bez żadnego wyniku. Wskutek rozpadu białych ciałek zwiększa się przy białaczce ilość kwasu moczowego; podobny objaw poprzedza zwykle okres przełomowy w zapaleniu włóknikowem płuc. — Sochacki: W klinice prof. Wagnera stosowanie środków wewnętrznych (między innymi szpiku kostnego, nalewki jodowej i t. d.) nie dawało dodatnich wyników. Wyniki dodatnie rentgenizacyi miał S. sposobność widzieć w praktyce prywatnej. Skutek ten tłomaczy się niszczącem działaniem promieni katodalnych na wszelkie młode bujające komórki. Rad, jeśli działa, to również tylko przez katodalne promienie, nie zaś drogą materyalnej emanacyi. — Prelegent: Atoksyl stosowano w codziennych dawkach od 0,01—0,1 na dawkę. Ilość kwasu moczowego wahała się u chorego między 1,37, a 4,0 na dobę. O pomyślnych wynikach leczenia białaczki radem znajdował C. wzmianki w piśmiennictwie. Od czego zależało podniesienie ciepłoty w danym przypadku, trudno napewno orzec, gdyż chory przebywał podczas pobytu w klinice różne przypadkowe choroby. Szczególnej dyety nie stosowano, chory jadł wszystko.

3. M. Kozłowski pokazuje kilka **soczewek** z operowanej **t. zw. czarnej zaćmy,** zaznaczając niezwykłą rzadkość tej postaci chorobowej. Również pokazuje soczewki z przypadków zwykłej zaćmy, wyjęte przy operacyi zapomocą szczypczyków wraz z torebkami, dodając, że chociaż niektórzy uważają zabieg ten za technicznie bardzo trudny, osobiście nie podziela tego zdania. — W dyskusyi zaznacza Rumszewicz, iż barwa czarnej zaćmy nie zależy od obecności jakiegokolwiek ciała barwiącego, lecz jedynie od wysokiego stopnia stężenia tkanki. — Łążyński operował w jednym przypadku zaćmę wraz z torebką zapomocą szczypczyków; otrzymał wynik pod względem kosmetycznym znakomity, pod względem sprawności wzroku wynik był również dobry, pomimo, że trochę ciała szklistego wyciekło.

4) B. Kozłowski pokazuje seryę **kamieni wyjętych z pęcherza moczowego** przez cięcie nadłonowe. *Dr Łążyński.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

6. Higiena szkół.

Poczerpnięte ze sprawozdań krajowej Rady szkolnej dane pozwalają tym razem wytworzyć sobie pewien dokładniejszy obraz stanu tej sprawy. I tak dowiadujemy się, że na 4.418 szkół ludowych, działających w r. 1904/5 w kraju, miało budynki bardzo dobre 32·4%, dobre 29·4%, odpowiednie 21·1%, nieodpowiednie 17%. Coprawda, »klasyfikacya ta wypadłaby gorzej, gdyby zapytano o zdanie lekarzy urzędowych«, a jeszcze gorzej, gdybyśmy mieli wiadomości dokładne o stopniu przepełnienia »dobrych« skądinąd budynków, w których niekiedy, jak wiadomo z dawniejszych sprawozdań Rady zdrowia, przypada nawet tylko 1,5—1,01 m³ przestrzeni na jedno dziecko. — W r. 1904 zbudowano w całym kraju nowych szkół ludowych 73, a 19 rozszerzono. Niestety jest 8 takich powiatów, gdzie przez 3 lata (1902/4) nie zbudowano ani nie rozszerzono ani jednej szkoły, chociaż jest w nich po 9—18 budynków nieodpowiednich, i 12 takich powiatów, w których w tym czasie zbudowano tylko po jednej nowej szkole. Lwów nie zdobył się w r. 1904 na żaden nowy budynek, Kraków ukończył dwa. Na rok 1905 udzielił Sejm, podobnie jak w r. 1903, 400.000 K. zasiłku na budowę szkół.

Z zestawienia stanu szkół w poszczególnych powiatach na podstawie sprawozdań lekarzy urzędowych wynika, że stosunki są, wogóle biorąc, bardzo opłakane, a poprawa ich zbyt powolna i że cały szereg powiatów z roku na rok okazuje tę samą opieszałość. W takim n. p. powiecie wadowickim nie zbudowano od r. 1898 ani jednej nowej szkoły; a są tam szkoły (Gierałtowice), gdzie Rada zdrowia oblicza pół metra (!) przestrzeni na jedno dziecko. W krośnieńskiem, gdzie Dr Ślączka, lekarz powiatowy, dokładnie zbadał i wymierzył wszystkie szkoły (przykład godzien naśladowania), przypada w pewnej szkole na dziecko 0·88 m³, w innej 0·69 m³! Trochę postępu było w powiatach bocheńskim, brzeskim (w jednym roku 1904 zbudowano i rozszerzono 8 szkół kosztem prawie 50.000 K.), brzeżańskim, gorlickim, kałuskim, kolbuszowskim, kołomyjskim, myślenickim, nadworniańskim, przemyskim, skałackim, tarnowskim, tłumackim. Natomiast w reszcie powiatów są albo tylko bardzo nieznaczne zmiany na lepsze, albo fatalny stan szkół nie zmienił się, albo się nawet wprost pogorszył. Tak n. p. w cieszanowskiem z powodu braku budynków umieszczono 12 szkół filialnych w budynkach zupełnie nieodpowiednich, w jednej gminie w przerobionej trupiarni, w mieście Dąbrowie w wilgotnym domu ubogich; w horodeńskiem na 44 szkół tylko 15 odpowiada wymaganiom zdrowotnym; w mościskiem jedną nowozorganizowaną szkołę wpakowano do starego, nie zamieszkałego, napół zniszczonego dworu; w m. Pilznie i Brzostku dzieci chorują na oczy z powodu złego oświetlenia izb szkolnych; w rohatyńskiem w 12 gminach z ludnością 13,307 są szkoły »prawie walące się, nie odpowiadające najmniejszym wymogom sanitarnym«, w 7 gminach w zwykłych chłopskich chatach, nizkich, ciemnych i dusznych i t. p.

Ogólnie charakteryzuje Rada zdrowia stan tej sprawy w r. 1904 w słowach następujących: »Szkoły w przeważnej liczbie znajdują się w stanie bardzo złym; wzrost ilości nowych szkół nie stoi w żadnym stosunku do rzeczywistej potrzeby. Dlatego potrzeba koniecznie jakiejś akcyi szerszej w tym kierunku, jeżeli niema wkrótce w szkolnictwie naszem nastąpić zupełny zastój. Co do wewnętrznego urządzenia należy podnieść, że mało która szkoła, nawet nowa, ma ławki systemu poprawnego...« (W powiecie żółkiewskim »w żadnej szkole niema ławek z odstępem poziomym ujemnym, tylko w 2 jest ten odstęp = 0, a w 60 dodatni + 5 aż do + 50« (!!!). »Mało która szkoła ma osobną szatnię, w nielicznych szkołach są wieszadła, najczęściej niema ich wcale i odzież wierzchnią (nieraz przemokniętą, a bardzo często nieczystą) składają dzieci albo na ławce, albo najczęściej na ziemi. Ale często i na to niema miejsca. Wychodków niema wcale przy wielu szkołach, a jeżeli są, to źle urządzone... dołów kloacznych najczęściej brak... Całe otoczenie szkoły rzadko kiedy odpowiednie, brak ogrodzenia, brak świeżego powietrza« (str. 120).

Słusznie wytyka Rada zdrowia brak w sprawozdaniu Rady szkolnej krajowej danych o stanie higienicznym budynków szkół prywatnych, choć Rada zdrowia już od lat 4 domaga się, by na to zwracano uwagę. Skoro koncesyę na zakład przemysłowy udziela się tylko wtedy, gdy odpowiada on warunkom higieny robotników, toć tembardziej zasady tej przestrzegać należy wobec zakładów wychowawczych; wszak chodzi tu o zdrowie kilkudziesięciu tysięcy dzieci (w r. 1904 było w 228 szkołach prywatnych 29.990 uczniów), Wprawdzie wogóle lokale szkół prywatnych, zwłaszcza klasztornych i fundacyi bar. Hirscha, są lepsze od lokali szkół publicznych, ale w wielu internatach sale są za szczupłe, brak osobnych sypialni i odpowiednich ławek, szatni, ogródka i t. d.

O chajderach czytamy w sprawozdaniu za r. 1904 tesame smutne spostrzeżenia, co w latach poprzednich.

Równie przykre wrażenie pozostawia ustęp o budynkach szkół średnich... rządowych. Przepełnienie ich rośnie tak gwałtownie, że przyrost liczby ogólnej uczniów z r. 1903 na 1904 wyniósł 6·7%, (w ostatniem jedenastoleciu sto trzydzieści procent), średnia liczba uczniów w jednem gimnazyum podskoczyła z r. 1903 na 1904 o 118 (z 547 na 665). Mimo to »rozpoczęła się w r. 1904 budowa jednego tylko gmachu gimnazyalnego i to kosztem gminy miejskiej«. *Difficile est satiram non scribere.*

Fizyczny rozwój młodzieży szkolnej mimo obudzonego w tym względzie w społeczeństwie ruchu, nie cieszył się widać w r. 1904 zbytnimi względami władz szkolnych, skoro w roku tym nauki gimnastyki udzielano tylko w 258 szkołach ludowych, o 81 mniej niż w roku poprzednim! Wprawdzie Rada szkolna krajowa wydała w tymże r. 1904 odezwę (19. IV. L. 14112) o wychowaniu fizycznem, o »parkach Jordana« i t. d., ale przez to zyskaliśmy w istocie co do stanu tej sprawy w szkołach ludowych tylko jeden więcej... bardzo piękny okólnik To, co na tem polu w rzeczywistości zdziałano, zamyka się prawie wyłącznie w granicach rogatek Lwowa. Miasto to nie szczędziło i w r. 1904 wydatków na sale gimnastyczne w szkołach ludowych męskich, na zabawy i gry popołudniowe i wycieczki zamiejskie. — Natomiast w szkołach średnich był w r. 1904 znaczniejszy postęp, dzięki rozumnemu poglądowi i poświęceniu dyrektorów i nauczycieli, nie szczędzących czasu i trudu na organizowanie zabaw ruchowych i t. p.

O stanie zdrowia młodzieży szkolnej i pieczy w tym kierunku podać może Rada zdrowia i za r. 1904 prócz danych z m. Lwowa tylko tyle, ile znajduje się w sprawozdaniach niektórych gorliwszych lekarzy powiatowych. We Lwowie wprowadzono z wiosną 1905 kąpiele szkolne, a w celu utrzymania czystości wprowadzono strzyżenie głów dziatwy; okulista miejski, Dr Kicki, zbadał 13.292 dzieci i bardzo dokładne i cenne wyniki swych badań ogłosił w sprawozdaniu okręgowej Rady szkolnej lwowskiej za r. 1905/6 (pod względem krótkowzroczności przewyższa dziatwa lwowska nawet dzieci niemieckie). W Krakowie stwierdzono jaglicę u 2% dzieci szkolnych. Dokładniejsze badania wzroku przytoczono jeszcze z Tarnowa (Dr Walczyński). Zresztą zaś podaje Rada zdrowia tylko skąpe i ogólnikowe dane z niewielu powiatów, głównie o jaglicy i zołzach.

7. Zakłady lecznicze i dobroczynności.

A. Zakłady lecznicze

publiczne i w tym roku nie wymagają omówienia, bo w r. z. podałem o nich wiadomości, sięgające już poza r. 1905. Szpitali prywatnych przybyło w r. 1904 dwa, łóżek w nich było więcej o 25. Jeden ze szpitali prywatnych, mianowicie Braci Miłosierdzia w Krakowie, zyskał nowy okazały budynek (ukończony w r. 1904, lecz dla braku urządzenia wewnętrznego dopiero później oddany do użytku). Rozszerzono też i odnowiono w r. 1904 w Krakowie szpital izraelicki.

W rozdziale tym znajduję w sprawozdaniu potwierdzenie wielu zapatrywań, wyrażonych przezemnie w r. z. w artykułach o szpitalnictwie galicyjskiem, zwłaszcza co do zakładów dla obłąkanych i położnic. Wobec doniosłości tej sprawy godzi się, sądzę, tem więcej to podnieść, że chodzi o zdanie najkompetentniejszego w tych rzeczach grona.

O klinikach, mających własne pomieszczenie i zarząd, i w tem sprawozdaniu nie podaje Rada zdrowia niestety żadnych danych.

W 10 zdrojowiskach i w uzdrowisku Zakopanem bawiło w r. 1904 osób 35.444, o 9·5% więcej, niż w r. 1903. Od lat 10 wzrosła w nich frekwencya prawie o 100%. Stosunek frekwencyi w poszczególnych zdrojowiskach był mniej więcej takisam, jak w latach poprzednich. Dokonane w r. 1904 ulepszenia w zdrojowiskach pomijam, jako powszechnie znane z rozsyłanych prospektów.

Podobnież znane są choćby z krótkich sprawozdań w »Przeglądzie lek.«, wyniki działalności 3 zakładów leczniczych dla suchotników w Zakopanem.

Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków wypłacił tytułem odszkodowań i renty w r. 1903 721.814 K., a w r. 1904 — 861,783 K. Koszta administracyjne wynoszą aż 19·66% wpłaconych opłat; honorarya lekarskie wynosiły w latach 1902—1904 kolejno 20.304 K., 21.933 K. i 34.551 K.

O kasach chorych zawiera sprawozdanie tym razem szczegóły dokładniejsze. Do 68 istniejących dawniej kas powiatowych przybyły 4 nowe. Wszystkie kasy liczyły razem 91.584 członków. Zgłoszono w kasach 39.106 przypadków a 495.223 dni choroby. Dochody kas wynosiły 1,541.948 (16·83 K. na jednego członka), rozchody 1,086.135 (27·77 K. na jeden przypadek choroby, 2·19 K. na jeden dzień choroby); koszta administracyjne pochłonęły 16·86% dochodów. Niedobór miały 3 kasy; inne kasy miały razem 736.705 K. funduszów rezerwowych. Zarząd związku kas chorych zwrócił się w r. 1904 do Namiestnictwa o tworzenie filii szpitalnych (dla ozdrowieńców i t. p.) i o popieranie budowy domów robotniczych. Jednakże zdaniem Namiestnictwa pierwsza sprawa może być załatwiona tylko w drodze ustawodawczej, gdyż łączy się z reformą ustawy gminnej i z utworzeniem zakładów zabezpieczenia robotników na wypadek niezdolności do pracy i na starość; te też zakłady byłyby powołane do zajęcia się sprawą domów robotniczych.

Z ambulatoryów bezpłatnych podaje sprawozdanie kilka danych tylko o lwowskiej »Poliklinice«, która przeniósłszy się w r. 1904 do własnego domu leczyła 7.642 chorych i o ruskiej »Narodnoj licznyci« we Lwowie, gdzie leczono 4.249 chorych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich ogłosiło sprawozdanie Zarządu z pierwszego roku działalności (od 10. X. 1906 do 1. I. 1908). Wzmiankę o niem, podaną w Nrze 16 »Przeglądu lekarskiego« uzupełnić należy następującymi szczegółami: Z chwilą zawiązania się Stowarzyszenia przystąpiło do niego 331 członków, w ciągu roku sprawodawczego przybyło 77, ubyło 35, przy końcu r. 1907 było 373 członków. Bilans Stowarzyszenia zamyka się kwotą rb. 7296,82; dochody przewyższyły wydatki o 930,92 rb., jednakże Stowarzyszenie zaciągnęło 1725 rb. pożyczki wewnętrznej od członków na umeblowanie lokalu. Stowarzyszenie otrzymało w darze od członków 700 rb. dla mającej powstać Kasy emerytalnej lub zapomogowej dla lekarzy, bibliotekę liczącą 200 tomów po ś. p. Drze Rymowiczu, encyklopedyę Laroussea (od Dra Dunina) i Wielką polską (od Dra Krajewskiego). Prezesem Zarządu był Dr Dunin, wiceprezesem Dr Nusbaum, sekretarzem Dr Bronowski, skarbnikiem Dr A. Przyborowski, gospodarzem lokalu Dr W. Szumlański. Zarząd składał się z 12 członków i 6 zastępców; komisya wyborcza z 24 członków i 6 zastępców; sąd koleżeński z 15 członków i 10 zastępców; komisya rewizyjna z 5 członków.

Najważniejszą troską Zarządu było opracowanie projektów organizacyi pomocy lekarskiej w naszym kraju. W tym celu Zarząd odbył 23 posiedzenia, zwoływał ogólne konferencye członków dla poszczególnych spraw, następnie osobne komisye na zasadzie konferencyi przedstawiały odpowiedni projekt, który po aprobacie Zarządu przedstawiano ogólnemu zebraniu. W taki sposób traktowane były następujące sprawy: *a)* Sprawa kas chorych i emerytalnych dla lekarzy. Skutkiem rozbieżności zdań na kilku konferencyach i dwóch zebraniach ogólnych, rozesłano członkom kwestyonaryusz z zapytaniem: Czy w razie powstania kasy członek zechce do niej należeć i jaki sposób opodatkowania członek uważa za najsłuszniejszy (znaczki na recepty, podatek dochodowy, składka jednakowa dla wszystkich). Sprawa ta będzie rozstrzygnięta w r. b. *b)* Komisya handlowa dla zorganizowania pośrednictwa w handlu artykułami i narzędziami lekarskiemi. Komisya ta postanowiła wejść w porozumienie z firmami już istniejącemi w Warszawie, którym ofiaruje się tytuł dostawcy S. L. P. w zamian za: 1) ustępstwo prc. dla członków, 2) trzymanie na składzie żądanych przez komisyę przedmiotów, 3) poddanie się nadzorowi co do gatunku sprzedawanych materyałów. *c)* Wydział spraw bytu lekarzy, (bytu lekarzy szpitalnych, fabrycznych, stosunku lekarzy do publiczności, wzajemnego stosunku między lekarzami, spraw ambulatoryów i lecznic) zajął się na początek opracowaniem minimalnej taksy lekarskiej. *d)* Biuro pośrednictwa pracy. Do biura wpłynęło ofert na posady 48, od lekarzy, poszukujących miejsc, 14. *e)* W sprawie felczerskiej przedłożył Zarząd inspektorowi lekarskiemu w Petersburgu, warszawsk. generał-gubernatorowi i miejskiej Radzie Dobr. publ. w Warszawie memoryał, zalecający zamknięcie szkoły felczerskiej w Warszawie, a utworzenie natomiast szkoły dozorców chorych. *f)* Sprawa pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej nie wyszła w Stowarzyszeniu poza teoretyczne dyskusye. *g)* Koło lekarzy szkolnych, luźno związane z właściwemi celami Stowarzyszenia, zajmowało się również jedynie teoretycznem rozpatrywaniem spraw lekarzy szkolnych i higieny szkolnej.

Życie towarzyskie zaznaczyło się ożywionemi zebraniami (»koleżeńska szklanka piwa«). Stowarzyszenie mieściło się przy ul. Wierzbowej Nr 9 w lokalu, składającym się z czytelni, sali posiedzeń Zarządu i Komisyi, jadalni i 3 jeszcze pokoi. Stowarzyszenie przenosi się w lipcu r. b. do lokalu, umyślnie przerobionego przy ul. Marszałkowskiej, róg ul. Widok. (Sprawozdanie to przyjęto na Zgromadzeniu dorocznem 11. IV. 1908, na którem dokonano również wyborów). *W. K.*

W Kole Lekarzy Szkolnych przy Stowarzyszeniu Lek. Pol. wygłosił kol. L. Wernic d. 16. IV. odczyt 1908 »O pierwszem letnisku szkolnem przy szkole im. Reja. Pragnąc przyjść z pomocą dzieciom średnio zamożnych rodziców, Towarzystwo Opieki Rodzicielskiej przy gimnazyum Reja utworzyło pierwsze tanie wiejskie letnisko, w którem dzieci za 40—60 rubli mogły spędzić 2 miesiące letnie pod dozorem wychowawcy i opiekunki. Chłopców (10—14-letnich) było w pierwszym miesiącu 14, w drugim 11; przybytek wagi wynosił średnio 6,3 funta (od 0 do 17 f.), wzrosła nadto pojemność klatki piersiowej i siła. Uderzająca jest poprawa wzroku chłopców, uwolnionych od obowiązkowego ślęczenia nad książką. Dzieci kąpały się codziennie, wszystkie nauczyły się pływać, urządzały wycieczki dalsze, rozpoczęły naukę strzelania do celu, jeździły konno i uprawiały gry i sporty. Letnisko nadzorowali wizytatorowie i sam kol. Wernic. Zdaje się, że przez to letnisko ważna sprawa racyonalnego spędzenia wczasów letnich przez młodzież szkolną weszła w okres stopniowego urzeczywistnienia. *W. K.*

Warszawska Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy liczyła w r. z. (ósmym istnienia) 146 członków, którzy złożyli 9,355 rb. oszczędności (od początku istnienia kasy 41,172 rb.) i 7,723 rb. wkładów dobrowolnych, miała 4,639 rb. majątku, 1,680 rb. zysku, wypłaciła 3% dywidendę. *R.*

Fundusz pensyjny dla lekarzy w »Wiener medizin. Doktorenkollegium« wynosił z końcem r. 1907 — 1,726,713 K; w tymże czasie pobierało pensyę roczną po 1,200 K 51 lekarzy. Do Towarzystwa należeć może każdy lekarz austryacki. Wyjaśnień udziela kancelarya Towarzystwa, Wiedeń I, Rothenthurmstrasse 19. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19. do 25. IV. 1908 doniesiono o 47 przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: m. Lwów 3, pow. Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 2, Artyszczów 1, Rodatycze 4, Zielów 1), Horodenka (Daleszowa 3), Jaworów (Drohomyśl 2), Lisko (Jaworzec 2), Rawa (Ulicko seredkiewicz 2, Potylicz 1, Biała 5), Skałat (Panasówka 3, Okno 2), Stanisławów (Komarów 2), Stryj (Tuchla 4, Hołowiecko 4), Zborów (Pleśniany 5), Tarnopol 1 i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Brzesko (Lewniowa 2), Ropczyce (Góra ropczycka 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19. do 25. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 6; zmarło osób 61 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 22 (13), zapalenia płuc 4, błonicy 1, płonicy 1, odry 4 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. do 25. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (tem obcych 2 † —), krztuśca 6, płonicy 1 † 1, odry 6 † 4 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. do 18. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcych —), krztuśca —, płonicy 16 † 5 (1 † 1), odry 7, duru osutkowego 2 (1), duru brzusznego 3 † 1 (3 † 1.) *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 29. IV. b. r. posiedzenie, na którem na wezwanie Prezesa złożono hołd pamięci Namiestnika, Andrzeja hr. Potockiego, poczem Prezes zdał sprawę ze swej bytności w Poznaniu i wypełniając życzenie Kolegów wielkopolskich złożył od nich Towarzystwu zapewnienia sympatyi i życzenia powodzenia. Następnie Doc. Gliński przedstawił okazy ciała obcego w tchawicy, wąglika żołądkowo-jelitowego, wrzodu żołądka przebijającego do okrężnicy i mięśniaka zaotrzewnego, Dr Korolewicz mówił o wstrzykiwaniu tuberkuliny w celach leczniczych i o dyspensatoryum przy klinice lekarskiej, a Dr Schlank o opatrywaniu pępowiny u noworodków. W dyskusyi przemawiali: Dr Czerny, Gertler i Wojciechowski.

— W Gorlicach kosztem wszystkich gmin powiatu ma powstać dom dla nieuleczalnie chorych.

Lwów. Kurs samarytański, prowadzony przez Dra Hojnackiego, urządza »szkoła gospodarstwa domowego«.

— Dr Franciszka Fuchs, sekund. szpitala Lazarusa, objąwszy dział sprawozdawczy z piśmiennictwa polskiego dla »Wiener klin. Wochenschrift«, uprasza autorów o nadsyłanie odbitek.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk odbył w d. 25. IV. b. r. Walne Zebranie. W roku bieżącym przypada półwiekowa rocznica utworzenia się w Poznańskiem Towarzystwie Przyjaciół nauk Wydziału przyrodniczego, który stał się zawiązkiem dzisiejszego Wydziału lekarskiego. Stąd tegoroczne Walne Zebranie było poniekąd obchodem jubileuszowym, który zgromadził też niezwykle liczne, do setki dochodzące grono członków Wydziału ze wszystkich stron Wielkopolski. Pospieszyło też do Poznania na ten dzień kilku członków Wydziału lek. krak. i Prezes Tow. lek. krak. oraz przedstawiciele kół lekarskich z Warszawy, a zarówno stamtąd, jak i ze Lwowa i z innych siedzib gron lekarskich polskich nadeszły telegramy z wyrazami serdecznej łączności z Towarzystwem wielkopolskiem, święcącem uroczystą rocznicę. Na Walnem Zebraniu prócz szeregu demonstracyi naukowych przedstawił prezes Wydziału, radca Dr Chłapowski, treściwie jego dzieje, a prof. Kostanecki, radca Panieński i Dr Gantkowski wygłosili wykłady. Posiedzenie to i następne Zebrania koleżeńskie, owiane niezwykłem ciepłem i pełne podniosłego nastroju, odzwierciedliły niepożytą energię i wytrwałość lekarzy wielkopolskich, wśród najcięższych warunków i zewsząd gromadzących się chmur nietylko nie tracących ducha, ale z coraz większym zapałem i coraz skuteczniej pielęgnujących naukę polską, a z niezachwianą wiarą spoglądających w przyszłość. Dni te pozostawią wśród uczestników niezatarte wspomnienie i głębokie przekonanie o żywotności polskiej myśli naukowej w tej ziem naszych dzielnicy i o niezniszczalności tej kultury, z której myśl ta czerpie swe soki.

Warszawa. Do prezydyum Towarzystwa higienicznego wybrani zostali 22. IV. b. r. Dr Polak, Bądzkiewicz, Szwajcer i Białobrzeski. We wrześniu ma się odbyć Zjazd członków Towarzystwa w Lublinie podczas projektowanej tam wystawy. Przedmiotem obrad Zjazdu ma być higiena wsi i miast prowincyonalnych.

— Staraniem Wydziału zdrojowisk Towarzystwa higienicznego odbywa się w Warszawie szereg wykładów z dziedziny balneoterapii, wygłaszanych przez Drów: Puławskiego, Sokołowskiego, Janowskiego, Ciąglińskiego, Dunina, Elsenberga, Flatau, J. Jaworskiego i Pruszyńskiego.

— Niedawno zawiązane »Towarzystwo zwalczania chorób płciowych« urządza szereg wykładów popularnych.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago uchwaliło na ostatniem swem posiedzeniu na wniosek Dra Zaleskiego popierać budowę Domu polskiego w Chicago. Dalej postanowiono na wniosek Dra Żurakowskiego przyczynić się do urządzenia wiecu protestacyjnego przeciw gwałtom pruskim. Przypadającą na Towarzystwo sumę na pokrycie kosztów wiecu uchwalono wnieść w podwójnej wysokości na wniosek Dra Boguszewskiego. Jednogłośnie przyjęto postanowienie bojkotu leków, wyrabianych w Prusach.

— II. Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w Brukseli 21. do 26. VIII. b. r. Na porządku dziennym obrad postawiono: 1) Rak. 2) Chirurgia wątroby. 3) Znieczulenie. 4) Chirurgia trzustki. 5) Przepukliny.

Mianowani: laryngolog Doc. Schönemann profesorem w Bernie;

Dr Zygmunt Monsiorski nadetatowym ordynatorem szpitala wolskiego w Warszawie.

Zmarli: Dr Leon Spielrein, ordynator szpitala izrael. w 34 r. ż. w Warszawie; Dr Stanisław Wolfram, ordynator szpitala w Mieni,

Doc. chemii fizyol. Dr Herter w Berlinie, histolog Prof. Leydig w Rotenburgu.

Redakcya otrzymała: XL. Sprawozdanie Czytelni akademickiej we Lwowie, 1907. — Oesterr. Statistik. T. LXXX. Z. 3. Statistik des Sanitätswesens f. d. Jahr 1904. Wien, 1903.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w kwietniu 1908: *Gazeta lekarska Nr 13—16:* Bernhardt: Przyczynek do rentgenoterapii grzybicy guzowatej oraz kilka słów o zmianach histopatologicznych w tkance naświetlanej. Malinowski: Kilka słów o t. zw. surowicy przeciwpłoniczej Marpmana. Gryglewicz (c. d.). Lorentowicz (c. d.). Rzętkowski: O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia drogą operacyjną chorób wewnętrznych. Grosglik: Termopsychrofor. Gluziński: Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania się chlorków w chorobach nerkowych. Biernacki: Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacyliną. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 14—17:* Orłowski: Ś. p. Prof. Mierzejewski. Wizel i Krukowski: Idee natrętne u dwóch sióstr bliźniaczek. Kossobudzki: Przypadek ropnego zapalenia wola, wywołanego przez laseccznika okrężnicy. Halpern: Studya nad hydremią w zapaleniu nerek. Sędziak: Rozwój laryngologii i rynologii u poszczególnych narodowości. Szokalski: W kwestyi roli śledziony w procesie wytwarzania hemolizyn. Wasserthal: O wartości próby Molierea. — *Tygodnik lekarski Nr 14—17:* Pisek. Zwalczanie gruźlicy w naszych miastach. Nowicki: (c. d.). Stankiewicz: Wrodzony zanik pęcherza moczowego i przyległej części cewki. Ostrowski: O gruźlicy gruczołu sutkowego. Janiszewski: Kilka uwag o oddziałach szpitalnych dla chorób zakaźnych. Gońka: Interesujący przypadek przetoki szczękowej. Sabat: Oglądanie żółtaczkowego zabarwienia skóry przy sztucznem oświetleniu. — *Czasopismo lekarskie Nr 3:* Offenberg: Przypadek nerwicy urazowej. Mieczyński: Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej, zakończonej drogą naturalną. Poczobut (dok.). Raszkes: O opsoninach, jako nowej teoryi odporności. — *Nowiny lekarskie Nr 4:* Kostanecki: Hernia inguinalis supravesicalis. Wachholz (dok.). Rubin: O powstaniu łożyska przodującego. Noiszewski: Druk prawidłowy. Damański i Wilenko (dok.). Karliński: Kilka słów w sprawie przenoszenia błonicy przez koty. Polak: O potrzebie urządzania zjazdów higienistów polskich. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 3:* Sawicki: Sprawozdanie z praktyki lekarskiej w Busku w r. 1907. Wiśniewski: Trzy przypadki cukrówek. — *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich, tom III, zeszyt 1—3:* Wiczkowski: Przyczynek do mikroskopii wydzieliny rannej. Modrakowski: O hesperydynie w pietraszniku plamistym. Flatau: O szlakach piramidowych. Kopczyński: Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni nerwów kręgowych. Gluziński i Reichenstein: Myeloma i leucaemia lymphatica. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych. Biernacki: Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. (Zeszyt ten zawiera 11 tablic barwnych, mnogie ryciny w tekście; wydanie polskie ma 210 stronic, niemiecko-francuskie 314 stronic). — *Kronika dentystyczna Nr 4:* Gońka: Strangulatio nervi (?). — *Przegląd higieniczny Nr 4:* Czerszykówna: Jak się odżywiają dziewczęta w szkołach wydziałowych we Lwowie. Maślanka (c. d.). Bruchnalski (c. d.). — *Zdrowie Nr 4:* Bier: O molu mącznym. Ruppert: O kanalizacyi i filtrach. — *Głos lekarzy Nr 8:* Mikołajski: 1) Przed sezonem kąpielowym. 2) Lekarze przy wyborach do Rady miejskiej we Lwowie. 3) W sprawie ubezpieczenia lekarzy. 4) »Synekury«. Przesmycki: Z powodu artykułu kol. Wątorka.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 6. maja o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Dr Janiszewski: Referat o t. zw. dyspensatoryach, czyli »opiekach nad chorymi gruźliczymi«.

Po posiedzeniu **wspólna wieczerza koleżeńska,** na którą należy się **wcześnie** zgłaszać.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Rok XLVII. Kraków, dnia 9. maja 1908 Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

Wśród rozwoju nauki o zakażeniach utrwaliło się i rozpowszechniło zapatrywanie, że zakażenie jako takie jest wprawdzie bezpośrednią przyczyną choroby, ale samo przez się nie tworzy jeszcze całego jej obrazu, że obraz jej, objawy i przebieg zależą w znacznym stopniu od działania jadów, powstających w chorym ustroju skutkiem rozmnażania się bakteryi, a więc są wyrazem zatrucia.

Nadanie zatruciom zakaźnym znaczenia pierwszorzędnego, niekiedy prawie wprost samoistnego czynnika etyologicznego dla powstawania istotnych objawów ostrych chorób zakaźnych, a w wyższym jeszcze stopniu niektórych chorób przewlekłych, rozwijających się jako bezpośrednie następstwo zakażenia, pociągnęło za sobą dalsze skutki: Wprowadziło w zakres pojęć etyologicznych pojęcie samozatrucia. Jest ono wypływem logicznej ewolucyi myśli. Jeśli w danym wypadku nie można udowodnić, że nieprawidłowy stan ustroju ma swoje źródło w działaniu czynników, które dostały się do niego z zewnątrz, albo, mówiąc wyraźniej, jeśli nie można uzasadnić zakażenia z zewnątrz, a jednak objawy i przebieg choroby noszą znamiona bliskiego powinowactwa z przebiegiem i objawami, spostrzeganymi w toku zatruć zakaźnych, to prostem jest przypuszczenie, że ciała trujące powstały w samym ustroju, że ustrój zatruł sam siebie.

Takie, jak powyższe, rozumienie pojęć etyologicznych prowadzićby musiało do bardzo ścisłego ograniczenia zakresu chorób z samozatrucia i do określania tem mianem tylko takich przypadków, w których istota trująca powstała wyłącznie skutkiem działania bakteryi, znajdujących się stale w ustroju, w zwykłych warunkach nieszkodliwych, a nabierających własności jadowitych z dalszemi następstwami pod wpływem wyjątkowych, nie zawsze jednakich, nie poznanych zresztą jeszcze dokładnie czynników. W ustroju ludzkim znajdują się bakterye stale w narządzie pokarmowym, — inne nie wchodzą w tej chwili w rachubę; narząd pokarmowy byłby w obec tego jedynem źródłem dla powstawania jadów i dla zatruć, a nazwa samozatrucie określałaby nie tylko chorobę, ale i jej pochodzenie.

Patologia wyszła jednak po za to ciaśniejsze pojęcie i zatoczyła dla samozatruć granice o wiele szersze. Albu, autor obszernej monografii tej sprawy, określa samozatrucie w następujących słowach: »Autointoxication ist eine Vergiftung des Organismus durch die Produkte des eigenen Stoffwechsels, die entweder normale aber in übergrosser Mange angehäufte, oder anormale sein können, unter denen man wiederum solche zu unterscheiden hat, welche sonst im Körper einer weiteren Umsetzung unterliegen und solche, welche in gesundem Organismus überhaupt nicht oder nur in sehr geringen Mengen gebildet werden«.

Powyższe określenie oddaje wcale ściśle współczesne nasze pojęcia o samozatruciu. Ale definicya nie jest najtrudniejszą rzeczą. O wiele trudniej przychodzi oceniać krytycznie to, co w praktycznem życiu lekarskiem wymaga głębszego zastanowienia się i przedmiotowego ocenienia, zwłaszcza, gdy chodzi o pochodzenie niejasnych spraw, o ich etyologię. Spraw takich mamy jeszcze nie mało w patologii, więc nierzadko uledz można pokusie i szukać wytłomaczenia, bez dostatecznych dowodów, w istnieniu samozatrucia.

We Francyi, skąd za sprawą Boucharda i jego uczniów, wyszło to nowe pojęcie patologii, potem we Włoszech, w części w Ameryce, zyskał ów prąd taki wprost nienaturalny rozpęd, że działaniem jadów własnego ustroju tłomaczono bardzo wiele chorób, a tłómaczenie opierano na podstawach raczej wyrozumowanych tylko, i to nie zbyt ściśle i sumiennie. Dla przykładu wskazać tu można włoskiego dermatologa Tommasolliego, który całą patologię skóry zaprawił pojęciami samozatrucia i stworzył zupełnie nowy podział chorób skóry, oparty na tych pojęciach. Ale nawet tak zresztą trzeźwy klinicysta, jak Albu, oceniający bądź co bądź bez zbytniej przesady sprawę samozatrucia ze stanowiska ogólnego, dał się jednak w szczegółach unieść pewnemu optymizmowi i nazbyt pochopnie szeregował niektóre jednostki chorobowe w szemacie samozatruć.

Brak wszelkiej miary u jednych, za mało ścisłości u drugich sprowadzić musiały odruch krytycznych umysłów, żądających słusznie, aby nowe poglądy oparły się o realniejsze podstawy, a nie szły za daleko w teoretycznych rozumowaniach. Odruch ten przekroczył wreszcie właściwą

miarę, bo z niewiarą przyjmował wszystko i to nawet, co wprawdzie nie miało w myśl wymagań doświadczalnej patologii patentu ścisłości pracownianych badań, ale, ze stanowiska klinicznego brane, przynosiło trzeźwe i sumienne spostrzeżenia. Wyrazem surowej, prawie że bezwzględnej krytyki, kładącej nacisk przedewszystkiem na braki doświadczalne w nauce o samozatruciu, był między innymi referat Müllera na XVI. zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie w r. 1898. Kończy on się słowami: »Ueberblicken wir die Summe der gesicherten Ergebnisse, welche das Studium der intestinalen Autointoxicationen bisher erbracht hat, so ist das Resultat beschämend gering, aber das ist wohl nicht ohne Werth, wenn wir uns hin und wieder über die Lücken in unseren Kenntnissen ehrliche Rechenschaft ablegen, denn das ist der beste Weg zu wirklichen Fortschritten«.

Ocena i sąd ostateczny Müllera opierały się wtedy wyłącznie prawie na wynikach badań chemicznych. Chcąc sprawę samozatrucia oświetlić z tego stanowiska, trzeba sięgnąć do prac, zajmujących się poznaniem związków chemicznych, które powstają przy gnilnym rozpadzie białka, objętych przez Selmiego, zasłużonego na tem polu badacza włoskiego, wspólną nazwą alkaloidów gnilnych (Kadaveralkaloide), albo, co powszechniej jest znane, ptomatynów. Pierwsza nazwa wskazuje na powinowactwo tych ciał ze związkami, pochodzącymi z roślin, z alkaloidami roślinnymi, druga określa poniekąd sposób powstawania przy gniciu tkanek zwierzęcych.

Właściwy rozwój badań ptomatyn związany jest ściśle z nazwiskiem Briegera, który nietylko podał nowy sposób ich otrzymywania, ale i sam skrzętnie zajmował się poszukiwaniami w tym zakresie.

Ze stanowiska klinicznego zasługuje na większą uwagę kilka z tych połączeń. Należą do nich najpierw kadaweryna i putrescyna, wykryte przez Briegera, a potem znajdowane i przez innych badaczy, o tyle ważne, że otrzymywano je także z moczu chorych na skazę cystynową (*cystinuria)*. Własności jadów w ścisłem tego słowa znaczeniu nie mają. Nie ma ich także cholina, składnik lecytyny, rozpowszechniona wobec tego w ustroju ludzkim i zwierzęcym. Znaczenie choliny jest jeszcze o tyle większe, że z dalszej jej przemiany chemicznej powstają ciała silnie trujące: neuryna i muskaryna. Są to już typowe toksyny, względnie toksalbuminy, jeśli za pomocą wyrażenia określić chcemy ich pochodzenie z ciał białkowatych. Do rzędu toksyn należy także, jako wytwór rozpadu białka, peptotoksyna, składnik niektórych peptonów, otrzymana przez Briegera przez trawienie włóknika w sztucznym soku żołądkowym. Własności trujące posiada dalej metylguanidyna, alkaloid, znajdujący się w mięsie końskiem, ulegającem gniciu, a zawdzięczający swe powstanie, jak sądzi Brieger, rozpadowi kreatyniny. Z tego powodu wspominamy tu o nim. Mimochodem uczynić jeszcze można wzmiankę o ciekawych badaniach Briegera, których przedmiotem były trujące, jakkolwiek świeże, niezepsute, ostrygi z Wilhelmshafen. Doprowadziły one do wykrycia silnej trucizny, nazwanej mitylotoksyną.

Dalszym poniekąd ciągiem prac o ptomatynach są badania jadów, powstających w hodowlach najrozmaitszych chorobotwórczych bakteryi. Zawdzięczamy im wykrycie całego szeregu toksyn bakteryjnych, jak toksyny durowe, gruźlicze, tężcowe, ropne, wąglikowe, choleryczne i w. in.

Wynikiem znów tych odkryć były poszukiwania takich samych jadów w narządach zakażonego ustroju, uwieńczone również pomyślnym skutkiem. Znaleziono je w ośrodkowym układzie nerwowym w toku wścieklizny i tężca, Hoffa wykrył je w przebiegu doświadczalnego zakażenia ropnego u królików, Brieger i Fraenkel w narządach zwierząt, które zginęły na wąglika i t. d. Wszystko to jest związane bardzo ściśle z dotychczasowemi naszemi zdobyczami naukowemi o zakażeniach i zatruciach zakaźnych, o ciałach trujących i o biologicznych odtrutkach. Na nich to opiera się tak ważny dział medycyny klinicznej, jak seroterapia i serodyagnostyka, po którego rozwoju i wydoskonaleniu oczekujemy wielkich praktycznych korzyści.

I w tych przypadkach, gdzie przypuszczano, że choroba jest następstwem działania jadów, powstałych w ustroju bez poprzedniego zakażenia, a więc w przypadkach samozatrucia, silono się o wykrycie trucizn i uzasadnienie w ten sposób etyologicznego znaczenia samozatrucia. Na szeroką skalę zajmował się temi badaniami Bouchard i cała jego szkoła. W początkach ograniczały się one do poznawania trujących własności moczu i doprowadziły do powstania pojęcia t. zw. współczynnika jadowitości moczu. Rozumiał przez to określenie Bouchard liczbę, oznaczającą w wadze metrycznej tę część wagi zwierzęcia, do której zatrucia wystarcza dobowa ilość moczu, wydzielonego przez 1 kilogram wagi ciała badanej osoby. Jeśli n. p. do zatrucia królika, ważącego 3 klgr., potrzeba 60 ctm³ moczu, ilość moczu wynosiła na dobę 1,200 ctm³, a chory ważył 60 klgr. wtedy współczynnik jadowitości tego moczu oznacza cyfra 0,25.

Według badań Boucharda waha się ów współczynnik u zdrowych między 0,4 a 0,5, u chorych wynosić może nawet 0,1.

Jakkolwiek metoda francuskiego klinicysty nie mogła sobie rościć prawa do wielkiej ścisłości, to jednak zajmowano się nią dość powszechnie, przynajmniej tak długo, dopóki na jej miejsce nie wstąpiły dokładniejsze, chemiczne badania, poświęcone wykryciu przypuszczalnego jadu moczu prawidłowego, owej hipotetycznej urotoksyny fizyologicznej, wskazanej przez Boucharda. Na szerszą skalę zajmowali się takiemi chemicznemi badaniami przedewszystkiem Brieger i Albu. Ale usiłowania ich pozostały bezowocne. W moczu ludzi zdrowych nietylko nie udało im się wykryć trujących połączeń, ale nawet nie mogli potwierdzić wyników Boucharda co do trujących własności moczu jako takiego. Brieger nie przeczy zresztą bynajmniej, że ustrój może wydzielać drogą nerek ciała trujące, lecz, że te ciała opuszczają ustrój w postaci złożonej, jako związki zobojętnione. Wskazuje przytem na podwójne sole kwasu siarkowego i glikuronowego, które opuszczają ustrój w moczu, jako połączenia zupełnie już nieszkodliwe i widzi w tem podobiznę przypuszczalnych innych związków.

(C. d. n.)

Nowsze poglądy na ośrodki mowy.

(Rewizya sprawy niemoty).

Podał

Dr Maksymilian Blassberg

sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie.)

Podobne zapatrywanie wygłasza Marie o tzw. czystej ślepocie wyrazowej, t. j. tak zwanej aleksyi czyli utracie zdolności czytania. Dejerine upatruje dla niej ognisko w zakręcie kątowym *(pli courbe)*. W zakręcie kątowym dopatruje się Dejerine ośrodka dla obrazów wzrokowych wyrazów, a powstanie aleksyi tłómaczy przez przerwanie włókien, łączących obustronne ośrodki wzrokowe z ośrodkiem, leżącym w zakręcie kątowym. Marie uznaje istnienie klinicznej ślepoty wyrazowej, bo jakkolwiek czystą i niepowikłaną aleksyę nader rzadko napotykamy, to jednak u pewnych chorych bywają zaburzenia w czytaniu, które choć może nie są wyłączne, ale mogą wybitnie górować w obrazie chorobowym. Natomiast przeczy Marie istnieniu ośrodka dla obrazów wzrokowych słownych, analogicznego do wrzekomego ośrodka zmysłowego słuchowego. Już sam fakt, że czytanie jest czynnością, rozpowszechnioną dopiero od krótkiego czasu wśród ludzi, bo zaledwie w niewielkiej liczbie pokoleń, czyni nieprawdopodobnem istnienie odrębnego i samodzielnego ośrodka dla czytania. Powstawanie aleksyi tłómaczy Marie nie odrębnym ośrodkiem, lecz zajęciem części mózgu, dotykającej równocześnie białej substancyi okolicy mowy i włókien wzrokowych. Jest to okolica na podstawie mózgu, zasilana przez tętnicę mózgową tylną (*arteria cerebralis posterior)* w okolicy płatów językowatego i wrzecionowatego (*lobus lingualis et fusiformis*). Od wielkości zajętego obszaru zależą różne odcienie i kombinacye objawów. To może nam tłómaczyć pewne przypadki czystej aleksyi z nienaruszoną inteligencyą. Marie kładzie silny nacisk na to, że wszelkie kliniczne zaburzenia mowy raczej należy łączyć z zaburzeniami i topografią naczyń krwionośnych mózgowych, aniżeli zakrętów.

Co się tyczy niemoty ruchowej podkorowej, czyli niemoty czystej, to pojęcie to stworzył Lichtheim, a we Francyi głównie rozwinął je Dejerine. Według niego zwój Brocai przy tej postaci niemoty jest nietknięty, a zajęte są włókna łączące zwój Brocai z jądrami opuszki, przeznaczonemi do wprowadzania w ruch mechanizmu mowy.

Klinicznie zaburzenia te są podobne do zaburzeń w niemocie korowej Brocai. Bardzo często obraz chorobowy bywa bardzo wybitny, a choremu wręcz brak wszystkich wyrazów, oprócz kilku zgłosek. Taksamo są przytem zaburzenia w czytaniu na głos i w powtarzaniu słów słyszanych. Chory z niemotą podkorową zna jednak wyrazy i ich skład, bo potrafi naprzykład podnieść rękę tyle razy, ile zgłosek jest w wyrazie. Pismo dowolne i pod dyktatem oraz czytanie w myśli (mentale) jest zachowane. Istotą zatem tej niemoty jest niemożność artykulacyi dźwięków we wszystkich postaciach.

Marie godzi się na całokształt klinicznego obrazu tego cierpienia, lecz zarzuca zupełnie przyjętą dotąd lokalizacyę anatomiczną. Idąc w tym względzie za poglądami Pitresa z Bordeaux uważa on ten obraz chorobowy za anartryę, a anartryę zupełnie oddziela od niemoty właściwej.

Według dotychczasowych pojęć, których przedstawicielem jest Dejerine, niemota ruchowa różni się od anartryi tem, że w niemocie ruchowej zajęty jest zakręt Brocai (niemota ruchowa korowa Brocai), lub włókna od zakrętu tego wychodzące (niemota ruchowa podkorowa czysta), a przy anartryi ośrodki mowy i włókna dowodzące i odwodzące są zupełnie wolne i niezajęte, natomiast istnieje trudność mówienia czysto mechaniczna, polegająca na niemożności artykulacyi, t. j. na porażeniu narządu ruchowego mechanicznego, a zatem mięśni mowy. Anartrya więc według Dejerinea jest porażeniem narządów fonacyi: języka, warg, podniebienia miękkiego, gardła, krtani i t. p.

Zapatrywanie to zwalcza Marie. Według niego pojęcie niemoty właściwej należy wogóle odróżnić od anartryi. Niemota właściwa bowiem polega według niego na utracie odpowiedniej intelektualnej zdolności, potrzebnej do zrozumienia mowy, oraz na utracie zdolności do czytania i pisania. Afazyi właściwej nie cechuje bynajmniej niemożność zupełna mówienia lub zła mowa. Anartrya zaś nie pokrywa się według Mariego z pojęciem niemoty, ale też nie z pojęciem porażenia narządu mechanicznego mowy, lecz jest zaburzeniem czynności samej, polegającem na złem kojarzeniu ruchów mowy, analogicznem np. do ataksyi lub atetozy. Przykładem tego zaburzenia jest np. jąkała, który nie jest dotknięty porażeniem narządów mowy, ani nie cierpi na afazyę. Co zaś do siedziby ośrodków dla anartryi, to Marie przyjmuje ją w jądrach środkowych (centralnych) mózgu. Według niego siedzibę strony ruchowej mowy należy przyjąć w okolicy »*corpus lenticulo striatum*« mózgu. Pewne zaburzenia tej okolicy dadzą według niego obraz anartryi, inne znowuż zaburzenia będą dawały obraz porażenia wrzekomo-opuszkowego. W ogóle uważa on okolicę jądra soczewkowatego (*la zone du noyau lenticulaire*) za ośrodek anartryi.

Z powyższego tedy wynika, że z trójki niemot czystych czyli podkorowych Marie zarzuca zupełnie klasyczne pojęcie głuchoty wyrazowej i niemoty ruchowej czystej, a przyjmuje tylko czystą ślepotę słowną, którą jednak tłómaczy odmiennie na swój sposób.

Marie nie poprzestaje na dowodach klinicznych, lecz dołącza dowody historyczne. W muzeum Dupuytrena dla historyi medycyny znajdują się półkule mózgowe z pierwszych dwóch przypadków Brocai, złożone tamże przez Brocaę i do dziś dnia dość dobrze zachowane, ponieważ nie są w głąb pokrajane. Na podstawie tych preparatów oraz opisów pozostałych po Broce stwierdza Marie, że w pierwszym przypadku znajduje się w mózgu wybitne ognisko rozmięknienia wzdłuż terytoryum bruzdy Sylwiusza, zakrętu nadbrzeżnego, oraz w okolicy Wernickego, a zatem w myśl teoryi Mariego, w drugim zaś przypadku brak ogniskowej zmiany w trzecim zakręcie czołowym, a co najwyżej stwierdza się pewną smukłość budowy tego zakrętu, zależną od starczego zaniku mózgu, i nie za afazyę, lecz za otępienie starcze uważaćby ten przypadek należało. Dziwną jest rzeczą, że teorya Brocai, oparta na spostrzeżeniach bardzo niedostatecznych i powierzchownych, mogła się stać bez dostatecznej kontroli dogmatem naukowym.

Przypadek kliniczny niemoty, połączony z objawami ogniskowymi mózgowymi, który się przy autopsyi okazał zanikiem kory mózgowej, miałem i ja sposobność spostrzegać na oddziale wewnętrznym (prym. Radcy Dra Krokiewicza) w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Dotyczył on 32-letniej chorej A. S., żony urzędnika prywatnego, u której oprócz afazyi było za życia porażenie połowicze prawej strony ciała, a nadto skojarzone zboczenie (*deviatio conjugata)* gałek ocznych w stronę lewą. Sekcya, wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym Uniwersytetu Jagielońskiego przez Doc. Dra Glińskiego stwierdziła: *Ependymitis granulosa. Hydrocephalus internus chronicus. Atrophia praecox cerebri.*

Nowe i oryginalne twierdzenia Mariego o ośrodkach mowy, które rzucają zupełnie nowe światło na tę sprawę, podzieliły uczonych francuskich na dwa obozy, tj. na przeciwników i zwolenników zapatrywań Mariego. Wybitnym, a zarazem zaciętym przeciwnikiem nowych poglądów jest profesor paryskiej Salpetrière, Dejerine, jeden ze starszych neurologów francuskich.

Przeciwko wywodom Mariego wystąpił on na łamach pisma »Présse médicale«. Przytacza on własne spostrzeżenia przypadków, w których stwierdził czystą niepowikłaną

afazyę czuciową. Ubytek inteligencyi jest zdaniem jego raczej następstwem zaniku obrazów mowy, a zatem skutkiem, a nie przyczyną. Dowodem tego, że naruszenie inteligencyi nie jest istotą afazyi, jest fakt, że o ile chory, dotknięty tem cierpieniem, zostaje wyleczony, to i inteligencya w zupełności powraca do stanu pierwotnego. Jeżeli afazya polegać ma tylko na ubytku inteligencyi, a nie na zmianie w obrazach mowy, tj. na ubytku obrazów czuciowych mowy, to dlaczego — zapytuje Dejerine — ten ubytek psychiczny u władających prawą ręką (*les droitiers*) pojawia się tylko przy zajęciu terytoryum mowy w półkuli lewej, a u mańkutów w następstwie zmian w półkuli prawej? Wszak u mańkutów prawa półkula niema wyłącznego związku z inteligencyą i odwrotnie. Gdyby ubytek intelektualny grał tu główną rolę, tobyśmy afazyę czuciową napotykali w różnych rodzajach niedołęstwa umysłowego, a zwłaszcza w porażeniu postępowem, co jednak nie odpowiada spostrzeżeniom i rzeczywistości.

Co do niemoty ruchowej, to spostrzeżenie, że u chorego władającego prawą ręką wystąpić mogło zniszczenie zwojów Brocai, mimo braku objawów afazyi niczego według Dejerinea nie dowodzi, bo w tych przypadkach chodzić może albo o jednostki wprawne oburęcznie (*ambidextri*) albo też może istnieć zastępcze spełnianie czynności przez zakręt równorzędny drugiej półkuli. Taksamo nie można zdaniem Dejerinea przeczyć znaczeniu zwoju Brocai opierając się na fakcie, że może istnieć niemota przy nienaruszonym zakręcie, bo związek z resztą półkuli może być zniszczony. Badanie tedy tylko zmian gołem okiem widocznych nie wystarcza. Według dzisiejszego stanu rzeczy co najwyżej trudno twierdzić, że narząd mowy sadowić należy wyłącznie i jedynie w trzecim zakręcie czołowym lewym, bo jakkolwiek taka siedziba jest prawdopodobna, to jednak nie została niezbicie udowodniona. W każdym razie jednak ta okolica odpowiada ruchowej stronie mowy z wyłączeniem bezwzględnem płatu skroniowego. Dejerine zbija zapatrywanie Mariego, jakoby niemota Brocai była tylko niemotą Wernickego z ograniczeniem zasobu słownego. Według niego zaburzenia czuciowe mowy, o ile się zdarzają u dotkniętego niemotą Brocai mają, charakter zupełnie odmienny i różny od niemoty Wernickego. Przedewszystkiem w niektórych przypadkach brak przy niemocie ruchowej zupełnie ślepoty wyrazowej, niekiedy znowuż zjawia się ona tylko w początkach cierpienia, nie będąc wcale wybitną i nie towarzyszy stale niemocie ruchowej, lecz znika z czasem zupełnie lub prawie doszczętnie. Nie jest to właściwa ślepota wyrazowa, lecz tylko pewna trudność w zrozumieniu dłuższych zwrotów, szybko wygłoszonych. Istnieją nadto według Dejerinea przypadki niemoty Brocai, w których zdolność pisania, a w następstwie i mowa wewnętrzna (*le langage interieur*) są nienaruszone.

Twierdzenie Mariego, jakoby afazya ruchowa była tylko niemotą czuciową, połączoną z anartryą, mogłoby mieć według Dejerinea uzasadnione tylko wtedy, gdyby było dowiedzione na przypadkach niemoty Brocai bez zajęcia zakrętu czołowego, a z wyłącznem zajęciem okolicy skroniowo-potylicznej i jądra soczewkowatego. Nadto niema podstawy do utożsamiania niemoty ruchowej z anartryą, bo przy niemocie ruchowej brak porażenia mięśni, stanowiących mechanizm mowy, która cechuje anartryę i dysartryę.

Na poparcie swoich twierdzeń przytacza Dejerine przypadek F. Bernheima i Ladamea z typową czystą niemotą Brocai, utrzymującą się przez szereg lat, bez niemoty czuciowej, z zupełnie zachowaną inteligencyą i bez porażeń narządu mechanicznego mowy. Autopsya stwierdziła zajęcie zakrętu Brocai oraz w głąb białej substancyi mózgu. Jądra środkowe (centralne), a w szczególności jądro soczewkowate, jak również torebka wewnętrzna i okolica czuciowa Wernickego były nienaruszone.

(Przeciwko temu tłómaczeniu przypadku Ladamea zastrzegł się sam Ladame, uważając dotychczasowe jego ogłoszenie za niedostateczne do wysnuwania wniosków naukowych przedwczesnych. Co do drugiego przypadku Ferdynanda Bernheima przechodzi Marie dokładnie opis choroby i wywodzi, że przypadek ten klinicznie i anatomicznie przedstawiał się w myśl pojęcia Mariego jako afazya czuciowa, połączona z anartryą, tj. był obrazem dawnej niemoty Brocai. Sam Bernheim również zaznacza że w przypadkach, spostrzeganych przez niego, zajęcie kory i części podkorowych było zbyt rozległe, aby mogło przemawiać na korzyść lokalizacyi Brocai).

Z neurologów niemieckich uważa Ziehen podnoszone przez Mariego argumenty, przemawiające przeciw znaczeniu okolicy Brocai, za nieuzasadnione.

Z drugiej strony atoli pojawiają się spostrzeżenia i zapatrywania innych autorów, dowodzące słuszności twierdzeń Mariego.

I tak przedstawił Souques w paryskiem »Société médicale des hopitaux« przypadek aleksyi, względnie czystej ślepoty wyrazowej, zakończony śmiercią i autopsyą, w którym zajęte było w mózgu terytoryum tętnicy mózgowej tylnej i który w zupełności odpowiadał lokalizacyi według Mariego. W temże samem towarzystwie Moutier przedstawił i opisał przypadek, przemawiający za zapatrywaniami Mariego. U chorego, który miał za życia objawy afazyi Brocai, połączonej z porażeniem prawej połowy ciała, stwierdzono po śmierci rozmięknienie tylnej połowy trzeciego zakrętu czołowego i zakrętu nadbrzeżnego, które w głąb obejmowało ośrodek owalny (*centrum ovale*), leżący pod trzecim zakrętem czołowym i całą wyspę i torebkę zewnętrzną aż do otoczki jądra soczewkowatego (*putamen*). Jądro soczewkowate było zajęte w swojej tylnej części. Uszkodzenie substancyi białej rozciągało się ku tyłowi do płatu skroniowego. Przypadek ten stanowi potwierdzenie zdania Mariego, że afazya Brocai jest kombinacyą anartryi czystej, t. j. uszkodzenia okolicy jądra soczewkowatego, z afazyą, t. j. uszkodzeniem okolicy Wernickego. Uszkodzenie trzeciego zakrętu czołowego lewego stanowi również według Moutiera uszkodzenie dodatkowe, nie pozostające w związku z powstaniem zbioru objawów Brocai.

Fizyolog i neurolog berliński Lewandowsky przypuszcza, że w poszczególnych przypadkach możliwą jest rzeczą, iż ośrodek ruchowy mowy jest usadowiony więcej ku tyłowi w okolicy wyspy i wieczka (*operculum*) i w ten sposób tłómaczy przypadki, spostrzegane przez Mariego, dowodzące, że zniszczenie trzeciego lewego zakrętu czołowego nie zawsze wiedzie u wszystkich chorych do afazyi. Niezależnie od zapatrywań Mariego i Dejerinea głosi odrębne zupełnie poglądy na niemotę od lat blisko pietnastu Prof. Bernheim z Nancy. Ten wogóle przeczy zupełnie możliwości ogniskowego umiejscowienia mowy, a poglądy jego dzieli i krzewi uczeń Dejerinea F. Bernheim z Paryża. Według Bernheima nie istnieje żaden ośrodek dla pamięci słuchowej mowy fonetycznej, ani dla pamięci wzrokowej mowy graficznej. Istnieją tylko ośrodki korowe czuciowe dla surowej percepcyi wrażeń słuchowych w pierwszym zakręcie skroniowym i wzrokowych w okolicy szczeliny ostrogowej (*fissura calcarina*). Powstawanie obrazów pamięciowych odbywa się w sferze psychicznej, t. j. w płatach czołowych mózgu. Niemota ruchowa powstaje według Prof. Bernheima, jeśli przerwane jest połączenie między płatem czołowym, w którym powstają obrazy wyrazów (*l'image verbale*) czyli mowa wewnętrzna (*la parole interieure*) a jądrami opuszkowemi, które mają czynność uzewnętrzniania obrazów słownych, a zatem tworzą mowę zewnętrzną (*la parole exterieure*). Dziecko przed ośmnastym miesiącem życia okazuje obraz niemoty ruchowej i dopiero na ciągłej drodze ćwiczenia nabywa wprawy w mówieniu. Gdybyśmy przyjęli ośrodek dla mowy dowolnej, musielibyśmy dla każdej czynności złożonej, nabytej przez wprawę, jak dla pływania, jazdy bicyklem i t. p., przyjmować odrębne ośrodki. Ośrodka tedy wyspecyalizowanego dla afazyi ruchowej niema, gdyż właściwie nie został dotąd stwierdzony. Im więk-

sza liczba włókien kojarzennych (assocyacyjnych) między przednimi płatami mózgu a jądrami opuszki została przerwana, tem większe będą według Prof. Bernheima zaburzenia mowy wewnętrznej. Także i W. Wundt wyraża zapatrywanie, że przyjmowanie osobnych ośrodków dla takich złożonych czynności psychofizycznych, jak mowa, rozumienie słów i pisanie, jest tylko pokutowaniem tradycyi dawnej frenologii Galla, dzielącej powierzchnię mózgu na szereg »zmysłów wewnętrznych«, z których każdy miał mieć czynność analogiczną do zmysłu zewnętrznego, a tylko niejako spotęgowaną.

Widzimy, więc że w ostatnich czasach wszczął się we Francyi ruch naukowy w sprawie niemoty, zwłaszcza ruchowej, wśród którego przebijają różne opinie. Zagadnienie, które zdawało się być już załatwione, na nowo budzi niepewność wśród współczesnych klinicystów. Jedni, jak np. Dejerine, pozostają wierni klasycznemu pojmowaniu sprawy, drudzy uważają klasyczną lokalizacyę mowy za zbyt ciasną i bądź to, jak n. p. Marie, rozszerzają teren lokalizacyjny zarówno w obrębie kory mózgowej, jakoteż ku głębi mózgu, bądź też, jak to czyni Prof. Bernheim z Nancy, uwzględniając związek bezpośredni wrzekomego ośrodka mowy nietylko z całą półkulą mózgową tejsamej strony, lecz także z półkulą przeciwną mózgu, oraz z ośrodkami opuszki i rdzenia kręgowego, idą jeszcze dalej i zupełnie odrzucają ogniskowe usadowienie mowy.

Jaki obrót przybiorą wyniki badań naukowych w sprawie niemoty, obecnie trudno przewidzieć. Na razie uczeni innych narodowości w tej dyskusyi, wszczętej przez uczonych francuskich, prawie nie zabierają głosu. W każdym razie poglądy na znaczenie wyłączne zwoju Brocai dla niemoty ruchowej zostały silnie zachwiane. Rozstrzygające będą w tym względzie dalsze badania przyszłe, a zwłaszcza połączenie dokładnego spostrzegania klinicznego z oględzinami pośmiertnemi i badaniem mikroskopowem stanu komórek i dróg przewodzących mózgowych.

Piśmiennictwo. 1) Bastian. Aphasie u. andere Sprachstörungen. Deutsch von Urstein 1902. — 2) Prof. Bernheim: Doctrine de l'aphasie. Paris 1907. — 3) Prof. Bernheim: Observation d'aphasie motrice sans lésion de la troisieme circonvolution frontale gauche (Rev. de méd. 1907. Nr 4). — 4) Fer. Bernheim: Le centre de l'aphasie motrice existe-t-il (Sem. méd. 1906. Nr 45). — 5) Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych. Warszawa 1894. — 6) Comte: Des paralysies pseudobulbaires Paris 1900. — 7) Dejerine: L'aphasie sensorielle (Presse méd. 1906. Nr. 55). — 8) Tenże: L'aphasie motrice (Presse med. 1906 Nr 57). — 9) Tenże: A propos de la localisation de l'aphasie motrice (Presse méd. 1906. Nr. 92). — 10) Tenże: Sémiologie du système nerveux (Bouchard: Traité de pathologie générale. Paris. Tom V. 1901). — 11) Goldflam: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych. Niemota ruchowa i zmysłowa (Medycyna 1885. Nr 9—11). — 12) Klęsk: Kora mózgowa w świetle badań chirurgii. (Przegląd lek. 1905. Nr. 29—31). — 13) Kussmaul: Zboczenia mowy. Warszawa 1879. Tłóm. Bauerertz. — 14) Tenże: Die Störungen der Sprache. Leipzig 1885.— 15) Ladame: Aphasie et anarthrie (Presse méd. 1907. Nr 4). — 16) Lewandowsky: Die Funktionen des centralen Nervensystems. Jena 1907. — 17) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: la troisieme circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle speciale dans la fonction du langage (Sem. méd. 1906. Nr 21). — 18) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: Que faut il penser des l'aphasies sous-corticales (aphasies pures)? (Sem. méd. 1906. Nr 42). — 19) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: l'aphasie de 1861 à 1866; essai de critique historique sur la genese de la doctrine de Broca (Sem. méd. 1906. Nr 48). — 20) Prof. P. Marie: A propos d'un cas d'aphasie de Wernicke pris par erreur pour une démence senile (Bull. et mém. Soc. des Hôp. 1 Fevrier 1907).— 20) Prof. P. Marie: Rectifications à propos de la question de l'aphasie (Presse med. 1907. Nr. 4). — 22) Prof. P. Marie et Moutier: a) Un nouveau cas d'aphasie de Broca dans lequel la III. circonvolution frontale gauche n'est past atteinte, tandis que le ramollissement occupe la zone de Wernicke et les circonvolutions motrices; b) Présentation d'un cerveau sénile avec atrophie simple des circonvolutions simulant une lésion en foyer dans la région de la parictale ascendante et dans la region de la 3me frontale a gauche. (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. 15 Fevrier 1907). — 23) Moutier: Du prétendu rôle de la troisième frontale gauche dans l'aphasie de Broca (Soc. med. des Hôp. 26. Octobre 1906. Sem. méd. 1906. Nr 44). — 24) Ołtuszewski: Psychofizyologia mowy (Medycyna 1894 Nr 10). — 25) Tenże: Zboczenia mowy (Jaworski: Nauka o chorobach wewnętrznych. Tom III. 1905). — 26) Tenże: Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach oraz higiena mowy. (Biblioteka lekarska. Warszawa 1905). — 27) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1905. — 28) Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig u. Wien 1905. — 29) Souques: Un cas d'alexie ou cecité verbale dite pure, suivie d'autopsie. (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. 1. Mars 1907). — 30) Treitel: Grundriss der Sprachstörungen. Berlin 1894. — 31) W. Wundt: Die Sprache (W. Wundt: Völkerpsychologie 1904. I. Bd. I Theil). — 32) Ziehen: Aphasie (Eulenburgs Real-Encyclopedie der ges. Heilk. 1907).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Szokalski. **W kwestyi roli śledziony w procesie wytwarzania się hemolizyn.** (*Medyc. i Kronik. lek.* 1908. Nr 16). S. przeprowadził badania, wycinając zwierzętom śledzionę i szukając potem hemolizyn i doszedł do wniosku, że śledzionie nie można przypisać żadnej roli w sprawie tworzenia się hemolizyn. Zwierzęta pozbawione śledziony mogą wytwarzać hemolizyny nawet w ilości większej. Wprawdzie w ciągu pierwszych dni po operacyi ustrój traci zdolność wytwarzania hemolizyn, to jednak spotyka się to i po innych zabiegach, a nawet po samem otwarciu jamy brzusznej, choć w stopniu słabszym. *K.*

Meyer. **O antagonizmie trucizn.** (*Tow. lek. Wiedeń.* 20. III. 1908). M. rozróżnia 3 rodzaje antagonizmu trucizn; 1) bezpośredni-chemiczny, 2) konkurencyjny, 3) pośredni-fizyologiczny. Bezpośredni antagonizm polega na tem, że jedna trucizna chemicznie zobojętnia drugą, n. p. kwasy i zasady i t. p. Drugi rodzaj antagonizmu polega na tem, że dwie trucizny nie działają wcale na siebie, lecz na pewien narząd wprost przeciwnie. Tak n. p. atropina poraża, a pilokarpina pobudza mięśnie gładkie i t. p. W trzeciej znów grupie trucizny wpływają na istniejące już w ustroju czynności. Tak n. p. sok trzustki i nadnerczy działają w kierunku zupełnie przeciwnym na wydzielanie glikogenu w wątrobie. Podobny antagonizm spostrzegamy między gruczołem tarczowym a gruczołami płciowymi i t. p. *K.*

Prof. Richter i Gerhartz. **O wpływie promieni Röntgena na fermenty.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr. 13). Własność adrenaliny: szybkiego i znacznego podnoszenia parcia krwi, ulegała zmianom pod wpływem naświetlania adrenaliny »in vitro« promieniami Röntgena. Pod ich wpływem traciła adrenalina tę własność częściowo, lub zupełnie, obok tego występowało niekiedy opóźnienie podniesienia się parcia. Zmiany te dotyczyły również wywoływanego przez adrenalinę cukromoczu. Naświetlanie fermentów dowiodło, że promienie R. nie działają na nie zupełnie, wątpliwe zatem bardzo wydają się autorom teorye, które działanie promieni Röntgena i radu tłómaczą wpływem ich na sprawy fermentacyjne w ustroju. *Dr W. Kluger.*

Prof. Wiczkowski. **Przyczynek do mikroskopii wydzieliny rannej.** (*Polskie Archiwum nauk biol. i lek.* Tom III. Z. 1—3). W wydzielinie, zeskrobanej z ziarninowej powierzchni gojących się ran, znalazł W. komórki przeważnie o jednem, obfitującem w chromatynę jądrze i dość obfitej protoplazmie, zawierającej ziarenka neutrofilne z odcieniem niebieskawym, podobne najwięcej do neutrofilnych pseudolimfocytów Ehrlicha. Od pierwszych różnią się znalezione przez W. komórki ciemniejszem zabarwieniem jądra, od drugich obfitszą protoplazmą, obfitszemi ziarenkami i zdarzającą się niekiedy wielojądrzastością. Komórki te możnaby uważać za »formy młodociane, odpowiadające myelocytom w szpiku kostnym«; jak myelocyty w szpiku kostnym są komórkami macierzystemi komórek wielojądrzastych neutrofilnych, tak może komórki W. »odgrywają podobną rolę w ranie«, przyczem trzebaby myśleć o »mnożeniu się komórek wielojądrzastych przez ich produkcyę na miejscu«. *C.*

Modrakowski. **O hesperydynie w pietraszniku plamistym.** (*Polskie Arch. nauk biol. i lek.* T. III. Z. 1—3). M. stwierdził, że złogi krystaliczne, występujące w pietraszniku plamistym pod wpływem alkoholu, są hesperydyną tego samego

składu, jak otrzymana z niedojrzałych pomarańcz. Glugozyd ten znajduje się w pietrasznikii (*herba conii maculati* Ph. Austr. VII) w porze kwitnięcia w ilości około 3% w obliczeniu na ziele suszone przy 105° C. *C.*

Medycyna wewnętrzna.

Mairinger. **O epidemii ospy we Wiedniu w r. 1907.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Sprawozdanie M. dotyczy 162 chorych na ospę, leczonych na oddziale zakaźnym szpitala Franciszka Józefa we Wiedniu. W tem było 75 osób płci męskiej, 87 płci żeńskiej. Szczepienie ochronne ma niewątpliwie wpływ na przebieg epidemii, oraz na przebieg zakażenia u poszczególnych jednostek. Odsetek szczepionych pozostaje w odwrotnym stosunku do ciężkości choroby. Odsetek szczepionych ochronnie w grupie przypadków najlżejszych przewyższa trzykrotnie odsetek szczepionych między zmarłymi M. podnosi z naciskiem, że w krótkim czasie po szczepieniu ochronnem występujące zakażenie może mieć charakter poronny, a tacy chorzy mogą się stać roznosicielami zakażenia ospowego. W wiedeńskiej epidemii ospy stwierdzono równoległość między nasileniem wysypki na skórze i na błonach śluzowych. W przeszło połowie przypadków wysuwały się na pierwszy plan objawy ostrej niedomogi serca, która występowała przeważnie w okresie ropienia, a objawiała się przyśpieszeniem tętna, obniżonem jego napięciem, dusznością i zabarwieniem sinem wysypki. Objawy te kończyły się pomyślnie pod koniec okresu ropienia. Wysypce na twarzy stale towarzyszył typowy obrzęk powiek i nastrzykanie spojówek gałkowych i powiekowych, odpowiadające sile wysypki. Kobiety ciężarne łatwiej ulegały zakażeniu. Regularność u kobiet nieciężarnych przyśpieszała się, nawet aż do ośmiu dni, co jest przy zakażeniu ospą tak znamienne, że było niezawodnym znakiem rozpoznawczym w początkowym okresie choroby. Stosunkowo często występowało zakażenie ospą bezpośrednio po innej chorobie, świeżo przebytej, jak n. p. po płonicy, durze brzusznym, tężcu i błonicy gardła. W przypadkach śmiertelnych występował zgon wśród objawów niedomogi serca, i to najczęściej w drugim tygodniu choroby, a zatem w okresie ropienia. Sekcya stwierdzała stale zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, wątroby i nerek, i to w przypadkach zarówno dawniejszych, jak świeżych. M. kładzie nacisk na to, że oddziały szpitalne, mieszczące chorych dotkniętych ospą, powinny być znacznie oddalone od innych oddziałów, gdyż przy wietrzeniu materyał zakaźny może się przenieść z jednego pawilonu do drugiego. *Dr Blassberg.*

Müller Ch. **Kilka uwag o nagminnem zapaleniu opon.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1908, Nr 2). Wyniki (skąpych zresztą) dotychczasowych prób leczenia zapalenia opon surowicą są następujące: 1) Małe dawki surowicy, wstrzykiwane podskórnie, nie wywierają widocznego wpływu na przebieg i zejście choroby, nawet przy częstem powtarzaniu. 2) Zdaje się, że zastosowanie większych dawek jednorazowych działa pomyślnie. 3) Nawet dwa- i trzykroć większa dawka przeciwmeningokokowej surowicy Kollego od dawki, zaleconej w przepisie użycia, nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Martel. **Zastosowanie metody Pirqueta dla rozpoznawania nosacizny u człowieka.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 9). Próby wywołania odczynu skórnego przy nosaciźnie zapomocą maleiny wykonał M. na sobie, oraz u trzech z nosacizny wyleczonych ludzi. U M., który przed 13 laty przebył nosaciznę, wystąpił wybitny odczyn po zaszczepieniu maleiny (w stosunku 1: 10) na skórę ramienia. W 24 godzin pojawiło się zaczerwienienie, drugiego dnia obrzmienie zaszczepionego miejsca skóry, szczyt odczynu przypadł między 2. a 3. dniem. Równie wyraźny, choć z różnem natężeniem przebiegający odczyn powstał u 3 ludzi, którzy przed 12, 13 i 23 laty chorowali na nosaciznę, podobnie jak i u autora badaniem bakteryologicznem stwierdzoną. Następnie wkroplił sobie M. maleinę (w stosunku 1: 60) do worka spojówkowego. Na drugi dzień wystąpił silny odczyn, podobny do odczynu Calmettea. Próby kontrolne, wykonane na skórze i spojówkach ludzi, którzy nosacizny nie przebywali, dały wynik całkowicie ujemny. Również ujemny był odczyn u dzieci autora, a nawet i u dziewczynki, która urodziła się w niespełna rok po jego wyzdrowieniu. *Dr W. Kluger.*

Siegel. **Przeziębienie jako przyczyna choroby.** (*Deut. med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor przeprowadzał doświadczenia na psach w celu stwierdzenia działania zimna na czynność nerek. Przekonał się, że przyłożenie lodu na odsłoniętą nerkę wywoływało obustronne zapalenie nerek, że zaś przyłożenie lodu na ogoloną skórę lędźwi wywoływało zapalenie nerek tylko przy równoczesnem zastosowaniu uśpienia morfinowego dla uspokojenia niespokojnego zwierzęcia. Również zanurzenie kończyn tylnych do zimnej (4°) wody wywoływało zmiany zapalne w nerkach. Autor zdaje się skłaniać do zapatrywania Wertheimera, iż zmiany zapalne występują jako zmiana, wywołana przez dłużej trwające upośledzenie odżywienia komórek nerkowych wskutek odruchowej niedokrwistości po zastosowaniu zimna i wyraża przekonanie, że doświadczenia jego rozstrzygają sprawę powstawania zapalenia nerek w następstwie przeziębienia. *Dr Skórczewski.*

Hart. **O grasicy przetrwałej i udarowej śmierci grasiczej; kilka uwag o związku grasicy przetrwałej z chorobą Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 13—14). Nagłą śmierć przy grasicy przetrwałej tłómaczą jedni czysto mechanicznie, przez to, że grasica uciska w danej chwili tchawicę lub według innych ważne nerwy, żyły lub prawy przedsionek. Zwłaszcza u dzieci przy nagłem przechyleniu głowy ku tyłowi może nastąpić zaciśnięcie tchawicy przez wielką grasicę przetrwałą. Rehn spostrzegał przy prześwietlaniu promieniami Röntgena oddechowe ruchy grasicy, podobne do ruchów wentyla. Przy wdechu grasica obniża się do klatki piersiowej, przy wydechu podnosi się ku górze. Nagły silny wydech, n. p. przy kaszlu lub krzyku, może wywołać silne wypchanie grasicy, nawet aż po brzeg mostka, przez co powstać musi ucisk tchawicy. Mechaniczne tłómaczenie znajduje oparcie w spostrzeganem często za życia przy przetrwałej grasicy zwężeniu tchawicy, dalej w pomyślnych wynikach operacyjnych (wyciągnięcie grasicy i umocowanie nad mostkiem), a wreszcie w wynikach sekcyi przy nagłej śmierci grasiczej, stwierdzających uciśnięcie tchawicy i znamiona uduszenia. Mimo to spotyka się wiele przypadków, gdzie przy sekcyi nie można znaleść nic, coby przemawiało za przyczyną mechaniczną. Tutaj tłómaczymy sobie nagłą śmierć samozatruciem i zmianami serca. Wiemy z doświadczeń, że wyciąg grasicy ma wybitne działanie na serce. H. stwierdził nawet doświadczalnie u zwierząt nagłą śmierć po wstrzykiwaniach wyciągu z grasicy przetrwałej. Przy sekcyi główne zmiany spotykał w nadnerczach (krwotoki, powiększenie i t. p.). Zwierzęta, którym wstrzykiwał wyciąg prawidłowej grasicy cielęcej, pozostały zdrowe. Szkodliwe więc działanie na serce ma chyba grasica przetrwała u starszych, a nie u dzieci. Można też mówić obecnie o sercu »grasiczem« tak, jak się przy wolu mówi o sercu »wolowem«. Ciekawą jest rzeczą, że w wielu przypadkach choroby Basedowa, zwłaszcza o ciężkim przebiegu, znajdowano potem grasicę przetrwałą. Kto wie, czy zmian w sercu przy tej chorobie nie należy właśnie odnieść do grasicy przetrwałej, zwłaszcza, że występują one zwykle na długi czas przed powiększeniem się gruczołu tarczowego. Wole w chorobie Basedowa uważaćby zatem należało za zmianę następową, mającą może na celu zobojętnianie szkodliwego wpływu grasicy. Na poparcie tego przytoczyćby można przypadki nagłej śmierci w chorobie Basedowa przy samoistnem szybkiem zanikaniu wola, lub po operacyi. Choroba Basedowa nie jest cierpieniem jednolitem, lecz raczej zbiorem objawów, których przyczyny mogą być rozmaite. Czynność gruczołu tarczowego może być zanadto silna, a przez to wprost szkodliwa. Nieznalezienie grasicy przy sekcyi osobnika, zmarłego na chorobę Basedowa, może być skutkiem zaniku grasicy już wśród samej choroby. Zresztą dotąd przy sekcyach za mało jeszcze na to zwracano uwagi. Wprawdzie niektórzy badacze opisują polepszenia w chorobie Basedowa po podawaniu leczniczem grasicy (Owen, Cunningham, Mikulicz), H. uważa jednak te opisy za wynik złudzenia; spostrzeżeń tych nikt potem już nie potwierdził. *K.*

A. Zweig. **Próby stosowania tiodyny i atoksylu przy cierpieniach metasyfilitycznych układu nerwowego środkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor stosował w ośmiu przypadkach późnych zmian metasyfilitycznych wstrzykiwania śródmięśniowe tiodyny w ilości 0,2, stosując je 3 razy tygodniowo, dochodząc najwyżej do 20 wstrzyknięć. Zauważał stale znaczną poprawę stanu podmiotowego chorych, natomiast stan przedmiotowy nie ulegał zmianie. Już po kilku wstrzyknięciach ustępowały bole głowy, mrowienia, niepewność chodu i t. p. Podmiotowa ta poprawa utrzymywała się przez czas długi; w 2 przypadkach spostrzegał Z. nawroty, które usuwał powtórnem zastosowaniem tiodyny. Podczas 125 wstrzyknięć nie zauważył objawów tak odczynu miejscowego, jak i jodzicy, nawet u chorych, którzy nie znosili zresztą jodu (2 przypadki). W jednym przypadku stosował Z. prócz tiodyny z dobrym skutkiem atoksyl, który poleca szczególnie przy początkowych zmianach metasyfilitycznych. *Dr Skórczewski.*

Frisch. **O działaniu sanategenu.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 24). Fr. dochodzi do następujących wniosków: Sanatogen wchłania się łatwo, nie drażni przewodu pokarmowego i chorzy znoszą go dobrze; wzmaga łaknienie i ułatwiając wyzyskanie pokarmów, działa jak lek trawienny; reguluje wypróżnienia i powstrzymuje wymioty. Nadto utrzymuje Fr., że środek ten działa uspokajająco. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Stieda. **Przypadek dotyczący mężczyzny wytrzebionego w młodzieńczym wieku.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 13). Mężczyzna, badany przez S., został wytrzebiony w 15-tym roku życia przez 3 mężczyzn gwałtem zapomocą zgniecenia jąder. S. stwierdził u niego brak zarostu twarzy, skąpe owłosienie wzgórka łonowego i pach. Mierny rozwój gruczołów piersiowych (gynekomastia), prącie małe zdolne do wzwodu i spółkowania, jądra bolesne wielkości grochu, głos wysoki, nieco chrypliwy, wzrost wysoki (175 ctm., jednak dopiero po 20. r. ż. chory zaczął róść tak, że przedtem z powodu małego wzrostu został uwolniony od wojska), przyczem uderzają niestosunkowo długie golenie, obwód klatki piersiowej mały (88) w stosunku do obwodu bioder (94), podściółka tłuszczowa obfita. Przedłużenie okresu wzrastania odnosi S. do zaburzeń w kostnieniu chrząstek nasadowych powstałych wskutek trzebienia. Rozwój gruczołów piersiowych spostrzegano również po trzebieniu. *Dr Skórczewski.*

Prof. Strassburger. **O nowszych badaniach nad fizyologią, patologią i terapią żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 7). Autor zbiera praktyczne wskazówki, jakie nasuwają badania fizyologiczne, rozpoczęte przez Pawłowa, a prowadzone przez Riegla i Bickla. Zwraca uwagę na doświadczalnie stwierdzoną czynność pobudzającą morfiny i pilokarpiny na błonę śluzową żołądka i czynność hamującą wilczej jagody i atropiny. Stwierdza, że kwaśność trawienna żołądka jest wyższa, niż dawniej obliczano, (wynosi ona według Umbra i Bickla 0,4—0,5 prc.), że z nieprawidłowości wydzielniczych polega nadmierne wydzielanie soku na szybkiem, a nadmierna kwaśność na wolnem wydzielaniu wielkich ilości soku żołądkowego. Dalej przytacza doświadczenia Lea, stwierdzające, że trawienie odbywa się jedynie w obecności wolnego kwasu solnego. Trawienie białka ciągnie się aż do wytworzenia się polipeptydów. Według badań Volhardta ma się znajdować w soku żołądkowym wydzielany przez błonę śluzową dna zaczyn, rozkładający tłuszcze. Nowsze badania promieniami Roentgena po spożyciu bizmutu stwierdziły, że u 20 prc. ludzi zdrowych żołądek nie ma kształtu podkowy, jak dawniej sądzono, lecz że jest ustawiony więcej poziomo, a odźwiernik jego leży najniżej. Co do układania się kolejno spożywanych pokarmów w żołądku, to trzeba przyjąć, że pokarmy później spożyte leżą bardziej dośrodkowo i nie stykają się z błoną śluzową; stykają się z nią leżące obwodowo pokarmy najpierw spożyte. Z tego też względu podając jako lek kwas solny w czasie jedzenia, należy go podać razem z pepsyną, ponieważ dostanie się on w środek miazgi pokarmowej, gdzie pepsyny nie znajdzie. *Dr Skórczewski.*

Gross. **Sprawność pepsyny i prosty sposób oznaczania jej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 13). Metodę swą oznaczania wartości pepsyny oparł G. na poprzednio opracowanym przez siebie sposobie oznaczania trypsyny. Sposób ten polegał na następującej zasadzie: Sernik (kazeina) rozpuszcza się łatwo w alkaliach i w przeciwieństwie do swych wytworów strawienia, kazeoz, za dodaniem rozcieńczonego kwasu octowego z rozczynu tego się strąca. Im silniej zatem sok trzustkowy działa, tem mniejszej jego ilości potrzeba do strawienia oznaczonej ilości zasadowego rozczynu kazeiny, tak, aby za dodaniem kwasu octowego zmętnienie nie wystąpiło. Przy oznaczaniu pepsyny postępuje G. w ten sposób: 1 gram sernika (*caseinum purissimum*) wraz z 16 ctm.³ 25% HCl rozpuszcza na kąpieli wodnej, w 1 litrze wody. W następstwie tego otrzymuje rozczyn 1 : 1000, zawierający tyle wolnego HCl, ile do »optimum« trawienia potrzeba. Po 10 ctm.³ tego do 39—40° ogrzanego płynu wlewa G. następnie do szeregu probówek, do których dodaje kolejno coraz większe ilości badanego soku żołądkowego. Probówki pozostają przez ¼ godziny w cieplarce, poczem do każdej dodaje się po kilka kropel zgęszczonego rozczynu octanu sodowego. Niestrawiony sernik strąci się wówczas, w przeciwieństwie do kazeoz. Przytem z kwasu solnego i octanu sodu powstaje sól kuchenna i kwas octowy. Za jednostkę siły trawiennej soku uważa G. taką jego ilość, która w przeciągu 15 minut 10 ctm.³ rozczynu sernika (=0,01 gr. sernika) tak strawi, że po dodaniu octanu sodowego zmętnienie więcej nie wystąpi. U osobnika ze zdrowym żołądkiem potrzeba średnio: 0,02—0,03 ctm.³ soku do zupełnego strawienia 10 ctm.³ rozczynu sernika, tak, że 1 ctm.³ soku żołądkowego posiadałby siłę trawienną od 30—50 jednostek. Z dalszych doświadczeń i obliczeń autora wynika, że ilość strawionego sernika, względnie siła trawienna, pozostaje w prostym stosunku do czasu, potrzebnego do strawienia, wobec czego, zdaniem G., upada postawione dla pepsyny i trypsyny prawo Schütza-Borissowa. *Dr Wl. Kluger.*

Hirsch. **O zaburzeniach żołądkowych u onanistów.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 12). H. zwraca uwagę na częstość zaburzeń żołądkowych u onanistów, które występują bądźto pod obrazem nerwowej niestrawności (dyspepsyi), bądź też, co się nierzadko zdarza, wrzodu żołądka. Dopiero bezskuteczne leczenie wrzodu, nasuwa przypuszczenie właściwej przyczyny choroby. Zawsze lepiej jednak, mając w leczeniu onanistę z zaburzeniami żołądka, myśleć najpierw o atypowym wrzodzie, niż lekkomyślnie z góry uważać cierpienie za nerwowe. Badanie chemiczne stwierdza bardzo często nadmierną kwaśność, H. widział jednak przypadki zmniejszonej kwaśności i zupełnego braku kwasu. *Dr Kluger.*

Bönniger. **Przyczynki do rozpoznawania wrzodu żołądka.** (*Berliner klin Wochs.* 1908, Nr 8). Uważając ból, występujący wokoło 30—45 minut po obiedzie, za typowy dla wrzodu żołądka, stara się go B. wyzyskać dla celów rozpoznawczych. Wprowadza mianowicie do czczego żołądka po poprzedniem przepłukaniu go 100 ctm.³ wody, 100—200 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego rozczynu HCl. U chorego na wrzód żołądka wystąpi wówczas nadzwyczaj silny ból, który należy natychmiast usunąć zapomocą mleka. Jeżeli ból się nie pojawi, (co się dzieje u ludzi o zdrowym żołądku, a nawet w większości przypadków raka), to należy przez wstrząsanie żołądka i zmianę położenia chorego wprowadzić kwas w wszechstronne zetknięcie ze ścianami żołądka. Skoro i potem ból nie wystąpi, to zdaniem B. można prawie z pewnością wyłączyć wrzód. Niezbędnym warunkiem wykonania powyższej próby jest bezwarunkowo czczy żołądek, dlatego nie można jej przedsiębrać przy niedomodze ruchowej lub znaczniejszem nadmiernem wydzielaniu trwałem (*hypersecretio continua*). Świeże krwotoki są również przeciwwskazaniem. W miarę gojenia się wrzodu bole po wlaniu HCl bywają coraz słabsze, wreszcie z zabliźnieniem się wrzodu znikają. B. zwraca dalej uwagę, że bardzo ważnem rozpoznawczo jest obmacywanie punktu bolesnego podczas równoczesnego prześwietlania żołądka promieniami Röntgena. Jest to sposób bardzo pomocny przy rozpoznaniu różniczkowem u osób histerycznych, przy rozpoznawaniu wrzodu dwunastnicy i osądzeniu, czy ból w dołku powstaje rzeczywiście wskutek uciskania wrzodu w ścianie żołądka. Przy leczeniu wrzodu poleca B. gorąco podawać śmietanę, która wiąże znaczne ilości kwasu i pozostaje długo w żołądku, pomimo czego tylko ślady wolnego kwasu stwierdzić można. Wreszcie radzi podawać naczczo po 10 gr. bizmutu wewnętrznie, uważając zatrucie nim za nieprawdopodobne. *Dr Wl. Kluger.*

Schloss. **Roślinne, czy mięsne żywienie przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego?** (*Archiv f. Verdauungskrankh.* T. XIII., Z. 3). Bardzo dokładne badanie soku żołądkowego przy stosowaniu żywienia jużto roślinnego, już też mięsnego, oraz mięszanego dowiodło, że pokarmy roślinne wywołują mniejsze i króciej trwające wydzielanie soku żołądkowego, aniżeli pokarmy mięsne. Pokarmy roślinne są zatem odpowiedniejszem pożywieniem przy nadmiernej kwaśności żołądkowej, aniżeli pokarmy mięsne, które bardziej drażnią błonę śluzową i pobudzają ją do większego jeszcze wydzielania. Jakkolwiek ze stanowiska teoretycznego powinno być przy nadmiernej kwaśności stosowane żywienie wyłącznie roślinne, mimo to radzi S. ze względów praktycznych żywienie przeważnie nie wyłącznie roślinne, ale poczęści mięszane. Za najlepszy sposób podawania uważa w tej chorobie mięso siekane lub skrobane. *Schudmak.*

Schmilinsky. **Rozpoznanie i chirurgiczne leczenie żołądka klepsydrowatego.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Rozpoznanie żołądka klepsydrowatego należy do bardzo trudnych, a staje się niemożliwe, jeśli część odźwiernikowa żołądka klepsydrowatego ukryta jest pod wątrobą. Przy rozpoznaniu posługuje się S. następującemi danemi: 1. Wywiady wskazują, że chorzy tacy od bardzo dawna cierpieli na żołądek i że wszelkie leczenie wewnętrzne było albo zupełnie bezskuteczne, lub miało tylko skutek przejściowy. 2. Ponieważ przy jedzeniu napełnia się wprzód żołądek wpustowy, przeto doznają chorzy bardzo prędko uczucia nasycenia. 3. Jeśli są wymioty, to pojawiają się one w odstępach i często zdarza się, że jedna porcya zawiera części strawione, inna niestrawione. Przedmiotowo opiera

się rozpoznanie na objawie Wölflera: Woda, wlana do żołądka, nie wraca wtedy przez zgłębnik — jak gdyby żołądek miał otwór — gdyż woda ta uchodzi tymczasem do drugiego, dla zgłębnika niedostępnego, żołądka odźwiernikowego. Co do leczenia, to S. zaleca jedynie gastroenterostomię podwójną, t. j. w części wpustowej i odźwiernikowej. *Schudmak.*

Huber. **W sprawie samoistnego rozszerzenia przełyku.** (*Corrbl. f. schw. Aerzte* 1908, Nr 4). Samoistne rozszerzenie przełyku tylko w wyjątkowych przypadkach nie daje żadnych objawów; przeważnie występują objawy, przypominające wogóle obraz zwężenia przełyku. Za przyczynę zmiany przełyku przyjmowano w pewnej części przypadków skurcz odźwiernika pierwotny, w innej niedowład ściany przełyku z następowym skurczem odźwiernika; najwięcej danych przemawia za teoryą poraźną Fryd. Krausa, przyczem odgrywałyby rolę zmiany zwyradniające w nerwach wskutek chorób zakaźnych (błonica i t. d.) i chorób wymiany materyi. Rokowanie w samoistnem rozszerzeniu przełyku jest co do wyleczenia niepomyślne, sprawa może jednak trwać dziesiątkami lat lub nawet przez całe życie bez groźniejszych następstw. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Pedyatrya.

Crux. **12 przypadków zapalenia płuc u dzieci leczonych surowicą przeciwpneumokokową Römera.** (*Deut. med. Wochen.* 1908. Nr 16). C. na podstawie 12 przypadków wypowiada zapatrywanie, iż surowica działa swoiście przy zapaleniu płuc u dzieci. Stale stwierdzał obniżenie ciepłoty w 12 godzin po wstrzyknięciu, przyspieszenie okresu rozejścia się zapalenia; czas trwania choroby znacznie miał się skracać. C. wstrzykiwał 5,0 cm surowicy wyrobu Mercka, w razie potrzeby stosował powtórnie zmniejszoną dawkę. Objawów ubocznych, czy to rumieni, czy zapalenia nerek, nie zauważył. *Dr Skórczewski.*

Schlippe. **Leczenie błonicy pyocyanazą i nieustępowanie prątków błoniczych.** (*Dtsch. m. Woch.* 1908. Nr 14). Pyocyanazę, produkt autolizy prątka ropy błękitnej, stosowano 4 razy dnia, zawsze po 2 razy z odstępem 5—10 minut, rozpylając na części zajęte parę centymetrów sześciennych. S. dochodzi do wniosku, że stosowanie pyocyanazy dozwolone jest tylko przy równoczesnem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. W niektórych przypadkach wywiera pyocyanaza wpływ korzystny na oddzielanie się błon, na cuchnienie z ust, na dolegliwości podmiotowe. W przypadkach bardzo ciężkich nie można było stwierdzić wybitnego wpływu. Pyocyanaza nie jest zdolna przyczynić się do usunięcia z gardła prątków błoniczych po przebyciu błonicy. *L.*

Prof. Bókay. **W sprawie zwolnienia tętna przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego w wieku dziecięcym.** (*Dtsch. m. Woch.* 1908. Nr 15). Autor podnosi, że bradykardyi poświęcano dotychczas przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego mało uwagi. Objaw ten zdarza się z reguły podczas wsysania okołowyrostkowych ropni i dlatego jego pojawienie się jest w rokowaniu raczej korzystne, może bowiem być oznaką rozpoczęcia się sprawy wessania: Tętno spada do 52—80 uderzeń u dzieci 7—16 letnich. Zwolnienie utrzymuje się kilka dni, do 2 tygodni. Może ono wystąpić przelotnie także po otwarciu ropni okołowyrostkowych, lub po usunięciu zmienionego wyrostka na zimno. (Porów. sprawozd. z artyk. Brocai »Przeglądu lek.« w Nr 12). *Lewkowicz.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

T. zw. soki mięsne, wyrabiane przez fabryki niemieckie rzekomo przez wyciśnięcie świeżego mięsa wołowego, zbadali w ostatnich czasach w monachijskim zakładzie higienicznym Horiuchi i Geret (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 17). Według badań tych są te »soki« (Puro, Robur) prostą mieszaniną białka jaj z wyciągiem mięsnym, na co wskazują zarówno rozbiory chemiczne, jak i odczyny biologiczne (swoista precypitacya). Do podobnych wniosków doszli już wcześniej Brehmer (Zjazd lek. i przyr. niem. 1899) i Hutchinson (Lancet 1902), z których drugi oświadcza, że każdy może sobie niezmiernie tanio sam sfabrykować taki »sok« mięsny, za jaki drogo zapłaciłby w handlu: wystarczy białko jaja, zmieszane z równą ilością wody, przecedzić przez muślin i dodać dla smaku dowolną ilość wyciągu mięsnego Liebiga, rozpuszczonego w ciepłej wodzie. Fabrykanci »soków« podnieśli gwałtowny protest przeciwko tym badaniom, wskazującym, że publiczność przez długie lata wprowadzano w błąd. *R.*

Igła do hebosteotomii Nackego składa się z wygiętego zgłębnika rowkowanego, w który od strony wklęsłej wsuwa się ochraniacz, a do światła piłkę Gigliego. Przy operacyi przeprowadza się narzędzie bez piłki poza kością, potem wsuwa się piłkę, a wysuwa ochraniacz. Podczas piłowania ochraniane są części miękkie, n. p. pęcherz, od uszkodzenia. *K.*

Fosfatometr Friedmanna do moczu. Fosfatometer ten oznacza ilość kwasu fosforowego zapomocą mieszanki magnezyowej, analogicznie jak białko przyrząd Esbacha. *K.*

Nowa maska eterowa. Nowa maska do uśpienia eterowego jest ulepszeniem maski Wagnera i Longarda. Sporządzona jest ona z jednego kawałka, a zaletą jej jest to, że usuwa ona parowanie na zewnątrz, wskutek czego prawie cały nalany eter zostaje zużyty do uśpienia. Lejek, przez który wlewa się eter, jest umieszczony na ruchomej osi, przez co można usypiać chorego dogodnie w każdem położeniu. Maskę można wygotować. Maski te wyrabia Bildheuser w Akwisgranie. *K.*

Spektroskop do badania krwi, podany przez Schumma, odznacza się bardzo wielką siłą światła; można nim badać ciemne i mętne płyny, co ma wielkie znaczenie n. p. przy badaniu plam krwawych, które można nawet wprost na kawałkach płótna, zmoczonego wodą i siarkanem amonu, ustawić przed spektroskopem. Przyrząd wyrabia fabryka Zeissa. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. posiedzenie naukowe dnia 10. kwietnia 1908.

Przewodniczący Prym. Pisek poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego Prof. Mierzejewskiego z Petersburga, którą obecni uczcili powstaniem.

I. Dr Czyżewicz jun. przedstawia rzadki przypadek **wypadnięcia** obrzękłej **błony śluzowej cewki** pod postacią guzka wielkości orzecha laskowego. Na szczycie guzka znajduje się ujście cewki moczowej. Co do leczenia, sądzi C., że zmiana da się usunąć środkami miejscowo stosowanymi i kąpielami.

II. Dr Janiszewski: **O t. zw. „opiekach“ dla chorych gruźliczych.** Na wstępie przedstawia J. liczbowo ogromne rozpowszechnienie gruźlicy, co do którego kraj nasz zajmuje miejsce jedno z najniekorzystniejszych. Śmiertelność z tej choroby z miast Europy z wyjątkiem Madrytu jest największa w Krakowie i Lwowie. Następnie scharakteryzował J. kierunek ruchu przeciwgruźliczego w Anglii, Francyi i Niemczech i omówił pokrótce sprawę sanatoryów, które w Niemczech uważano za jeden z najważniejszych sposobów zwalczania gruźlicy. We Francyi wprowadził Prof. Calmette z Lille w r. 1900 t. zw. »dispensaires«, czyli »opieki« nad gruźliczymi, które też dziś stają się jednym z głównych sposobów zwalczania tej klęski. J. omówił dokładnie urządzenia we wspomnianych »opiekach« i to wszystko, co do zakresu ich działania należy, przedewszystkiem zaś dokładną ewidencyę gruźliczych, wspomaganie ubogich w leczeniu i środki zapobiegawcze. W końcu wspomniał o »opiece«, założonej we Lwowie przez Tow. walki z gruźlicą.

W bardzo ożywionej dyskusyi zabierali głos: R. Dw. Dr Merunowicz, który na tablicach statystycznych wykazywał rozpowszechnienie gruźlicy w Galicyi, stosunek tej choroby do innych zakaźnych, podnosząc, że inne choroby zakaźne stale się zmniejszają. Gruźlica jest chorobą mieszkaniową, t. j. zależną w wysokim stopniu od stanu mieszkań i liczby ludzi je zajmujących. — Prof. Gluziński wzywa lekarzy do gorącego poparcia nowej, a tak humanitarnej instytucyi. — Prym. Pisek podaje szczegóły, tyczące się śmiertelności z gruźlicy we Lwowie, podnosząc z uznaniem znaczne ofiary gminy Lwowa na polu polepszenia stosunków higienicznych w mieście.— Dr Obtułowicz omawia stosunki zdrowotne w powiecie lwowskim, szczególnie co do gruźlicy. Gdzieniegdzie widać pewne polepszenie dzięki odpowiednim urządzeniom, jak n. p. w fabryce cygar w Winnikach. — Dr Stachiewicz radzi wstrzymać się z zakładaniem »opiek«, póki nie zbierze się odpowiednich funduszów. — Dr Mahl sen. jest za decentralizacyą »opiek« na sposób przeprowadzonego we Lwowie systemu elberfeldzkiego, tyczącego się

opieki nad ubogimi. — Doc. Bednarski porusza sprawę spluwaczek dla chorych, należących do »opieki«, co do czego dawali wyjaśnienia Prof. Kučera i sam prelegent. *Witold Nowicki.*

Posiedzenie lekarzy przemyskich w dniu 30. kwietnia 1908.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

1) Kol. Herman przedstawia chorego, u którego wykonał z powodu **przewlekłego wgłobienia biodrowo-okrężniczego** (*invaginatio ileo-colica*) **wycięcie części jelita biodrowego, kątnicy, okrężnicy wstępującej i połowy okrężnicy poprzecznej.** Cierpienie rozpoczęło się nagle przed sześcioma tygodniami. Badaniem przedmiotowem stwierdzić można było jedynie objawy zwężenia jelit. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono znamienny guz walcowaty, ukryty głęboko poza wątrobą i łukiem żebrowym. Mimo to z łatwością udało się wytoczyć całe wgłobienie na zewnątrz jamy brzusznej, a gdy niezwykle silne zrosty uniemożliwiły odgłobienie, wycięto cały guz, poczem bocznie zespolono jelito biodrowe z pozostałą częścią okrężnicy poprzecznej w ułożeniu antyperystaltycznem. Przebieg operacyjny bez powikłań.

2) Kol. Doliński przedstawia chorego po pomyślnej **gastroenterostomii,** wykonanej z powodu **rakowatego zwężenia odźwiernika.**

3) Kol. Herman zdaje sprawę z obrad XXXVII. Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie.

4) Pod koniec posiedzenia obradowano w dalszym ciągu nad miejscową taryfą lekarską, nad sprawą gremialnego wstąpienia do Towarzystwa lekarzy galicyjskich i wreszcie nad sprawą założenia naukowej czytelni lekarskiej w Przemyślu.

Sekretarz: *Dr Süsswein.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 14. kwietnia 1908 r.

1) Kozerski przedstawił kilkunastoletnią dziewczynkę, u której przed rokiem stwierdzono **mięsaka** lewego policzka. **Leczono** go naświetlaniem **promieniami Röntgena.** Nowotwór uległ całkowitemu wessaniu, pozostało jedynie nieznaczne zgrubienie okostnej na kości policzkowej.

2) Leszczyński Leonard: **Obecny stan wiedzy dentystycznej w stosunku do lekarzy praktyków.** Na wstępie podniósł L. wielokrotnie stwierdzany przez siebie brak zasadniczych nawet wiadomości z dziedziny dentystyki u lekarzy praktyków. Daje to pole do szerzenia się wśród publiczności najdziwaczniejszych i najszkodliwszych poglądów na konserwacyę zębów u dzieci i osób dorosłych. Omówiwszy z kolei sposób rozwoju zębów i ich budowę, nakreślił L. szeroko obraz cierpień zębów i współczesne metody ich leczenia. Zęby mleczne, dotąd pospolicie zaniedbywane, powinny być starannie leczone aż do zamiany ich na stałe, ze względu na prawidłowy rozwój zębów stałych i na ogólne odżywianie dzieci. Najważniejszą ochroną zębów od próchnienia jest ich dobra budowa, głównie zewnętrznej ich powłoki, — szkliwa, i czyste ich utrzymanie, zwłaszcza staranne usuwanie resztek pokarmu i śluzu, które stanowią dobrą pożywkę dla drobnoustrojów. Pod wpływem drobnoustrojów wytwarzające się kwasy tłuszczowe odwapniają tkankę zębową, ułatwiają dostęp bakteryi do organicznych tkanek zęba i tą drogą wywołują próchnienie. Przebieg próchnienia zależy od budowy zęba, zdrowia i uwapnienia w danej chwili tkanki zębowej. Do przyczyn usposabiających zalicza się: 1) dziedziczność, 2) złe ustawienie zębów, 3) pozbawioną wapna wodę do picia, 4) pracę umysłową (wiek szkolny dzieci), 5) okres dojrzałości płciowej, 6) ciążę, 7) choroby zakaźne, 8) skazy ustroju, wreszcie 9) pokarmy mączne — choroba cukierników, pokarmy miękkie — zaniedbanie żucia. Podmiotowo próchnienie przejawia się początkowo bolem przy spożywaniu pokarmów słonych lub słodkich, dalej przy zimnych, w posuniętych sprawach i przy gorących. Leczenie polega na usunięciu zmienionych i zakażonych tkanek i wypełnieniu powstałego braku t. zw. plombą. Następstwem próchnienia zęba bywa zapalenie miazgi zębowej, wywołujące w końcu jej obumarcie. Zakażenie miazgi zębowej często wikła się stanem zapalnym okostnej zęba, najczęściej na końcach korzeni: nierzadkie są wtedy i ropnie okołozębowe. Obecnie dentystyka ogromną większość przypadków zapalenia okostnej zęba leczy zachowawczo, usuwając w ten lub inny sposób ropę, odkażając i przepajając tkanki formaliną z krezolami; powstałe w następstwie braki wypełnia sztucznie i tą drogą udaje się uratować do 80 prc. zębów, które dawniej skazywane były na zagładę. Dążeniem dentysty powinno być zachowanie choćby jedynie korzeni zepsutych zębów, chronią one bowiem szczęki od zniekształtnień i służą za doskonały punkt oparcia dla zębów sztucznych. *J. L.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

B. Zakłady i urządzenia dobroczynności

w porównaniu z latami poprzedniemi niewielkim uległy zmianom. Zakładów zaopatrzenia, dających całe utrzymanie, było w r. 1904—38 (przybył 1), a było w nich 3.513 prebendaryuszy; liczba zakładów, dających częściowe utrzymanie, spadła o 4 (na 48); wreszcie były 4 zakłady, dające tylko przytułek bez utrzymania 26 osobom. Zakładów sierot było w r. 1904 41 (o 2 mniej); wychowywało się w nich 2.600 dzieci (o 1.105 mniej). I w tym roku podaje sprawozdanie tabelkę ruchu i kosztów utrzymania w tych zakładach. Natomiast niema żadnej wzmianki o stosunkach zdrowotnych. Niema też ani słowa o ochronkach. Zakład opieki nad niemowlętami we Lwowie, jedyny w kraju, mieścił 236 niemowląt († 11). Wreszcie podaje sprawozdanie tym razem kilka szczegółów o opiece nad dziećmi zaniedbanemi (zakłady: w Bobrku — 297 wychowanków, w Miejscu Piastowem — 271 i w Pawlikowicach, założony w r. 1903 — ?).

Działalność stacyi ratunkowych (pierwszej pomocy), w Krakowie i we Lwowie, szybko rosnąca, a znana dostatecznie, uległa w r. 1904 o tyle zmianie, że w Krakowie pełnić poczęli dyżury medycy płatni, kształceni przez osobnego instruktora.

Liczba kolonii wakacyjnych (10) i pomieszczonych w nich dzieci (około 1000) w roku 1904 nie zmieniła się. Kolonia w Rabce przeniosła się do nowego, obszernego budynku własnego. O korpusach wakacyjnych, istniejących niestety tylko we Lwowie, nie otrzymała Rada zdrowia żadnego sprawozdania. W Nowym Sączu odbywały się zabawy ruchowe 125 dzieci w parku Jordana. (Jak wspomnieliśmy w r. z., ustęp ten zdaje się należeć właściwie do działu 6—e: Wychowanie fizyczne młodzieży). W końcu podaje Rada zdrowia (szczupłe i niezupełne) dane o bursach dla uczniów, (przybyło podobno 5 burs), o kuchniach i herbaciarniach ludowych; natomiast niema tym razem w sprawozdaniu żadnych wiadomości o domach ubogich, (resp. o funduszach, na to przeznaczonych, i ich zużytkowaniu).

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach

poprawiają się dość powoli. W zakładzie karnym lwowskim (męzkim) było nieco mniej gruźlicy dzięki przeniesieniu w r. 1903 $^1/_4$ więźniów do zakładu stanisławowskiego i polepszeniu pożywienia. Zakład w Wiśniczu jest najmniej o $^1/_4$ przepełniony. Nowe aresztа sądowe zbudowano w 7 miastach; koniecznie potrzeba nowych, odpowiednich budynków, jeszcze w 14 siedzibach sądów powiatowych; w 3 innych są budynki za ciasne i stąd stale przepełnione; w kilkunastu mają rozmaite drobniejsze wady; tylko co do 34 aresztów sądowych nie podnieśli lekarze powiatowi żadnych zarzutów. Dur plamisty pojawił się w 3 aresztach; z dobromilskiego rozkrzewiła się znaczniejsza epidemia (w 5 gminach). W r. 1903 zbadali lekarze powiatowi stan wszystkich aresztów gminnych. Stan ten jest po miastach lepszy, aniżeli po wsiach, wogóle jednak, jak wynika ze szczegółów, podanych w sprawozdaniu, nieświetny.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Rozdział ten rozpoczyna się w ostatniem sprawozdaniu pomyślną wiadomością, że w r. 1904 nie było w donoszeniu o chorobach zakaźnych »tak rażących zaniedbań, jak w roku poprzednim, nie było też wypadków groźnego rozszerzenia się epidemii z powodu zatajenia pierwszych przypadków choroby zakaźnej«. Zapewne jest to skutek energicznych zarządzeń, wydanych w r. 1903, oraz surowszego karania wójtów za zaniedbania; niemniej są jeszcze powiaty (tarnopolski), gdzie »ani

karami, ani przedstawieniami i upomnieniami nie można było skłonić ludności do wczesnego zgłaszania chorób zakaźnych«. Tym razem niema wzmianki o zaniedbaniach ze strony lekarzy we Lwowie i w Krakowie; czyżby stosunki istotnie tak się tam poprawiły?

O gminnych lokalach izolacyjnych, których w r. 1904 przybyło znowu... na prowincyi, nawet po wsiach, a nie było... ani we Lwowie, ani w Krakowie, powtórzyćby należało tesame uwagi, co w roku zeszłym. Przykrzejszą jednak jeszcze rzeczą, niż brak lub nieodpowiednie urządzenie tych lokalów w wielu jeszcze gminach, nieraz w całych powiatach (Bochnia, Krosno, Żydaczów), jest wiadomość, że z większości (42) powiatów »niema w sprawozdaniach żadnej wzmianki o takich lokalach, co dowodzi małego zainteresowania się tą sprawą — nader ważną — przeszło połowy lekarzy powiatowych« A przecież od tego »zainteresowania się« zależy w znacznej mierze poprawa stosunków!

Na szczególne podniesienie zasługuje ze wszech miar pożyteczna, od lat 4 wprowadzona innowacya: zapomogi rządowe dla chorych ubogich i izolowanych osób, z których to zapomóg zaopatrywane są osoby izolowane w żywność i wypłaca się odszkodowanie za przedmioty spalone, których nie można lub nie warto odkażać. Zapomogi te, wynoszące w r. 1901 — 3600 K., doszły w r. 1904 już 22.284 K. Równie pożyteczny jest wzrost bezpośredniej kontroli ze strony Namiestnictwa; inspektorowie sanitarni i krajowy Referent sanitarny odbyli w r. 1904 w tym celu 14 podróży do okolic, nawiedzonych epidemiami (w r. 1901—10, w r. 1902—7).

Przyrządów odkażających parowych było w r. 1904 w całym kraju 233 (o 6 mniej, niż w r. 1903: ani jednego przyrządu nie posiadał tylko powiat pilzneński), a oprócz tego 73 formalinowych. O tem jednak, jak też i jak często bywa wykonywane odkażanie, nie ma tym razem w sprawozdaniu nawet ogólnikowych wiadomości, prócz danych ze Lwowa, gdzie wykonano 2.365 odkażeń, urządzono (drugi z rzędu) kurs dla służby desynfekcyjnej, a fizyk miejski wydał też odpowiedni podręcznik. Niewątpliwie jednak uwagi nasze zeszłoroczne (zwłaszcza co do Krakowa) możnaby (niestety bez zmiany) powtórzyć i o r. 1904.

Leczenie surowicą jest co do błonicy i tym razem wspomniane dwukrotnie (na str. 21—23 i 172), chociaż możeby było praktyczniej wszystkie dane o niem zgromadzić razem w rozdziale o zwalczaniu chorób zakaźnych. Przytoczone w sprawozdaniu wyniki stosowania surowicy Moserowskiej w lwowskim szpitalu dla dzieci znane są z ogłoszonych już dawniej prac. Wreszcie podaje tu Rada zdrowia dane o działalności zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi w Krakowie, gdzie od 1. I. 1905 poczęto szczepionych pomieszczać na koszt rządu w prywatnym zakładzie Prof. Bujwida, zamiast, jak przedtem, w szpitalu św. Łazarza.

W ustępie o zwalczaniu gruźlicy podaje sprawozdanie wiadomość o zawiązaniu się w r. 1904 we Lwowie, »Stowarzyszenia dla walki z gruźlicą i popierania budowy domów zdrowia dla dotkniętych tą chorobą« (które zresztą niewiele aż po r. b. dało znaków życia i dopiero teraz ma otworzyć jedno dyspensatoryum) i o uchwaleniu w tymże roku przez Sejm 10.000 K. na zapomogi dla chorych, leczących się w domu zdrowia w Zakopanem.

Zwalczanie endemii kiły w kosowskiem i nadwórniańskiem omówione było dokładnie w poprzednich sprawozdaniach aż do połowy r. 1904. W drugiej połowie tego roku przybyło do 3.045 osób, leczonych przez 2 poprzednie lata, dalszych 571; z tych wszystkich chorych leczono 3.061 ambulatoryjnie, a 555 na koszt rządowy w tymczasowym szpitalu w Żabiu. Za wyleczonych uznano w kosowskiem 79·2% leczonych, w nadwórniańskiem 86·2%. Oprócz tego leczono w r. 1904 w szpitalach powszechnych 3.726 chorych na kiłę. Z podanego w sprawozdaniu zestawienia według powiatów i miejscowości wynika, że (o ile z liczby chorych, leczących się w szpitalach wnosić można) była kiła najwięcej rozpowszechniona w powiatach peczeniżyńskim (2·28‰ ludności), dolińskim (1·68), kołomyjskim (1·54) i stanisławowskim (1·50). Sprawozdanie wytyka, że właściwie tylko w pow. dolińskim i stryjskim starali się lekarze rządowi wyśledzić chorych na kiłę, gdzieindziej zaś ograniczali się conajwyżej do zbadania osób, które im przedstawiano jako chore.

Z rozdziału o szczepieniu ochronnem od ospy (słusznie przeniesionym do tej części sprawozdania) wynika, że z dzieci zdatnych do szczepienia (300.597) zaszczepiono w r. 1904 — 91% (tyleż co w r. 1903). Uderza przykro okoliczność, że najwięcej dzieci (38·8%) uchyla się od szczepienia w stolicy kraju, w m. Lwowie i to od szeregu lat! Już lepiej jest w powiecie drohobyckim (23·0% nieszczepionych): trzecie miejsce zajmuje m. Kraków (18%), chociaż r. 1904 przyniósł tu poprawę. Pomyślny wynik miało szczepienie w 90·2%, ujemny w 4%, nieznany w 5·8%. Rewakcynowano w r. 1904, 164.854 dzieci 10-letnich, z nich 80·7 z wynikiem dodatnim: prócz tego zaszczepiono w całym kraju przy przyjęciu do szkoły 9.557 dzieci, które nie miały widocznych blizn szczepiennych; wreszcie z powodu pojawienia się ospy szczepiono z konieczności i rewakcynowano 2.235 osób w 7 powiatach (zwłaszcza w kolbuszowskiem — 1.265). Za szczepienia w r. 1904 zapłacił fundusz krajowy 115.679 K. (średnio za jedno szczepienie z rewizyą 28 h.) oprócz kosztów szczepienia z konieczności, które ponosi rząd. Dwa krajowe zakłady krowiankowe dostarczyły 455.900 porcyi krowianki.

Namiestnictwo powołało w r. 1904 »komisyę w celu przedstawienia wniosków ku zwalczaniu chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego«, złożoną z 9 członków (z nich tylko jeden z prowincyi, reszta ze Lwowa) pod przewodnictwem Prof. Gluzińskiego. Uchwały komisyi poda dopiero przyszłe sprawozdanie za r. 1905.

Ofiarą przy zwalczaniu chorób zakaźnych padło w r. 1904 pięciu lekarzy: 3 rządowych, a 2 okręgowych: Dr Zierhofer, Jastrzębski, Stasina, Budzynowski i Iwański. Z nich 4 zmarło na dur plamisty, jeden na dur brzuszny. W czterech latach (1901—1904) opłaciła więc Galicya swoje stanowisko »przedmurza sanitarnego« Austryi życiem trzynastu lekarzy..

Koszta zwalczania chorób nagminnych, poniesione przez skarb państwa, a wynoszące w r. 1900 197.083 i odtąd stale wzrastające, doszły w r. 1904 do kwoty 381.880 K. w ciągu lat pięciu wzrosły więc w dwójnasób.. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze, a kółka rolnicze. Zarząd powiatowy Kółek rolniczych w Przemyślu zwrócił się do lekarzy przemyskich z propozycyą, by członków Kółek leczyli za zniżonem honoraryum, ofiarując w zamian poparcie tym lekarzom, którzyby propozycyę przyjęli. Izba lek. wschodnio-galicyjska, której lekarze przemyscy sprawę tę przedłożyli, oświadczyła się przeciw przyznawaniu opustu członkom Kółek, ponieważ nie są one instytucyą humanitarną i znaczna część ich członków należy do ludzi zamożniejszych. Dr Mikołajski, uzasadniając dokładniej orzeczenie Izby (Głos lek. 9) podnosi nadto, że ofiarowane przez Zarząd Kółek »poparcie« tych lekarzy, którzyby obniżyli honorarya, wpłynęłoby na ogólny spadek wynagrodzenia lekarskiego poniżej możliwych granic, a byłoby rodzajem faktorstwa zorganizowanego. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 31. III. 1908	396,282	177,676
W kwietniu 1908	3,895	3,000
razem .	400,177	180,676

Dr Żydłowicz, administrator.

Zwalczanie partackich środków ułatwia wydany przez austr. ministerstwo spraw wewn. spis środków, zakazanych w Austryi, jakoteż leków, dopuszczonych do ogólnego obrotu w aptekach. Spis ten można nabywać wprost w c. k. nadwornej i państwowej Drukarni w Wiedniu po cenie 15 h za egzemplarz. By powstrzymać anonsowanie tych środków, rozesłało Namiestnictwo gal. (4. IV. 1908, L. 35,862/VI. b) spis ten do redakcyi pism i t. d. *R.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych zabiera głos »Kuryer lwowski« (Nr 199), wyrażając przekonanie, że byłoby korzystniej, gdyby dostosowanie przyszłej ustawy do warunków galicyjskich nie było pozostawione jedynie rozporządzeniu wykonawczemu władz centralnych, lecz gdyby »właśnie z powodu odrębności stosunków przyznano tu ustawodawstwu krajowemu jak najszerszą ingerencyę w granicach ogólnych postanowień ustawy państwowej«. Autor artykułu sądzi także, że od czasu, gdy pojawiła się myśl ankiety krajowej w tej sprawie, ankieta taka bez szkody dla rzeczy mogła była się odbyć. *R.*

Uwagi o szpitalnictwie niemieckiem w porównaniu z naszymi stosunkami, jako sprawozdanie, przedstawione Krajowej Radzie Zdrowia 4. IV. b. r., ogłasza Dr J. Starzewski, dyrektor szpitala lwowskiego. Prócz dawniej sobie znanych szpitali wrocławskich zwiedził Dr Starzewski w czasie wycieczki na ostatni niemiecki Zjazd higieniczny 9 szpitali w Berlinie, Hamburgu, Poznaniu i Dreznie. Omawiając w pierwszym artykule swym (Tyg. lek. 18) opiekę nad chorymi, zauważa Dr S., że właściwa opieka lekarska w niemieckich szpitalach nie różni się wiele od naszej; w Niemczech panuje tylko większy rygor i subordynacya, dokładniej pilnuje się godzin służby i lepiej wyzyskuje materyał szpitalny; natomiast stosunek lekarzy do chorych jest zimny i sztywny. W Niemczech wzorowo działa instytucya nadzorczyń (Schwester), zawodowo przez 2 lata kształconych i umiejętnie spełniających zarządzenia lekarzy, (gdy nasze Siostry zakonne są kształcone tylko w.... przepisach reguły zakonnej, nie odbywają żadnej praktyki, przebywają na oddziele tylko kilka godzin dziennie i nie asystują przy operacyach), oraz służba niższa, również zawodowo kształcona i dobrze płatna, zależna tylko od zarządu szpitala, z prawem do awansów, emerytur i urlopów dorocznych, (gdy u nas rekrutuje się ona z nieokrzesanych parobków i dziewek, jest płatna źle i t. d.). *R.*

Doniosłość higieny. Br. Dr Takaki, wysoki funkcyonaryusz w wojskowej służbie zdrowia w Japonii, ogłosił ciekawe dane statystyczne w sprawie śmiertelności w wojnie japońsko-chińskiej i w niedawnej kampanii rosyjsko-japońskiej. W pierwszej wojnie zapadło na cholerę 82,77‰, a zmarło 50,86‰ żołnierzy, w drugiej wojnie żaden żołnierz ani nie zachorował, ani nie umarł. Na dur chorowało w pierwszej wojnie 37,14‰, a zmarło 10,98‰, gdy w drugiej wojnie odpowiednie liczby wynosiły 9,26‰ i 5,16‰. Podobnie co się tyczy zimnicy wynosiły liczby te w pierwszej wojnie 102,58‰ i 5,29‰, a w drugiej tylko 1,96‰ i 0,07‰. Uderzające te różnice zawdzięczała armia japońska wyłącznie ulepszeniom higienicznym. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. IV. do 2. V. 1908 doniesiono o 42 przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Bohorodczany (Dźwiniacz 10), Brzeżany (Krasna 2), Jaworów (Czernilawa 1, Drohomyśl 2, Hruszowice 1), Kamionka (Witków nowy 2, Majdan stary 8), Lisko (Jaworzec 2), Podhajce (Nowosiółka 1), Rawa (Biała 2), Skałat (Połupanówka 1, Okno 1), Sokal (Tartaków 3), Zborów (Pleśniany 2, Presowce 1), Żółkiew (Dobrosin 2), o 2 przypadkach ospy w Kwaczale pow. Chrzanów, oraz o 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Humem wyżnem p. Turka. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26 IV. do 2. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 1; zmarło osób 70 (w tem obcych 36), z nich z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc 7 (3), błonicy 3 (3), odry 4 (4). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. IV. do 2. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (tem obcych 6 † 3), krztuśca 2, płonicy 3 (2), odry 7 † 4 (3 † 4), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. IV. do 2. V. 1908 zgłoszo przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 5, płonicy 54 † 9 (6 † 3), odry 9, duru osutkowego 5 † 1 (3 † 1), duru brzusznego 8 (2), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapalenia opon 2, czerwonki 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w m. Łodzi w marcu 1908 wynosiła 680, z tego 289 (51)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 391 (95) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica 82 — dzieci 18 (5): dorośli 64 (16), gruźlicze zapalenie opon 26 — 26 (3): 0, ospa 89 — 86 (2): 3 (1), odra 11 — 11 (2): 0, krwawa biegunka 2 — 2: 0, róża 4 — 1: 3 (2), dur brzuszny 9 — 5 (0): 4 (1), zapalenie płuc 54 — 43 (11): 11 (5) błonica 9 — 9 (2): 0, grypa 1, krztusiec 2; razem dzieci 203 (25), dorosłych 86 (26).

B) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 46 — 43 (14): 3 (1), nieżyt dróg oddechowych 46 — 44 (10): 2 (0), wady serca 28 — 1: 27 (10), nowotwory 21 — 1 (1): 20 (4), uwiąd starczy 33 (5), nieżywo urodzonych 46 (8), rany postrzałowe 10 (4), rany cięte 4 (1), rozmaite 147 — 73 (27): 74 (10). Ogółem 218 (60) dzieci i 173 (35) dorosłych.

Śmiertelność dzieci do śmiertelności dorosłych miała się jak 421: 259, ten sam stosunek u żydów 85: 61. *Dr Bartoszewicz.*

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. V. b. r. posiedzenie, na którem po demonstracyi Prof. Kostaneckiego, Dr T. Janiszewski wykładał o dyspensatoryach dla chorych na gruźlicę. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki, Ciechanowski i Dr Gertler.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne odbyło Walne Zgromadzenie w d. 3. V. b. r. Do Wydziału zoatali wybrani: Dr Kaden (Rabka), Pelczar (Truskawiec), Regiec (Rymanów), Wąsowicz i Zathey (Krynica), do komisyi kontrolującej Dr Czop (Jaworze) i Dr Zychoń (Zakopane). Uchwalono, by Wydział, jako komitet gospodarczy, starał się urządzić z końcem września r. b. Zjazd balneologów polskich we Lwowie lub Zakopanem, połączony ze zwiedzeniem zdrojowisk galicyjskich. Delegatem do komisyi, zajmującej się popieraniem przemysłu krajowego, wybrano Dra Zanietowskiego. W końcu uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę: »Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. balneologicznego, zebrane po raz pierwszy po bolesnej ustawie o wywłaszczeniu w uroczystym dniu 3 maja, wzywa wszystkich lekarzy, aby popierali jedynie polskie zdrojowiska, a gdyby w danym wypadku żadne z naszych zdrojowisk nie było odpowiednie dla pacyenta, polecali inne, a nie pruskie. Równocześnie zwraca się Towarzystwo do polskiego społeczeństwa, aby pozbyło się niesłusznych nieraz uprzedzeń do naszych zdrojowisk, a w poczuciu obowiązku patryotycznego miało dla nich więcej wyrozumiałości przy porównaniu tychże z zagranicznemi«.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci, utrzymujące szpital im. św. Ludwika w Krakowie i kolonię leczniczą w Rabce, wydało sprawozdanie za r. 1907. W roku tym przeszła znajdująca się w szpitalu klinika pedyatryczna w ręce prof. Dra Lewkowicza, kierownictwo szpitala w ręce Dra Fr. Murdzieńskiego, a dotychczasowy dyrektor szpitala, Czcigodny prof. Dr Jakubowski, mianowany został przez Towarzystwo honorowym kuratorem szpitala. Płace lekarzy szpitalnych i służby zostały podwyższone. Wprowadzono w życie fundusz żelazny rekonwalescentów szpitala św. Ludwika, który w roku 1907 dobiegł kwoty 20,000 K.; z rokiem bieżącym przeto rozpocznie się zużywanie odsetek tego funduszu na wsparcia (odzież, przyrządy ortopedyczne) dla dzieci, opuszczających szpital. W kolonii rabczańskiej zwiększono liczbę miejsc z 80 na 90. Towarzystwo miało z końcem r. 1907 okrągło 100 członków; czysty majątek Tow. wynosił 424,498 K., z tego w dziale Towarzystwa 25,309, w dziale szpitala 306,329, w dziale kolonii 92,859. Rachunek funduszu bieżącego Towarzystwa zamyka się w dochodach i wydatkach kwotą 24,882 K., rachunek szpitala kwotą 67,874 K., kolonii 22,622 K. W ambulatoryum leczono 5,047 dzieci, stale 1221 przez 35,680 dni szpitalnych.

— Liczba słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1907/8 wynosiła 486 (420 słuchaczy i 38 słuchaczek zwyczajnych, 16 słuchaczy nadzw., 12 hospitantek). Co do likzby słuchaczy zajmował wydział lekarski krakowski trzecie miejsce w Austryi; przed nim szły Wiedeń (1898 słuchaczy), Praga, wydział czeski (551), po nim Graz (356), Praga, wydział niemiecki (305), Lwów (258, mianowicie 216 słuchaczy i 34 słuchaczek zwyczajnych, 8 słuchaczy nadzw.), Insbruk (188).

— Komisarz rządowy, zarządzający tymczasowo miastem Muszyną, podał do wiadomości Towarzystwa lek. krak., że wskutek śmierci dotychczasowego lekarza zachodzi gwałtowna potrzeba lekarza dla Muszyny i okolicy. Lekarz w Muszynie osiadły może uzyskać posady: kolejową (1400 K. rocznie), sądową (240 K.) miejską (500 + 200 K.), a dochody z praktyki dochodzić mogą do 3000 K.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 2 maja 1908 przedmiotem obrad były: 1) mianowanie docenta higieny w seminaryum naucz. w Kołomyi; 2) sprawa grobowca prywatnego w Polance wielkiej; 3) sprawa wzorów na sprawozdania lekarzy okręgowych z podróży peryodycznych; 4) sprawozdanie R. Dw. Dra J. Merunowicza z międzynarodowego Zjazdu higienicznego, który odbył się w Berlinie w czasie od 22 do 30 września 1907. *T.*

— Wobec tego, że myśl utworzenia we Lwowie »Kropli mleka« upadła, podnosi »Kuryer lwowski« (Nr 198) sprawę utworzenia biur porady dla matek, schronisk dla karmiących matek, ciężarnych i dla podrzutków, oraz żłobków, którą to sprawę poruszył Dr St. Progulski w »Tygodniku lek.«.

— Pogotowie ratunkowe lwowskie, znajdujące się w trudnych warunkach finansowych, przejść ma w zarząd Towarzystwa polikliniki powszechnej, które podejmuje się utrzymać Pogotowie, jeśli gmina udzieli 20,000 K. rocznej subwencyi. Układ

ten prawdopodobnie dojdzie do skutku, bo gdyby gmina miała objąć Pogotowie we własny zarząd, musiałaby poświęcić na nie przeszło 60.000 K. rocznie.

— Krajowy »Komitet ochrony dzieci« we Lwowie zorganizował się podobnie, jak takiż komitet w Krakowie. Do komisyi pedagogiczno-lekarskiej wybrano z lekarzy R. Dw. Dra J. Merunowicza i Dra Kociubę. Do dwóch innych komisyi (prawniczej i administracyjnej) nie wszedł nikt z lekarzy.

— »Vocho de Kuracistoj«, miesięcznik lekarski w języku esperanto, wydawany przez Dra Mikołajskiego, zrazu jako dodatek do »Głosu lekarzy«, zaczyna obecnie wychodzić samoistnie. Wydany w ten sposób właśnie Nr 3 zawiera artykuły Dra Mikołajskiego, Zamenhofa i Róbina (Warszawa), prof. Martina i Souliera (Lyon), Dra Szydłowskiego i Golimonta (Rosya). Miesięcznik został życzliwie przyjęty przez pisma lekarskie francuskie, amerykańskie i rosyjskie i zyskał sobie już czytelników w różnych krajach na obu półkulach. Pismu życzyć należy dalszego rozwoju, który nie byłby i dla naszych lekarzy bez znaczenia, ułatwiając stosunki z lekarzami całego świata i wyzwalając z pod przeważnego wpływu niemczyzny.

— Jubileusz cesarski postanowił Wydział powiatowy w Buczaczu uczcić wybudowaniem szpitala, którego koszt ma wynosić 300.000 K.

Warszawa. Ambulatoryum miejskie we Włocławku w roku 1907 udzieliło 2800 bezpłatnych porad 1521 chorym. Utrzymanie ambulatoryum kosztowało 560 rb,, dochody wynosiły 466 rb. (w tem 400 rb. od miasta). Jedna porada z lekarstwami i opatrunkami kosztowała 20 kop.

— W dniu 9-go maja b. r. o godzinie 7 wieczorem w sali Towarzystwa muzycznego w Siedlcach odbędzie się zebranie organizacyjne Towarzystwa lekarskiego gub. Siedleckiej. W imieniu członków-założycieli występuje Dr St. Wąsowski.

Nowemu Towarzystwu lekarskiemu przesyła Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia pomyślnego rozwoju.

— Prezesem Towarzystwa higienicznego w Płocku obrany został Dr Aleksander Maciesza, wiceprezesem Dr Aleksander Zaleski.

— Dom przedpogrzebowy (»morga«) warszawski zostanie ukończony i otwarty prawdopodobnie w d. 1. X. b. r.

— W Warszawie praktykuje obecnie 982 lekarzy cywilnych, oprócz tego zaś około 20 nie wykonywa praktyki.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich 6—10. VI. b. r. w Pradze. Do honorowego prezydyum Zjazdu zostali zaproszeni prof. Eiselt, Frič, rektor uniw. prof. Goll, starosta m. Pragi Dr Groš, prof. Hlava, Chodounsky, Koláček, inż. Křižik, rektorowie obu politechnik czeskich w Pradze i Bernie prof. Nowotny i Grimm, JE. minister prof. Randa, prof. Preis, Reinsberg, Solin, Vrba. Przewodniczącym komitetów narodowych są: bułgarskiego Dr Russev, chorwackiego Dr Cačković, polskiego R. Dw. prof. Dr Wicherkiewicz, serbskiego Dr Danič. Komitet rosyjski nie podał swego przewodniczącego, słoweński jeszcze się nie ukonstytuował. Wszelkich wyjaśnień udziela kancelarya Zjazdu w Pradze (Vladislova ul. 14). Uczestników Zjazdu zgłosiło się dotąd 484.

Z różnych stron. Statystyka, zebrana wśród studentów uniwersytetu w Petersburgu stwierdza, że corocznie 33 prc. (10,000, z ogólnej liczby 30,000) zapada na choroby weneryczne; 66 prc. używa wyskoku, 90 prc. tytoniu. *S.*

— Zjazd lekarski im. Pirogowa odbędzie się w Petersburgu, (a nie w Odessie, jak to pierwotnie zamierzano). *S.*

— Na wniosek prof. Bechtjerewa odbędzie się wkrótce w Petersburgu Zjazd psychologów i neurologów, który będzie obradować nad programem nauk w nowo otworzonym Instytucie psycho-neurologicznym. *S.*

— Za łapownictwo pozbawiony został praw i skazany na rok rot aresztanckich Dr Karmiłow, »rzeczywisty radca stanu, honorowy lejb-medyk, gubernialny inspektor lekarski petersburski«, który za pieniądze wydawał jako inspektor pozwolenia na otwieranie aptek. *S.*

Mianowani: Dr Schlank asystentem kliniki położniczej w Krakowie; Dr B. Zaleski i M. Wernic bezpłatnymi lekarzami ambulatoryum szpitala św. Łazarza w Warszawie;

Doc. Mohr z Berlina profesorem nadzw. medycyny wewn. w Halle.

Zmarli: B. Prof. chemii Béchamp w Montpellier;

emer. lekarz sztabowy generalny Dr Władysław Zgórski-Kotwicz w Wiedniu; Dr Franciszek Wychowski w 47 r. ż. w Płocku; Dr Leonard Orzechowski, b. sekundaryusz szpitala św. Ludwika, potem praktykujący w Tarnobrzegu — we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Bartoszewicz: Autan — nowy preparat Dra Eichengrüna dla otrzymania pary formaldehydu w celach dezynfekcyi. Now. lek. 1908. — XXXV. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1907. — Papée: 1) Kiła u prostytutek we Lwowie. Przegl. chor. skórn. 1908. 2) O reformie prostytucyi. Tyg. lek. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Walne zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 30. maja 1908 o godz. 6 wieczorem** w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11).

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Kwiatkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski wydziału w sprawie stosunku Kasy do Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ferroplasma (sproszk. *rumex crispus*). Prof. Forlanini (Gazzetta Medica Italiana. Pawia, 1907, Nr 31—33) ogłasza korzystne wyniki stosowania tego przetworu (wyrobu firmy H. Vivien) w niedokrwistości, stwierdzając wzrost liczby ciałek czerwonych krwi o 2,000,000 w ciągu 20 dni, wzrost ilości hemoglobiny, brak niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy Do podobnych wniosków dochodzi prof. Gilbert i Dr Lereboullet (odczyt w Soc. de biologie, maj, 1906). Także u gruźliczych stosowano »ferroplasma« z korzyścią. *Ra. W.*

China-Blutan nazywa fabryka Helfenberg A. G. nowy rodzaj swego przetworu, wolnego od wyskoku »liquor ferromang. pepton.« z wyciągiem z kory chinowej. Riess otrzymał przy użyciu tego przetworu wyniki korzystne i wyraża się o nim następująco: »China-Blutan łączy zalety łatwo strawnego przetworu żelazistego ze skrzepiającymi, ciepłotę lekko obniżającymi ilościami wyciąga chinowego. Zawartość hemoglobiny zwiększa się u chorych szybko bez objawów niekorzystnego odczynu. Stosowałem środek ten u niedokrwistych wszelkiego rodzaju, w kile dziedzicznej, histeryi, połogu. U chłopca chorego na pląsawicę otrzymałem bardzo dobry wynik.« (Kl. Therap. Wochenschr. 1908, Nr 8). *S. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Kosów.
Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Szczawnica.
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.
Dr **Pelczar Zenon.**

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.
Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 16. maja 1908 Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Prof. Dr Wal. Jaworskiego w Krakowie.

O krzywicy późnej.

Napisał

Docent Dr Erwin Męsowicz
asystent kliniki.

Zastosowanie promieni Röntgena do badania rozwoju oraz chorób układu kostnego i możliwość stosowania tego badania za życia, dały w pewnych kierunkach lepsze wyniki, niż badanie anatomiczne tych spraw, a dyagnostyka chorób kości zyskała przez to na ścisłości. W przypadkach niektórych rzadszych chorób układu kostnego, gdzie dotąd tylko z pewnem prawdopodobieństwem można było rozpoznawać chorobę, a wątpliwą była przyroda cierpienia, można dzisiaj rozpoznanie to badaniem rentgenograficznem rozjaśnić i utwierdzić.

Najlepiej o tem przekonywa opisany poniżej przypadek krzywicy późnej. Zmiany chorobowe i objawy, spostrzegane w tym przypadku, zużytkowaliśmy nietylko na potwierdzenie naszego rozpoznania. Staraliśmy się także na podstawie własnych spostrzeżeń oraz spostrzeżeń zebranych z dostępnego nam piśmiennictwa stwierdzić, że pojęcie kliniczne »krzywicy późnej« *(rhachitis tarda)* jako jednostki chorobowej jest, mimo niedowierzających lub przeciwnych zdań, zupełnie uzasadnione.

Spostrzeżenie własne.

Eleonora R., lat 17 licząca, szwaczka. Dziedzicznie nie obciążona. Rodzeństwo zdrowe. Do obecnej choroby zawsze zdrowa. Chodzić zaczęła wcześnie, ząbkowała prawidłowo.

Przed dwoma laty poczęła doznawać bolów w kostkach kończyn dolnych. Do bolów tych dołączyło się zgrubienie kostek. Dłuższe chodzenie sprawiało chorej bole, pojawiające się także w zakresie kości udowych i kości krzyżowej. Wkrótce potem chora zauważyła zgrubienia w zakresie nasad kości kończyn górnych, szczególnie wyraźne w okolicy stawów nadgarstkowych. Zgrubienia te nie były bolesne. Od $^3/_4$ roku chora nie chodzi o własnych siłach. Może się posuwać, opierając się o otaczające sprzęty. Od 2 miesięcy nawet przy pomocy nie chodzi. Leży w łóżku. Może siadać o własnych siłach. Stać sama nie może. Bolów w zakresie kończyn dolnych doznaje tylko przy usiłowaniu chodzenia. W przebiegu danej choroby częste, po kilka dni trwające biegunki, częste nieżyty oskrzelowe. W ostatnich miesiącach chora schudła i wynędzniała. Miesiączka wystąpiła w 15. roku życia, prawidłowa. Następne również zawsze prawidłowe. Przyjęta do kliniki 19. X. 1907.

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu małego, źle odżywiona, blada. Sutki dobrze rozwinięte. Uwłosienie głowy, wzgórka łonowego prawidłowe. Gruczoły karkowe powiększone, nieco twarde. Gruczoł tarczowy w całości powiększony, twardy. Szmerów naczyniowych nad nim nie słychać.

W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie wykryto.

Badanie ginekologiczne: *Virgo intacta.*

Odruchy kolanowe wzmożone. Zresztą w układzie nerwowym zmian nie ma.

Badanie krwi: Hb. 60% (Govers), krwinek czer. 6,400,000, krwinek biał. 4,600, w czem neutrofilów 49%, limfocytów 43%, eozynochłonnych 7·5%.

Układ kostny (ryc. 1 i 2):

b) *a)*



Rycina 1.
a) krzywica późna, *b)* zmiękłnienie kości.

Obwód czaszki $53^1/_2$ cm. Guzy czołowe wyraźnie zaznaczone. Ciemiączka i szwy prawidłowe. Zęby dobrze utrzymane. Klatka piersiowa beczkowata, spiera się wprost na talerzach biodrowych. Przyczepy żeber do chrząstek żebrowych okazują bardzo wyraźne i znaczne zgrubienia (różaniec). Bolesności za uciskiem nie ma. Obojczyki nadmiernie powyginane. W połowie długości obojczyka lewego zgrubienie kostninowe po złamaniu. Kręgosłup w części piersiowej i lędźwiowej wygięty ku stronie lewej. Kość krzyżowa z zewnątrz zmian nie okazuje.

Miednica: zniekształtnień wyraźnych nie ma. *Dist. spinalis* 21 cm., *Dist. cristalis* 33, *Dist. trochanterica* 33 cm. Kości spojenia łonowego nie tworzą wystającego dzióba. Nawet za silnym uciskiem bolesności w zakresie kości miednicy stwierdzić nie można.

Najciekawsze zmiany spostrzegamy na kończynach. Nasady kości przedramion okolicy stawów nadgarstkowych są znacznie zgrubiałe. Zgrubienia te, nieco tkliwe za uciskiem, są miększe od kości prawidłowych. Obwód przedramion na wysokości nasad wynosi $15^1/_2$ cm. Obwód przedramienia 2 cm za nasadami wynosi 13 cm. Obwód przedramienia w połowie długości wynosi 17 cm. Długość ramion od pachy do końca palca trzeciego wynosi 53 cm.



Rycina 2.

Kończyny dolne znacznie zniekształtnione. Kości udowe są wygięte wypukłością na zewnątrz. Kości goleni mają znowu wygięcie, skierowane w stronę wprost przeciwną tak, że kolana schodzą się, tworząc tak zwane kolano koślawe. Dla zachowania zaś równowagi ciała, zaburzonej przez zniekształtnienie kości długich kończyn dolnych, wytworzyło się w zakresie kości stopy ustawienie, zwane stopą płaską. Nasady kości długich kończyn dolnych są wyraźnie zgrubiałe i za uciskiem tkliwe. Odległość paluchów nóg, przy zestawionych równo kolanach, wynosi 20 cm

Długość ciała całkowita wynosi 127 cm. Ciężar ciała 33 kg.

Ciekawe zmiany przedstawiają zdjęcia kości, dokonane zapomocą promieni Röntgena. Cień utkania kostnego kości długich wychodzi na zdjęciu znacznie jaśniej, niż w warunkach prawidłowych. Istota korowa tych kości tworzy tylko wąski szlak obejmujący dokoła rozrzedzoną istotę gąbczastą. Obraz ten przemawia za znacznem odwapnieniem kości (Rycina 3).

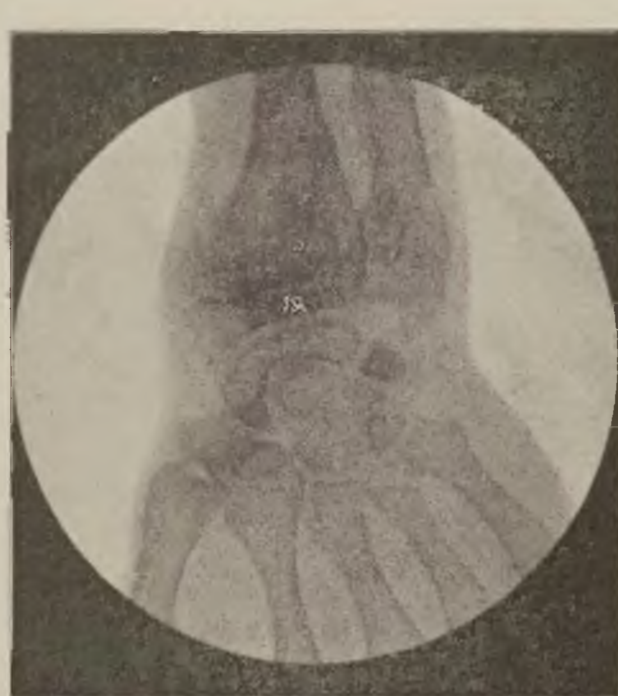


Rycina 3.

Jeszcze wyraźniejsze zmiany widać w miejscach zrastania się nasad z trzonami kości długich; szczególnie wyraźne zmiany te widać w przyręcznych nasadach kości przedramion (Ryc. 4). W warunkach prawidłowych nasady kości przedramion po stronie przyręcznej przylegają w 17. roku życia prawie zupełnie do trzonu kości, a na zdjęciu rentgenograficznem oznacza tylko wązki rąbek miejsce zrostu tych dwóch części kostnych.

W naszym przypadku miejsce to zaznacza się na zdjęciu promieniami Röntgena, jak pas chrząstkowy, około pół ctm. szeroki, dzielący przysadkę od trzonu kości. Powierzchnie zaś nasad i trzonów, stykające się z paskiem chrząstkowym, mają nieregularne zatokowate brzegi, spotykane zazwyczaj w nasadach kości dzieci, dotkniętych krzywicą.

Z przebiegu choroby wymienić należy: Chora pozostawała w leczeniu klinicznem od dnia 19. X. 1907 do dnia 10. II. 1908, t. j. przez 4 miesiące. Przez pierwszych kilka tygodni stosowano u chorej leki obojętne. Stan choroby w czasie tym nie poprawił się zupełnie. Następnie poczęto stosować przetwory gruczołu tarczowego. Chora odczuwała przy tem leczeniu poprawę już po



Rycina 4.

kilku dniach. Z powodu przypadłości w zakresie narządu krążenia leczenie to po tygodniu przerwano. Rozpoczęto podawać »ossin« Strohscheina, a poprawa utrzymywała się dalej. W czasie tego leczenia chora poczęła wstawać o własnych siłach. W ostatnich tygodniach pobytu w klinice mogła już chodzić po kilka kwadransów.

Zniekształtnienia i zgrubienia układu kostnego nie uległy widocznej zmianie. Ustąpiła tylko tkliwość nasad za uciskiem i stały się one twardsze.

Ponowne wykonane zdjęcia promieniami Röntgena stwierdziły znaczne zagęszczenie istoty kostnej, oraz zanik paska chrząstkowego, dzielącego nasady od trzonów kości długich.

Z przedstawionego powyżej opisu wynika, że mamy przed sobą chorobę ogólną, wywołującą zmięknienie i zniekształtnienie układu kostnego, której nie można jednak w całości wciągnąć w ramy schorzeń, przebiegających także wśród objawów zmięknienia i zniekształtnienia kości, a znanych pod nazwą zmięknienia kości (osteomalacyi) i krzywicy.

Najczęstsza postać zmięknienia kości tak zwana *osteomalacia puerperalis*, nie może wobec wieku i dziewictwa chorej wchodzić w rachubę.

Z innych postaci zmięknienia kości należy jeszcze tylko zwrócić uwagę na t. zw. *osteomalacia infantilis*. Vierordt nie uznaje w swej monografii tej postaci chorobowej, a przypadek Rehna (1), badany histologicznie przez Reklinghausena, uważa za ciężką krzywicę. Mimo to

jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ten rzadki rodzaj choroby kości był kilka razy spostrzegany. Dla porównania z naszym przypadkiem przytaczam opisy nielicznych takich przypadków, zebranych z piśmiennictwa.

(Dok. nast.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Inaczej ma się sprawa z jadowitością moczu w chorobach ostrych zakaźnych i w niektórych przewlekłych. Wiele, zupełnie wiarogodnych sprawozdań dowodzi z całą pewnością, że ustrój chory wydziela drogą nerek ciała o wybitnych własnościach trucizn. Z pośród licznych, należących tu prac wymienić możemy badania Feltza i Ehrmanna, zajmujące się rozbiorem moczu chorych na dur brzuszny, ostrą gruźlicę, gościec stawowy, powtórzone z takim samym dodatnim wynikiem przez Rogera i Gaumego, badania Weilla w durze, Griffithsa w zapaleniu opłucnej i przy grypie, Briegera i Wassermanna w zimnicy, Kerryego i Koblera w całym szeregu chorób zakaźnych, takie same Albuego, dalej Baumanna i Undrańskyego w skazie cystynowej, Boineta i Silberta w chorobie Basedowa i t. d. Na pewne wyróżnienie zasługują badania w przypadkach chorób wątroby, ogłoszone przez Rogera, Boucharda, Randuego, Charrina, stwierdzające wybitną jadowitość moczu. Według Surmonta tworzą od tej ogólnej zresztą zasady wyjątek te przypadki, w których obok wątroby są chore także nerki. Trucizny zatrzymują się wtedy w ustroju, skutkiem niesprawności nerek, a mocz nie posiada wybitnie trujących własności.

Bardzo wątpliwe są. w przeciwieństwie do powyższych sprawozdań, wyniki badań moczu tych chorych, u których na podstawie pochodzenia choroby i jej klinicznych objawów należało się skłaniać do przypuszczenia, że tłem jej jest samozatrucie. Z wyjątkiem Jakobsona i Ewalda którym w jednym przypadku tężyczki udało się otrzymać połączenie o własnościach alkaloidów i podobnego wyniku, w tym samym zresztą przypadku, badań Albuego, nie udało się wykryć ciał trujących w moczu takich chorych. Dla ścisłości podnieść jednak trzeba, że w drodze stoją tu bardzo znaczne trudności wprost technicznej przyrody. Nie najmniejszą z nich jest potrzeba bardzo znacznych ilości moczu, boć z góry przyjąć należy, że rozczyny ciał trujących wydzielać się muszą w rozcieńczeniu nader znacznem. Jeśli już zebranie potrzebnej ilości moczu jest niełatwe, często niemożliwe, to tem trudniejszą jest przeróbka wielu jego litrów, a potem oczyszczanie otrzymanych ciał, dokładne zbadanie chemicznych ich własności, rozbiór drobinowy, oznaczenie własności biologicznych, działania trującego i t. d. Na zawody i niepowodzenia trzeba być wobec tego z góry poniekąd przygotowanym. W praktycznem życiu lekarskiem, a nawet i w klinice są więc takie prace nietylko bardzo trudne, ale często wprost niemożliwe, przynajmniej przy tych sposobach badania, którymi obecnie rozporządzać możemy.

Toteż po kilku niezbyt udanych próbach porzucono ten kierunek i zwrócono się w inną stronę. Głównie za sprawą Jakscha zaczęto szukać podstaw dla ściślejszego uzasadnienia samozatrucia w obecności większych ilości acetonu i kwasów eterosiarkowych.

Według przyjętych powszechnie zapatrywań, popartych zresztą wprost doświadczeniami Blumenthala i Neuberga, powstaje aceton z rozpadu białka. Im rozpad ten większy, tem większa ilość acetonu we krwi, tem obfitsze jego wydzielanie w moczu. Jest to tak ogólna zasada, że wobec niej nie można obfitszemu pojawianiu się tego związku przypisywać jakiegoś wyłącznego znaczenia w pewnej grupie chorób. Odróżniamy zresztą kilka postaci acetonuryi. Są to acetonurya gorączkowa, cukrzycza, acetonurya w przebiegu raka, wśród głodzenia, przy niektórych psychozach, wśród znacznych zaburzeń w narządzie pokarmowym, przy samozatruciu, po uśpieniu chloroformem. Tam, gdzie wiele przyczyn wywołuje ten sam skutek, trudno po skutku wnosić o przyczynie. Sam aceton jako taki, w tych ilościach, w których się wytwarza w ustroju, nie może być zresztą, według badań Frerichsa, uważany za truciznę. Nie można więc mówić o zatruciu acetonem. Tem mniej godziłoby się uważać acetonemię za samoistną jednostkę chorobową.

Większe znaczenie posiadają eterosiarkany. Obfitsze ich wydzielanie świadczy niewątpliwie o znaczniejszym rozpadzie gnilnym białka, a więc czyni tem samem prawdopodobnem przypuszczenie, że w przewodzie pokarmowym powstawać mogą wprost trujące związki. Jakkolwiek więc na tym jednym szczególe, że mocz zawiera większą ilość eterosiarkanów, nie można bezwarunkowo opierać rozpoznania, nie można utrzymywać, że w danym przypadku mamy przed sobą chorobę z samozatrucia, to jednak wartość takiego szczegółu jest dość znaczna, aby się w każdym razie starać o jego poznanie. Określenie ilości kwasu siarkowego, złączonego w podwójnych solach, a przynajmniej przybliżone ocenienie ilości indoksylu, jednego z tych połączeń, stanowić powinno w odpowiednich przypadkach nieodzowną część badania.

Z całego tego streszczenia, uwydatniającego chemiczny kierunek badań i otrzymane przytem wyniki, wypływa dość jasno, że pojęcia samozatrucia nie można na nich utrwalić dostatecznie. Mamy pewne linie wytyczne, pewne ogniwa, ale o stworzeniu całości nie może być jeszcze mowy. Mimo to nie byłoby właściwem odrzucać z tego powodu istnienie obrazów chorobowych, powstających skutkiem działania wewnątrzustrojowych, przez sam ustrój stworzonych czynników. W tem zwłaszcza, czego nas nauczyła organoterapia, znajdujemy wiele szczegółów, które samozatruciu, jako pojęciu etyologicznemu, nadają niewątpliwie prawo bytu w patologii. Najważniejsze z tych szczegółów uwydatniłem przed paru laty w osobnej pracy, poświęconej streszczeniu wyników badań organoterapeutycznych. Chemia nie umie nam i tam powiedzieć dokładnie, jakie to są te ciała, których brak w jednych, nadmiar w drugich przypadkach sprowadza czynność ustroju z prawidłowych torów, wywołuje szereg rozmaitych objawów chorobowych,

a nawet skończone obrazy patologiczne. A jednak nie mamy już, co do niektórych przynajmniej spraw, zasadniczych wątpliwości. Rozproszyły je doświadczenia na zwierzętach, wskazujące, że istota szkodliwych czynników leży bądź w działaniu trującem, bądź w braku działania odtruwającego, a pojęcia te utrwaliły niemało wyniki, osiągnięte za pomocą t. zw. zastępczego leczenia. Dalsze poszukiwania trwają zresztą dalej i spodziewać się wolno, że prędzej czy później powiedzie się wniknąć jeszcze głębiej w istotę wielu spraw biologicznych i poznać dokładnie ciemne dziś zagadnienia.

Dla sprawy samozatrucia mogą mieć niepodrzędne znaczenie najnowsze badania Popielskiego, zajmujące się jadami komórkowymi zdrowego ustroju. Doprowadziły one do poznania ciała trującego, które się znajduje w treści jelit i w ścianach przewodu pokarmowego, a nadto prawie we wszystkich innych narządach. Ciało to, nazwane przez Popielskiego wasodylatyną, zbliża się swojemi własnościami do alkaloidów zwierzęcych, czyli, jak tego żąda Jaksch, do dwuaminów, a pod względem jadowitości przypomina działanie choliny, a raczej związków pochodnych: neuryny i muskaryny, zwłaszcza tej ostatniej.

Wielkie rozpowszechnienie wasodylatyny, jej prawdopodobne powinowactwo z choliną, a więc w porządku wstępującym także z lecytyną, każe przypuszczać, że powstaje ona skutkiem rozpadu lecytyny przy trawieniu pokarmów białkowatych, i jako prawidłowy wytwór wymiany materyi znajduje się wszędzie tam, gdzie się odbywa praca komórek około biologicznego obrabiania białka, gdzie nastaje wytwarzanie, a potem rozkładanie białka ustrojowego, biogenu, jak je niektórzy fizyologowie nazywają.

Pojęciu białka ustrojowego, stworzonemu przez Voita i Hofmeistra, jako przeciwstawienie białka krążącego, które stanowi poniekąd surowy, zapasowy materyał, nadał właściwe znaczenie Pflüger. Ażeby je oddać zupełnie dokładnie, należałoby właściwie używać liczby mnogiej, mówić o białkach komórkowych, zaznaczając w ten sposób różnicę między białkiem, tworzącem budowę komórek rozmaitych narządów, a nawet jeśli zważymy podział wewnętrznej pracy biologicznej danego narządu, różnice między rozmaitemi grupami komórek tego samego narządu. Ale dzisiejsza chemia biologiczna musi iść jeszcze dalej i przyjmować gatunkowe, a nawet osobnicze, indywidualne różnice białka komórkowego i stwierdzić, że te gatunkowo i osobniczo różne biogeny są dla siebie biologicznie obce, w danym razie wprost trujące. Pogląd ten jest naturalnem następstwem odkrycia strątników białka, czyli precipityn i rozpuszczalników komórek, czyli lizyn. A dzięki badaniom Ehrlicha wiemy, przynajmniej co do rozpuszczalników krwi, że we krwi tworzyć się mogą nie tylko homolizyny, ale nawet izolizyny. Uzasadniają go także zmiany w składzie krwi, powstające bardzo rychło po wprowadzeniu do naczyń obcego białka. Zjawisko hiperleukocytozy trawiennej jest powszechnie znanym wyrazem tych zmian.

Wszystkie te szczegóły powtarzają się w ustroju, dotkniętym zakażeniem, względnie zatrutym jadami zakaźnymi. Działanie toksyn zwalcza ustrój przez tworzenie ciał ochronnych; wpływ rozczynów obcego białka również wzniecać musi czynne działanie komórek. Na tych podstawach, a potem na całym szeregu prac doświadczalnych opierają się nowoczesne poglądy o odporności i uodpornianiu, zawarte w znanej teoryi ogniw bocznych (Seitenkettenteorie) Ehrlicha.

Między odpornością wobec bakteryi i ich jadów, a odpornością wobec obcego białka, niszczeniem bakteryi i toksyn, a rozkładaniem, przyswajaniem i spalaniem istot białkowatych nie ma w myśl tej teoryi zasadniczych różnic. Przyjąć tylko trzeba wielorakość fizyologicznej wytwórczej pracy jądra fizyologicznego, owego głównego ogniwa Ehrlicha i różnorodność biologiczną ogniw bocznych, receptorów, spojonych z jądrem i amboceptorów, odłączonych od niego w celu dalszego samodzielnego już poniekąd spełniania biologicznych zadań. Jak długo sprawność ogniwa głównego jest zupełna, odbywa się bardzo łatwo i szybko, jako wyraz dostosowywania, wytwarzanie amboceptorów, które chwytać mają obcy materyał, zanim ten spoić się może z receptorami jądra, przerabiać go, rozkładać i spalać i czynić w ten sposób nieszkodliwym. Ale taka doskonała sprawność jest jednak ograniczona. Zdarzać się może, że zdolność wytwórcza nie wystarcza, że za mało powstaje amboceptorów, potrzebnego w danej chwili typu. Pewne ilości obcego ciała mogą wobec tego związać się wprost z receptorami, spojonymi z jądrem i wywierać na to jądro wpływ szkodliwy, upośledzić lub zupełnie zatrzymać jego pracę, a nawet zniszczyć je zupełnie. Stawać się może i tak jeszcze, że główne ogniwo wytęża się w jednym kierunku i że takie jednostronne nadmierne wytwarzanie pewnych amboceptorów wpływa na nie samo przez się niekorzystnie, wyczerpuje je i zużywa wreszcie zupełnie. W pierwszym i w drugim wypadku musi być nieprawidłowy tok komórkowej pracy ustroju, względnie zupełne ustanie tej pracy, w pewnym zakresie, naturalnem następstwem za wielkich lub niezwykłych zadań biologicznych. Na zewnątrz przejawia się taka niesprawność objawami niezwykłej wymiany materyi, wydzielaniem połączeń, które w stanie zdrowia opuszczają ciało w małej tylko ilości, albo, których zupełnie nie ma w wydzielinach, a w danym razie także zjawiskami, które na podstawie podobieństwa poczytywać musimy wprost za znamiona zatrucia. O ile chodzi o ciała pochodne od białka, wskazać tu można na pojawianie się w moczu leucyny i tyrozyny w przebiegu chorób wątroby, na cystynuryę, na alkaptonuryę, a zwłaszcza, ze względu na obchodzący nas w tej chwili bezpośrednio temat, na dwuaminuryę, jako na te sprawy, które dowodzą, że sprawa biologiczna przy przerabianiu połączeń białkowatych nie odbywa się należycie, że pewne rozkruchy, powstające z rozpadu drobin danego białka, nie ulegają dalszemu prawidłowemu obrobieniu biologicznemu: w ustroju brakło odpowiednich receptorów wyższego rzędu. Że takie pojmowanie rzeczy nie jest tylko teoretyczną dedukcyą, zdają się dowodzić wyniki badań swoistego odczynu surowicy krwi n. p. w durze brzusznym w tych przypadkach, w których mimo niewątpliwego zakażenia prątkami Ebertha nie powstaje odczyn Widala. Także i brak odczynu tuberkulinowego u chorych gruźlicznych, wyniszczonych przez chorobę, zaliczyćby wypadało do tej samej kategoryi zjawisk.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

F. L. v. Neugebauer: **Hermaphroditismus beim Menschen.** Lipsk. 1908. Nakład Dr W. Klinkhardta. Str. VII i 748.

Okazały tom, wydany wytwornie, ozdobiony 346 rycinami, przedstawia owoc 15-letnich żmudnych studyów i badań nad obojnactwem, dokonanych przez autora, tak zaszczytnie znanego w naszem i zagranicznem piśmiennictwie.

Dzieło Neugebauera, obecnie najlepszego znawcy sprawy obojnactwa w świecie lekarskim, stanowi wielki podręcznik, rodzaj »encheiridion«, jak sam autor w przedmowie powiada, sprawy, której znaczenie czysto naukowe i praktyczne, t. j. zwłaszcza społeczne, nie było dotąd nigdy należycie ocenione. Od zajęcia się sprawą obojnactwa odstręczał badaczy zdaje się fałszywie pojęty wstyd przed tematem, tyczącym się jednego ze zjawisk życia płciowego. Toteż pojawienie się tak wyczerpującej monografii na rzeczony temat mogło nastąpić dopiero w czasach, gdy zdanie Mantegazzy, iż dla nauki nie istnieje nic wstrętnego i niemoralnego, bo wszystko, co ludzkie, wkracza w jej zakres, zyskało przebojem uznanie.

Streszczenia obszernej monografii Neugebauera niepodobna podać, tyle tam na pozór drobnych szczegółów, które przecież wobec istotnych przejawów życia przedstawiają się dla życia jednostek i społeczeństwa jako wysoce doniosłe. Ograniczę się zatem jedynie do podania podziału bogatej treści dzieła.

Po przedmowie i spisie treści znajdujemy wstęp, obejmujący 65 stron, w którym mieści się historyczny przegląd zapatrywań na zjawisko i genezę obojnactwa, począwszy od najdawniejszych pomników literackich. Do niego dołącza się wyczerpująco przedstawiona sprawa rozwoju narządów płciowych łącznie z wyjaśnieniem zboczeń w ich naturalnym a prawidłowym rozwoju. Bez tego rozdziału byłoby omówienie obojnactwa niezrozumiałe.

Teraz następuje z iście benedyktyńską pracowitością i skrzętnością zebrana i licznemi rycinami ozdobiona kazuistyka, obejmująca 1262 znanych dotąd przypadków obojnactwa, w tem bardzo znaczną liczbę przypadków własnych autora. Kazuistyka ta dozwala autorowi wysnuwać ogólne wnioski, tyczące się prawnego stanowiska osób o wątpliwej płci, podziału obojnactwa, jego rozmaitych postaci i stopni, powikłań z różnemi innemi wadami rozwojowemi, częstości jego, właściwości płciowych, charakteru, rozpoznania, fizyologii, psychologii, a wreszcie kryminologii obojnaków.

Zestawienie kazuistyki, jakoteż i wniosków ogólnych, z niej płynących, jest tak przejrzyste i praktyczne, że czytelnik może się z łatwością w tym ogromie treści zoryentować i znaleść to, czego w danej chwili ze sprawy obojnactwa dla wyjaśnienia potrzebuje.

Dziełem tem związał autor nazwisko swe po wszystkie czasy z naukowem zagadnieniem obojnactwa i każdy, który z niem się spotka, będzie musiał sięgnąć do tej pomnikowej pracy.

Spoglądając na ten ogrom pracy, odczuwamy mimowoli żal, że w naszem smutnem położeniu nie było wręcz możliwem wydanie tego dzieła w języku polskim, wobec czego zaszczyt stąd wynikający przepada bezpowrotnie dla naszego ubogiego naukowego piśmiennictwa. *Wachholz.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Axhausen. **Patologiczno-anatomiczne podstawy nauki o wolnem przeszczepianiu kości u człowieka i zwierzęcia.** (*Beihefte zur Mediz. Klin.* Rocznik IV. Zeszyt 2. 1908). W nauce o wolnem przeszczepianiu kości ścierały się ciągle ze sobą dwa zapatrywania, mianowicie Olliera i Bartha. Pierwszy z nich twierdził, że wprawdzie wszczepiać można do ustroju różne materyały kostne i te wgoić się mogą nawet bez oddzielania i wydzielania się na zewnątrz, że jednak najlepiej i najżywotniej wgajają się żywe, razem z okostną zabrane kawałki kości, wzięte ze zwierzęcia z tego samego gatunku, jak zwierzę operowane. Jedynie takie kawałki spajają się żywotnie z kością ustroju, nietylko nie znikając, ale owszem unaczyniając się i rosnąc na grubość.

Każdy inny materyał, czy kość, użyte do przeszczepiania, ulegają z czasem wydaleniu na zewnątrz, lub wessaniu, lub, co najkorzystniejsze, stopniowemu zastąpieniu przez żywotną tkankę kostną ustroju. Nieco inaczej zapatrywał się na rzecz Barth. Według niego każda kość, tak jeszcze żywa, jakoteż obumarła, tak pokryta okostną, jak i nie, tak wygotowana, jak i zmacerowana, odgrywa przy przeszczepianiu jedynie rolę ciała obcego, pobudzającego okoliczną tkankę kostną do energicznego wzrostu. Kość ta sama nigdy się nie wgaja, ale zostaje zawsze zwolna zastąpiona przez tkankę kostną ustroju.

Oba te zapatrywania znalazły swoich stronników i gorliwych obrońców. Praktyczne zastosowanie przeszczepiania nie mogło rozstrzygnąć tej sprawy, bo wyniki bywały i bywają tak różne, że żadnego zdania z nich wyrobić sobie nie można, zwłaszcza, że w razie udałego przeszczepiania u człowieka, o dalszych losach i o sprawie gojenia się nie możemy wiele się dowiedzieć. A chodzi tutaj o bardzo ważną sprawę, mianowicie, o rozstrzygnięcie pytania, czy do przeszczepienia koniecznie potrzebna jest kość żywa i to pokryta okostną i czy po przeszczepieniu kość ta zachowuje nadal żywotność, czy też obumiera, a wzrost dalszy odbywa się kosztem wszczepionej okostnej, czy też wreszcie według zdania Bartha, materyał, używany do przeszczepiania, jest obojętny, bo odgrywa tylko chwilową rolę pośrednika. Gdyby tak było, to chirurg nie potrzebowałby szukać dopiero żywej tkanki kostnej, narażać chorego na drugą operacyę celem uzyskania kawałka do przeszczepiania, ani brać tego kawałka ze zwierzęcia, lecz używałby gotowych, jałowych preparatów. Częściowo odpowiedź na te pytania dał nam mikroskop, zapomocą którego w doświadczeniach przekonano się, że wprawdzie kawałek kości przeszczepiony (z okostną) prawie zawsze obumiera, ale natomiast okostna przeszczepiona wytwarza nową tkankę kostną (Radzimowsky i Bonome). Pomiędzy przeszczepianiem kości bez okostnej, a przeszczepianiem martwego materyału nie ma żadnej różnicy. Jeżeli kawałki wszczepione wgoją się, to znaczy nie zostaną wydalone, to grają one jedynie rolę ciała obcego i zwolna ulegając wessaniu zostają zastąpione przez tkankę kostną ustroju. W przeszczepianiu kości bardzo ważną rolę odgrywa zatem okostna, co nie wyłącza jednak jeszcze możebności, że i przeszczepiona okostna może też w nieudałem przeszczepianiu uledz obumarciu. Dalsze badania, między innemi i autora, zdążały do głębszego wyświetlenia tej sprawy. Otóż przekonano się, że okostna, wszczepiona sama bez kości między części miękkie, bardzo często żyje dalej, zrasta się z otoczeniem i wytwarza nawet tkankę kostną. Prócz okostnej przyczynia się do wzrostu przeszczepionej kości także w danym razie zabrana część szpiku kości (Sultan).

Bardzo ważną rzeczą w tej sprawie było stwierdzenie przy udałem przeszczepieniu kości z okostną u człowieka, skąd bierze początek wzrost kości. Autor znalazł się w tem szczęśliwem położeniu, że mógł zbadać dokładnie drobnowidowo udałe przeszczepienie. Mianowicie po udałem przeszczepieniu kawałka kości piszczelowej w miejsce gruźliczo zniszczonej pierwszej kości śródstopia w 51 dni po operacyi wykonał autor z powodu zupełnego zniszczenia innych kości śródstopia odjęcie stopy podług Lisfranca. Badanie szczegółowe miejsca przeszczepionego dowiodło, że tak zapatrywania Bartha, jak i Olliera są pod pewnymi względami słuszne, ale i pod pewnymi względami mylne. Bo zgodnie z Barthem stwierdzono, że przeszczepiony kawałek mimo obecności okostnej obumarł, ale znów w przeciwieństwie do Bartha, a poczęści zgodnie z Ollierem przekonał się A., że martwy ten kawałek został zastąpiony już częściowo nową tkanką kostną, wytworzoną z okostnej i szpiku, należących do przeszczepionego kawałka. Główną rolę odgrywa tu jednak okostna, która, jak tego dowiodły doświadczenia Tomity, bardzo szybko bo już w 3 dni zrasta się z nowem otoczeniem. Bujanie tkanki kostnej bierze początek głównie z powierzchni rannych okostnej, dlatego też w leczeniu stawów wrzekomych należy wykonać zawsze kilka podłużnych przecięć okostnej. W dalszych doświadczeniach swych przeszczepiał autor na zwierzętach kawałki kości z okostną i bez, dalej kość wygotowaną i macerowaną i to tak w części miękkie, jak w inne kości; dalej przeszczepiał odjęte kawałki kostne z powrotem w to samo miejsce i to kawałki podłużne, lub pierścieniowate, wycięte z trzonu kości długich. Operował na królikach i psach. W doświadczeniach tych przekonał się A., że każda tkanka kostna, nawet przeszczepiona z okostną, obumiera. W razie udałego przeszczepienia tworzenie się nowej i zastępowanie przez nią obumarłej kości odbywa się od przeszczepionej okostnej. Co do kości bez okostnej, martwej, wygotowanej lub macerowanej, to nawet w tych przypadkach, w których nastąpiło pozorne wgojenie, kawałek ten leży zawsze luźno bez żadnego połączenia z tkanką żywą, jedynie oto-

czony włóknistą torebką. Tworzenie się nowej kości w kawałku przeszczepionym ze szpiku można również często stwierdzić.

Zbierając swe poglądy na tę sprawę, oświadcza A., że przy przeszczepianiu kości jedną z najwybitniejszych ról odgrywa okostna przeszczepionego kawałka, natomiast sam kawałek odgrywa rolę podrzędną. Przeszczepianie innych materyałów, jakoteż martwej kości, nawet w najkorzystniejszych warunkach daje tylko chwilową protezę, bo rosnąć i wypełnić ubytek może jedynie nowa kość, wytworzona z okostnej. *A. Klęsk.*

Höring. **Urazowe zapalenie ścięgien z wytwarzaniem się tkanki kostnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 13). Cierpienie powyższe, analogicznie do podobnego cierpienia w mięśniach, wystąpić może po urazie w postaci ostrej lub przewlekłej. Tkanka kostna wytwarza się tu pierwotnie lub według innych z zawleczonych wskutek urazu cząstek okostnej sąsiednich kości. W przypadku autora cierpienie wystąpiło w obu ścięgnach Achillesa po uderzeniu i zmusiło do wycięcia wytworzonej kości po jednej stronie ze ścięgna. *K.*

Kirchberg. **Ochranianie skóry przy miesieniu.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 12). Bardzo ważną, a nieraz rozstrzygającą sprawą przy stosowaniu miesienia jest stan skóry. Celem zapobieżenia powikłaniom, występującym wśród miesienia na skórze, podano różne środki ochronne. Golenie skóry okazało się zupełnie niestosownem; przeciwnie skóra staje się potem wśród miesienia coraz więcej szorstka. Przetwory lanoliny mają tę wadę, że wnikają podczas miesienia w skórę, zatykają otworki gruczołów łojowych i potowych i wywołują często trądzik. Oleje i płynna parafina rozpryskują się i walają ubranie lekarza i bieliznę chorego. Puder jest zanadto gładki. Tłuszcz wieprzowy prędko jełczeje. Zabłudowski posługiwał się dlatego chętnie osobnym gatunkiem waseliny, tak zwaną białą waseliną »Virginia«, zawierającą w sobie wodę. Waselina ta daje się łatwo ze skóry suknem ścierać, nie rozkłada się i nie wnika w skórę. K. szukał między nowymi przetworami jeszcze odpowiedniejszego środka i przekonał się, że najlepiej celowi odpowiada amerykańska waselina z polimeryzowanym suchym octanem glinu, wprowadzona w handel pod nazwą lenicetwaseliny. Chroni ona znakomicie skórę przy miesieniu nawet w przypadkach cukrzycy, obrzęków i blizn. Lenicetwaselinę zostawia się po miesieniu na skórze, nie ścierając. *Klęsk.*

Prof. Fiedorow. **O nerce ruchomej.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 1). Autor na podstawie 25 przypadków zaleca chirurgiczne leczenie nerki ruchomej, twierdząc, że umocowana podczas zabiegu operacyjnego nerka nie może ruszyć się z miejsca. Przedewszystkiem rozpatruje F. przypadki bez wyraźnych zmian w samej nerce. Chorzy skarżą się na występujące bez żadnego powodu napadowo kolki w okolicy lędźwiowej. Kolki te rozpromieniają się najczęściej w dół, w biodra lub w kierunku moczowodów, czasem zaś w górę pod łopatkę lub do dołka podsercowego. Kolkom towarzyszą wymioty, nudności, silne wzdęcie jelit i znacznie podwyższona ciepłota. Objawy te trwają od kilku godzin do kilku dni. Kolki nerkowe prawostronne mogą być wzięte za kolkę wątrobną; jeżeli jednak po napadzie daje się wymacać nerka ruchoma, zlekka bolesna, to rozpoznanie jest jasne. Kolki zależą albo od uwięźnienia nerki, albo od moczonercza, występującego nagle wskutek zagięcia lub nagłego przekręcenia moczowodu. Uwięźnienie następuje zwykle pomiędzy mięśniami przedniej i tylnej ściany brzucha, lub też między mięśniem lędźwiowo-udowym, a kręgosłupem. W ten sposób nerka uciskana jest przez mięśnie i ucisk sam przez się może wywoływać ból, nadto nagle zwiększa się ciśnienie wewnątrznerkowe wskutek przeszkody w odpływie krwi żylnej i moczu, co stwierdzono doświadczalnie. Wreszcie przyczyna kolek może leżeć w moczowodzie wskutek podrażnienia górnego jego końca lub jego błony śluzowej. Te bole, zwane moczowodowymi, trwają, póki istnieje przeszkoda w oddawaniu moczu. Nerce ruchomej często towarzyszy nieżyt okrężnicy, zwłaszcza kątnicy lub wyrostka robaczkowego. W tych przypadkach rozpoznanie różniczkowe jest dość trudne. Należy więc przedewszystkiem wyjaśnić przyczynę bolów, a potem rodzaj zapalenia kątnicy. Pierwsze — rozstrzyga się przez cewnikowanie moczowodów i określenie pojemności miedniczki nerkowej. Przy cewnikowaniu należy zwrócić uwagę na obecność ciałek ropnych lub drobnoustrojów w moczu; przy rozciąganiu nerki można wywołać napad kolek i stwierdzić podobieństwo wywołanych bolów z doznawanymi poprzednio. W sprawie nieżytowego stanu okrężnicy trzeba określić, czy jest on pochodzenia wtórnego wskutek ucisku, wywołanego przez przesuniętą nerkę i ewentualnego zastoju krwi, czy też jest sprawą pierwotną. Ważnem jest rozstrzygnięcie, czy okrężnica jest zajęta w całej rozciągłości, czy też tylko kątnica i okrężnica wstępująca: w pierwszym przypadku trudno jest winić nerkę ruchomą; w drugim — jeżeli istnieje podostry nieżyt wyrostka robaczkowego — wygodnie jest przy operacyi za jednym zachodem przyszyć nerkę i wyciąć wyrostek. Oprócz kolek zdarzają się i bole stałe, tępe lub pod postacią gniecenia, rozpromieniające się ku górze do dołka podsercowego. Bole te są zależne od powiększenia samego narządu wskutek przekrwienia biernego, od rozciągnięcia miedniczki wskutek wodonercza lub od towarzyszącego często zapalenia miedniczki nerkowej. W tym ostatnim przypadku operacya jest najbardziej wskazana: nerkę przyszywa się, a zapalenie leczy się przemywaniami. Niekiedy może też nerka ruchoma nie wywoływać wcale bolów, a jedynie zbyt częste parcie na mocz. F. radzi przyszywać nerkę we wszystkich tych przypadkach opadnięcia trzew (cierpienia, któremu towarzyszą zaburzenia nerwowe, a nawet psychiczne), kiedy większość skarg chorego daje się odnieść do nerki. Lucas de Championnère przypisuje objawy nerwowe podrażnieniu nadnerczy i na podstawie 60 przypadków stwierdza, że przyszycie nerki szybko objawy te usuwa. F. jednak, zgadzając się zresztą na teoryę podrażnienia nadnerczy, na ustępowanie objawów nerwowych po przyszyciu nerki patrzy sceptyczniej. Pracę kończy kilka spostrzeżeń z dziedziny anatomii patologicznej i fizyologii nerki ruchomej. Przy każdem przyszyciu nerki wycinał F. kawałek warstwy korowej, badany następnie przez prof. Moisiejewa, który znajdował zmiany następujące: znaczne rozszerzenie światła kanalików krętych, wypełnienie światła masą ziarnistą, spłaszczenie komórek nabłonkowych, czasem w nich znaczne przemiany wsteczne, zwyrodnienie szkliste poszczególnych kanalików, rozszerzenie torebek Bowmana, świeże i stare rozrosty tkanki łącznej o charakterze zapalnym — w tkance międzykanalikowej i w otoczeniu naczyń odprowadzających i doprowadzających kłębków; zmiany te dają się wytłomaczyć zastojem krwi żylnej i moczu, a czasem zmniejszeniem dopływu krwi tętniczej. Badanie moczu zmian wogóle nie stwierdza; opisano jednak przypadki białkomoczu i sam F. opisał przypadek białkomoczu, zjawiającego się po każdem obmacaniu nerki ruchomej. Badania Ruggi i Kuzmeckiego dowiodły, że nerka ruchoma pracuje gorzej, niż prawidłowa. W ten sposób i te dane przemawiają także na korzyść przyszywania nerki. *Nelken.*

Arnsperger. **Rozpoznanie i leczenie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 11). Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego bywa często nie rozpoznawane, lub rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego. W początkach choroby, gdy nie ma jeszcze objawów otrzewnych, rozpoznawanie jest jednak zwykle łatwe, bo wymacać można przez powłoki napięty i bolesny pęcherzyk. Żółtaczki zwykle przytem niema. Prócz zapalenia wyrostka pomieniać można ostre zapalenie woreczka z kolką nerkową lub wrzodem żołądka, lub dwunastnicy. W ostrym okresie choroby stosować należy leczenie wewnętrzne. Operacya jest wskazana: gdy sprawa się przewleka bez poprawy ponad 4—6 dni, dalej gdy zagraża zapalenie otrzewnej lub też ostre ogólne zakażenie (dreszcze, wysoka gorączka, śpiączka, stale powiększająca się żółtaczka, napięcie powłok, przyspieszanie się tętna). Najpewniejszym zabiegiem jest wycięcie pęcherzyka. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego występuje bardzo często u kobiet w ciąży lub w połogu, może wskutek zmian w ułożeniu trzew i odpływie żółci, wywołanych przez powiększenie macicy. *Klęsk.*

Guleke. **O doświadczalnie wywołanej martwicy trzustki i przyczynach śmierci przy ostrych zmianach trzustki.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Już w swej dawniejszej pracy na ten temat podniósł G., że przy ostrych zmianach trzustki śmierć wywołuje zatrucie ustroju przez wessane wydzieliny tego gruczołu. Nawet prawidłowy sok trzustkowy ma trujące własności, jak to na psach G. dowiódł. Zabiegi operacyjne, jak nacięcie trzustki i tamponada przy ostrem zapaleniu, mogą uratować życie jedynie tylko wtedy, gdy zatrucie nie doszło jeszcze wielkiego stopnia, wtedy jedynie bowiem możemy mieć nadzieję, że trującą wydzielinę odprowadzimy na zewnątrz. *K.*

Brewitt. **W sprawie operacyi ostrego krwotoku trzustki.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Do 6 podobnych przypadków, operowanych w szpitalu »am Urban« w Berlinie, dodaje B. siódmy. Rozpoznania przed operacyą postawić nie było można, bo przeważały objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Trzustka była bardzo powiększona. Nacięcie trzustki, wypłukanie jamy brzusznej, tamponada, wyzdrowienie. *K.*

Cohn. **Związek między znalezieniem pewnych drobnoustrojów, a obrazem klinicznym przy ostrem zapaleniu**

wyrostka robaczkowego. (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Haim wyraził zdanie, że obraz chorobowy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego ma pewne typowe cechy, zależne w każdym przypadku od rodzaju drobnoustrojów, chorobę wywołujących. Zwłaszcza dla zapaleń na tle paciorkowców obraz ten ma być typowy. C. na podstawie 43 przypadków z oddziału Körtego twierdzi naodwrót, że obraz chorobowy zupełnie nie zależy od rodzaju wywołujących chorobę drobnoustrojów. *K.*

Widmer. **Połowicza ciepłota przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). Różnice w ciepłocie obu połów ciała spostrzegano głównie przy porażeniach połowiczych. Odnosi się je do zaburzeń we wzgórku wzrokowym, ciałkach prążkowanych it.p. W. zwraca uwagę na różnicę ciepłoty obu połów ciała przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, przyczem ciepłota po stronie prawej ciała jest wyższa. W przypadku bardzo ciężkiego ostrego zapalenia wyrostka z przedziurawieniem spostrzegał W. różnice do 1·5°. Chora po operacyi wyzdrowiała. W 14 dni dostała znowu gorączki z powodu zakrzepowego zapalenia żył prawej kończyny dolnej, wtedy już jednak różnicy w ciepłocie ciała po obu stronach nie było. W. zwraca uwagę na to, że przy zapaleniu wyrostka zakażenie i powikłania zajmują głównie narządy po stronie prawej leżące, i różnicę w ciepłocie odnosi też do samej choroby. *Klęsk.*

Okulistyka.

J. Bistis. **O niedowidzeniu i ślepocie wskutek utraty krwi.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). W pewnej liczbie przypadków niedowidzenie lub ślepota występuje bezpośrednio po krwotoku, jest zatem jednym z objawów ogólnej ostrej niedokrwistości. Należy przypuścić w tych razach nagłe upośledzenie odżywienia, ostre niedokrwienie nerwów wzrokowych. Przeważnie jednak zaburzenia wzrokowe występują później, po miesiącu, a nawet po dwóch od dnia krwotoku. Tu, według anatomicznych badań Zieglera, zachodzą niewątpliwie zmiany następowe, mianowicie zwyrodnienie tłuszczowe włókien nerwu wzrokowego i ich zakończeń w siatkówce. Na uwagę zasługuje fakt, stwierdzony przez dotychczasowe spostrzeżenia, że zajęcie nerwów wzrokowych po utracie krwi występuje prawie wyłącznie u osób, które już poprzednio były wycieńczone, licho odżywione, osłabione, a więc n. p. po krwotokach przy wrzodzie okrągłym żołądka, przy raku macicy i t. p.; natomiast niezmiernie rzadko zdarzają się w następstwie krwotoków urazowych.

K. W. Majewski.

Proell. **O zaburzeniach wzroku po utratach krwi.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 13). Po utratach krwi występują czasem bardzo poważne zaburzenia wzroku, i to zwykle obustronnie, n. p. na jednem oku zaniewidzenie, na drugiem niedowidzenie. Wziernikiem stwierdzić można przytem tarczę zastoinową. Zaburzenia te występują częściej u kobiet, i to zwykle u osób, które już przedtem nie były zupełnie zdrowe. Zaniewidzenia takie pozostają zwykle już na zawsze, a zaledwo w 13·9 prc. następuje wyleczenie, a w 38·4 prc. lekka poprawa wzroku. Przyczyny tego powikłania nie znamy. Spostrzegano je po krwotokach żołądkowych, jelitowych, nosowych, macicznych (przypadek autora) i t. p. Leczenie: podniesienie ogólne odżywienia, wstrzykiwania strychniny, prąd galwaniczny. Holden wywoływał podobne zmiany w oczach u zwierząt doświadczalnie przez upusty krwi i odnosi je do zmian w nerwie wzrokowym i jego zakończeniach w siatkówce. Litten spostrzegał podobne zaburzenia po wypuszczeniu bardzo znacznej ilości płynu przy puchlinie brzusznej. *Klęsk.*

M. Landolt. **Zbiór objawów Bitota.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). Bitot pierwszy w r. 1863 zwrócił uwagę na przypadki równoczesnego występowania ślepoty zmierzchowej i zeskórnienia (kserozy) spojówki gałki w obrębie szpary powiekowej. Dziś wiemy, że w pierwszym rzędzie liche, a zwłaszcza mało azotu zawierające pożywienie i wogóle niekorzystne stosunki higieniczne są czynnikiem, wywołującym te objawy oczne. Spostrzegano niejednokrotnie nagminne występowanie ślepoty zmierzchowej w koszarach, więzieniach, w załogach okrętowych i t. d. L. podaje szczegółowy opis jednego takiego przypadku.

K. W. Majewski.

Weiss. **O kształceniu ślepych i niedowidzących klas oświeconych.** (*Ophthalm. Klinik* 1907, Nr 24). Autor podaje w krótkim streszczeniu sposoby nauczania ciemnych od urodzenia, różniące się zasadniczo od sposobów kształcenia ludzi, którzy posiadając już znaczny zakres wyobrażeń wzrokowych, następnie dopiero wzrok utracili. Wielką wagę przypisuje W. należytemu wyzyskaniu i metodycznemu wyrabianiu resztek wzroku, jakiemi częstokroć wychowankowie zakładów rozporządzają i zaleca w pierwszym rzędzie sposoby, podane do tego celu przez znakomitego wiedeńskiego pedagoga oślepłych Hellera. Dalej podnosi szkodliwość zupełnego oddzielania ślepych od widzących. Doświadczenie poucza, że u ludzi ślepych wyrabia się zwykle usposobienie drażliwe, zamknięte w sobie i pewnego rodzaju podejrzliwość wobec otoczenia. Wzajemne obcowanie niewidomych może się tylko przyczynić do spotęgowania się tych ujemnych stron charakteru, zaś przeciwnie, jeśli się dzieci niewidome, o ile można, wprowadza w częste zetknięcie z widzącemi, to z czasem pozbywają się one tych przywar i uzyskują tak im potrzebną równowagę i pogodę usposobienia.

K. W. Majewski.

Zimmermann. **Wprowadzanie jodu przez skórę.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 22). Schindler i Wesenberg stwierdzili, że po jednorazowem wtarciu 5 gramów jotionu w postaci maści już po 3 kwadransach można wykryć jod w ślinie, a po 2 godzinach w moczu. W przeciwieństwie do jodku potasowego, który już w 48 godzin po zaprzestaniu zażywania znika z ustroju zupełnie, jotion, wtarty przez skórę, daje się wykryć w wydalinach jeszcze po upływie tygodnia. We wszystkich zatem cierpieniach ocznych, gdzie chodzi o trwałe przesycenie ustroju jodem, uważa Z. wcieranie maści jotionowej 25—30 prc. za wskazane. Szczególnie korzystne wyniki uzyskuje Z. w zołzowych zapaleniach oczu u dzieci przy równoczesnem odpowiedniem leczeniu miejscowem. *K. W. Majewski*

Bourgeois. **Zranienia oka przez okruchy szkła z butelek szampana.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). Odłamki, powstające przy pękaniu butelek szampana, są duże, gdyż szkło tych butelek jest grube. Siła, z jaką uderzają i ranią oko, jest bardzo znaczna. Z tych powodów rany bywają wtedy ciężkie, duże i głębokie, ale zwyczajnie odłamków szkła nie zawierają. Ziejące rany rogówki, wkraczające częstokroć w obręb twardówki, radzi B. bezwarunkowo zeszywać zapomocą najcieńszego katgutu wśród możliwie dokładnej aseptyki. Tylko w ten sposób można położyć koniec wzmagającemu się nieraz wypływowi ciała szklistego i zapobiedz grożącemu zakażeniu. W swoich przypadkach zdołał B. przez niezwłoczne zaszycie rany i dokładne złożenie jej brzegów nietylko zachować gałkę oczną, ale nawet uratować jakąś część bystrości wzroku.

K. W. Majewski.

van Durme i Stocké. **Zmiany oka późne po odczynie ocznym tuberkuliny.** (*Presse méd.* 1908, Nr 22). Autorowie spostrzegali w około 10 prc. przypadków zjawianie się guzków na spojówce gałkowej po zakropleniu 1 prc. tuberkuliny do oka i to w 10—60 dni po zabiegu. Wedle ich przypuszczenia guzki te są analogiczne do guzków, zauważonych na skórze przez Stadelmanna (zob. Deutsche med. Wochs. 1908, 2. luty) po odczynie skórnym Pirqueta, a w których Daels (Med. Klinik 1908. Nr 2) stwierdził utkanie gruźlicze. A więc wedle D. i S. odczyn oczny nie jest zupełnie niewinnym zabiegiem i stosować powinno się zawsze tuberkulinę nie 1 prc., ale więcej rozcieńczoną, n. p. $^{1}/_{2}$ prc. *Stahr.*

Pascheff. **O etyologii nieżytu wiosennego.** (*Arch. d'Ophth.* 1908, Nr 2). P. zwraca uwagę na białawe punkciki, które stwierdził w przypadkach nieżytu wiosennego w wyroślach i zgrubieniach, otaczających rogówkę. Z treści tych białych punkcików wyhodował on na bulionie w ciemności i w ciepłocie pokojowej prątki, podobne do prątków Löfflera, mające postać krótkich pałeczek, barwiących się najsilniej na obu końcach. P. podaje szczegóły, którymi prątek ten różni się od prątka rzekomobłoniczego i od prątka kserozy i wyraża przypuszczenie, że prątek ten jest czynnikiem, wywołującym objawy nieżytu wiosennego. *K. W. Majewski.*

Delord i Revel. **Porażenie akomodacyi w przebiegu cukrzycy.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). U 48-letniej kobiety, wydzielającej moczem 150 gr. cukru na dobę, wystąpiło nagle porażenie akomodacyi, co przy obustronnej nadmiarowości (+3,5 D) obniżyło bardzo znacznie bystrość wzrokową. Po miesiącu, gdy pod wpływem odpowiedniej dyety cukier przestał się wydzielać, akomodacya znowu nagle powróciła, a z nią dawna bystrość wzroku. Dodać należy, że temu porażeniu akomodacyi nie towarzyszyła żadna zmiana tęczówki i źrenicy, prawidłowej na obu oczach. D. i R. przypominają badania Piltza, który znalazł dwa ośrodki akomodacyi. Jeden wyższy, korowy w miejscu, gdzie się łączy płat ciemieniowy z płatem potylicznym, jest ośrodkiem akomodacyi, zależnej od woli. Drugi ośrodek znajduje się na podstawie mózgu poza wzgórkami czworaczemi. Tu kończy

się łuk odruchowy akomodacyi automatycznej, zależnej od wrażeń wzrokowych. D. i K. przypuszczają, że zatrucie cukrzycowe na drodze zwrotnej wiedzie do zahamowania fizyologicznej czynności wyższego korowego ośrodka akomodacyi. Przemawia za tem brak rozszerzenia źrenicy i jej prawidłowa ruchomość.

K. W. Majewski.

Howard. **Znaczenie nierówności źrenic.** (*Ophthalmology. Milwankee* 1908. Vol IV., Nr 2). Badania Schaumanna, Haeddeusa, Fraenkla, Feltona, Iwanowa i i. wykazują, że wrodzona nierówność źrenic u osób zresztą zupełnie zdrowych zdarza się stosunkowo często, co osłabia znamienne znaczenie tego objawu. — Wiadomo, że i w prawidłowych stosunkach średnica źrenic waha się w dość szerokich granicach. Lange na podstawie 1000 dokładnych pomiarów stwierdził, że: 1) Wielkość źrenic bywa u różnych osób bardzo rozmaita. 2) Z reguły kobiety mają źrenice szersze, niż mężczyźni. 3) Z wiekiem źrenice się zwężają. 4) U dalekowidzów źrenice są węższe, u krótkowidzów zaś szersze, niż u osób, mających wzrok prawidłowy. 5) Po 40. roku życia różnice zależne od wad refrakcyi coraz bardziej się zacierają. — W dalszym ciągu swej pracy, głównie sprawozdawczej, wylicza H. różne chorobowe w oku samem zachodzące zmiany, które wywołują nierówność źrenic lub upośledzają ich ruchomość. Ze stanu źrenic w tych przypadkach nie możemy żadnych wniosków wysnuwać co do zaburzeń w układzie nerwowym. Pozostaje zatem szczupła stosunkowo liczba zaburzeń źrenicznych, na których wolno nam wnioski takie opierać.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 8. kwietnia 1908.

Przewodniczy Prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 32.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Regiec wnosi do poprzedniego protokołu dodatkowo streszczenie swego wykładu: **O leczeniu skrzywień kręgosłupa sposobem szwedzkim.** Twórcą szwedzkiej gimnastyki był Piotr Henryk Ling, za którego staraniem założono w r. 1813 w Stokholmie t. zw. centralny zakład gimnastyczny. Zakład ten przyjmuje tylko młodzież z ukończoną szkołą średnią. Abituryenci zakładu, wykształceni oprócz gimnastyki i miesienia w anatomii, fizyologii i hygienie, stanowią osobny zawód t. zw. gimnastów, uprawnionych do nauki gimnastyki, która w tamtejszych szkołach jest przedmiotem codziennym i obowiązkowym, jakoteż do leczenia gimnastyczno-ortopedycznego. Metoda Linga różni się zasadniczo od t. zw. gimnastyki niemieckiej (Jahna) tak w doborze ruchów, jak i w ich wykonaniu. Celem jej nie jest kształcenie na siłaczy, lecz wyrabianie pięknej postawy o dobrze rozwiniętej klatce piersiowej. Zasługą Linga jest też wprowadzenie do gimnastyki leczniczej t. zw. ruchów oporowych, przyczem opór stawia ręka lekarza. Dla oszczędzenia pracy ludzkiej ręcznej obmyślił szwedzki lekarz Gustaw Zander szereg przyrządów do ćwiczeń mięśniowych w celach leczniczych i założył w r. 1865 w Stokholmie zakład leczniczo-mechaniczny, opierając się zresztą na tych samych zasadach, jak Ling. Maszynowy system Zandera rozpowszechnił się przeważnie w Niemczech, gdzie też zaraz powstały liczne jego »modyfikacye«, mniej w innych krajach, a co dziwniejsze, najmniej w Szwecyi. Dziś główni naukowi przedstawiciele gimnastyki szwedzkiej trzymają się t. zw. ręcznej metody Linga.

Na sposób leczenia skrzywień kręgosłupa metoda Linga wywarła wpływ wielki. Gdy przedtem wszelkie skrzywienia kręgosłupa starano się leczyć zapomocą maszyn, często prawdziwych narzędzi torturowych, to Ling utorował drogę do leczenia tych zboczeń t. zw. sposobem dynamicznym, t. j. przez wyrabianie mięśni grzbietowych i łopatkowych, mających na celu utrzymanie kręgosłupa w prawidłowem położeniu. Walka pomiędzy obydwoma sposobami toczy się dotąd. Prelegent przedstawia szkic leczenia skrzywień kręgosłupa według profesora Dra Widego, dyrektora »zakładu leczniczo-gimnastycznego« w Stokholmie. Leczenie to polega na miesieniu grzbietu, ćwiczeniach t. zw. wolnych, t. j. bez przyrządów, oraz na przyrządach, nielicznych i napozór bardzo prostych, jednakże w zastósowaniu bardzo praktycznych. Przy tym sposobie leczenia wyłączony jest wszelki szablon, oraz ruchy fałszywie zastósowane, czego przy użyciu maszyn uniknąć nie można.

Prelegent pokazuje następnie szereg ćwiczeń szwedzkich na oryginalnym stokholmskim przyrządzie, służących do uruchomienia i prostowania kręgosłupa, z których każde zarazem silnie wyrabia odpowiednie mięśnie, unikając wzmacniania już silniejszych mięśni, wywołujących skrzywienie. Następnie zapomocą licznych obrazów świetlnych objaśnia prelegent ten sposób leczenia i zestawia go z maszynowym sposobem niemieckim, krytykując zwłaszcza nowsze t. zw. przyrządy wahadłowe niemieckie. Oprócz gimnastyki używają szwedzcy ortopedyści przyrządów stałych, jak odpowiednich gorsetów, podkładek do obuwia i t. p. Podnieść należy zwłaszcza gorset ortopedyczny, dawno w Szwecyi stósowany, a zupełnie podobny do gorsetu systemu Hessinga. Nakoniec przedstawia prelegent bardzo prosty, a praktyczny i niezmiernie dokładny sposób mierzenia zboczeń kręgosłupa zapomocą fotografii na kliszach z podziałką kratkową.

W dyskusyi, odpowiadając na zarzuty kol. Doc. Chlumskyego, stwierdza prelegent, że tylko pierwszy z przedstawionych niemieckich przyrządów wahadłowych jest dawniejszego systemu Knackego i Dresslera, jednak i dziś jeszcze powszechnie używany, inne zaś przedstawione są najnowszymi niemieckimi wynalazkami Schultessa i Hoffy. Właśnie w najnowszych czasach zarzucono w Szwecyi zupełnie wszelkie maszyny do leżenia, peloty i t. p. w leczeniu skrzywień kręgosłupa, a i w Niemczech coraz więcej zwolenników właśnie w ostatnich czasach zyskuje metoda gimnastyczna. Na dowód wskazuje prelegent na nowsze prace naukowe niemieckie w »Zeitschrift für orthop. Therapie«. Co do uwag kol. Chlumskyego o dziedziczności skrzywień kręgosłupa, a małym wpływie n. p. złego siedzenia w szkole i t. p., to prelegent własnem wieloletniem doświadczeniem stwierdził, że dziedziczna skłonność do skrzywień niewątpliwie istnieje, ale dzieci nie rodzą się krzywe (z wyjątkiem rzadkich przypadków), tylko nabywają skrzywień w olbrzymiej większości właśnie w pierwszych latach szkolnych. Sprawy maszyn oporowych, poruszonej w dyskusyi przez kol. Wachtla, prelegent nie omawia, ponieważ maszyny oporowe Zandera, używane z pożytkiem w leczeniu innych chorób, z leczeniem skrzywień kręgosłupa prawie nic nie mają wspólnego.

1) Kol. Kozłowski opowiada o 2 przypadkach ze swej praktyki prywatnej: **wyprysk twarzy i głowy po farbowaniu włosów,** które wyleczył nowym przetworem »farina«.

2) Kol. Mayzel miał zapowiedziany odczyt: **Choroby weneryczne, a prostytucya.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Karpiński, Żydłowicz, Landau, Regiec, Borzęcki, Blassberg i prelegent. W zastępstwie sekretarza: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X. Posiedzenie naukowe d. 1. maja 1908.

Przewodniczący Prym. Pisek poświęca kilka słów wspomnienia tragicznie zmarłemu namiestnikowi, Andrzejowi hr. Potockiemu, podnosząc prócz innych zasług jego starania około budowy nowych klinik i przyspieszenie zaprowadzenia nowszych urządzeń asanizacyjnych we Lwowie. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąco. Następnie zawiadamia przewodniczący, że na wezwanie Polskiego Komitetu międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Budapeszcie zaproponował zarząd na delegatów: Prof. Gluzińskiego, Prym. Piseka, Prof. Sieradzkiego i Dr Wit. Ziembickiego. W końcu uprasza o zgłaszanie się do sekretarza tych kolegów, którzy mają zamiar wziąść udział w zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

I. Prof. Wiczkowski przedstawił preparat serca **z dwoma tętniakami tętnicy głównej,** rozpoznanymi za życia, z których jeden uciskał na t. płucną, drugi na tchawicę. Głównym objawem za życia była stała duszność, ze strony zaś serca szmer skurczowy, drugi ton wybitnie zaakcentowany, wreszcie tętnienie i podnoszenie się drugiego międzyżebrza.

W dyskusyi wspomina Dr Franke o podobnym przypadku ucisku t. płucnej przez tętniak ze znacznem następowem rozszerzeniem komory prawej i niedomykalnością względną ujścia żylnego prawego. Podawanie naparstnicy w takich przypadkach nie daje dobrego wyniku. — Dr Obtułowicz wspomina

również o podobnym przypadku, rozpoznanym za życia.— Prym. Pisek zapytuje, czy były objawy Cardarellego i Schröttera, na co otrzymuje odpowiedź, że ich nie było.

II. Dr Blumenfeld: **O nowszych próbach seryodyagnostycznych w kile na podstawie niektórych własnych spostrzeżeń.** Na wstępie omawia prelegent szczepienia kiły na małpach i o ile zmieniły one nasze zapatrywania na sprawę odporności i uodparniania przy kile. Próby serodyagnostyczne przeprowadzano początkowo również na zwierzętach. Prelegent objaśnia teoretyczne podstawy dla próby Wassermanna, Neissera i Brucka, t. j. wiązania komplementów. Okazało się, że zamiast substancyi podstawionej swoistej można użyć lecytyny. Użycie jej pociągnęło za sobą wprowadzenie w kile prób precypitacyjnych (pierwsi Fornet i Schereschewsky, potem Porges i Meier w pracowni Wassermanna). Prelegent badał według przepisu Porgesa 35 surowic, z tych 5 nie rozpatrzył, gdyż kiła była wątpliwa. Z 14 przypadków, gdzie była niewątpliwie kiła, w 4 powstał strąt z lecytyną; z 16, gdzie kiłę można było wyłączyć, strąt był w 5, (w tem 2 gruźlice). Widać z tego, że o swoistości próby nie może być mowy. Własność więc surowicy tworzenia z lecytyną strątów nie uprawnia do rozpoznania kiły. Jeszcze mniej nadaje się próba Klausnera (0,2 surowicy, 0,7 wody dest.) lub próba z 20% wyskokiem. Inaczej przedstawia się próba Wassermanna. Tysiące spostrzeżeń świadczą, że występuje ona prawie wyłącznie w kile. Ujemną jej stroną jest, że występuje znacznie rzadziej w przebiegu, gdy nie ma objawów kiły. Wskazówek prognostycznych i leczniczych próba ta nie daje, również nie rozstrzyga, czy osobnikowi, dotkniętemu kiłą, można pozwolić zawrzeć związki małżeńskie.

W dyskusyi podnosi Prof. Sieradzki, że to samo, co o próbie Wassermanna, można powiedzieć i o precypitacyi, używanej w celach sądowo-lekarskich. Inne wyniki n. p. otrzymuje się z krwią z człowieka żywego, inne ze zmarłego. — Dr Feuerstein, który wkrótce przedstawi wynik swych badań nad sprawą serodyagnostyki w kile, nie może się zgodzić na zupełne potępienie próby z lecytyną. Różnicę między wynikami prelegenta, a innych badaczy, wywołały może pewne niedokładności w technice, t. j. niezupełna zawiesina lecytyny i zbyt wysoki jej odsetek. Zawiesinę dobrą można otrzymać przez rozpuszczenie lecytyny w eterze i dopiero następowe dodanie rozczynu fizyol. soli. — Dr Selzer czyni uwagę, że gdyby do pipety dostawał się osad, powstały wskutek nienależycie wytworzonej zawiesiny, musiałby prelegent mieć większą ilość wyników dodatnich. — Prof. Kučera uważa sprzeczne wyniki koll. Blumenfelda i Feuersteina, choć otrzymane w jednym zakładzie, t. j. w zakładzie higieny, za rzecz korzystną dla dalszego toku badań. Próby przedstawione prowadzą na nowe tory. — Dr Blumenfeld w odpowiedzi kol. F. wyjaśnia, że zawiesinę przyrządzał ściśle wedle przepisu Porgesa i Meiera i podobnie, jak oni, w 0,2%, dalej zaznacza, że rozczyn powinno się, o ile możności, sporządzać zawsze świeży.

III. Dr Szumowski: **Spór o amerykańskie pochodzenie kiły.** (Rzecz przeznaczona do druku). *Witold Nowicki.*

XI. posiedzenie naukowe d. 8. maja 1908.

I. Prof. Ziembicki przedstawia: *a)* chorą ze znacznem, prawdopodobnie nowotworowem **powiększeniem warg sromnych mniejszych,** *b)* dziewczynkę, dawniej już z powodu wysokiego stopnia obustronnej **stopy szpotawej** przedstawianą, u której po jednej stronie przeciął ścięgno Achillesa, wyciął kość skokową i części kości łódkowej. Wynik operacyi tak co do kształtu stopy, jak i jej używania, bardzo dobry.

II. Dr Czyżewicz jun. przedstawia: *a)* Preparat **włókniako-mięśniaka** znacznych rozmiarów, wyciętego **z powłok brzusznych** chorej 40-letniej. Guz dochodził do spojenia łonowego na 2 palce powyżej pępka, na trzewia zaś brzuszne uciskał znacznie, dochodząc aż do kręgosłupa. *b)* Przypadek **włókniakomięsaka jajnika** z przerzutem znacznego stopnia w sieci. *c)* Przypadek wrodzonych zmian narządu płciowego. 20-letnia chora nie miała nigdy miesiączki, a tylko od 18. roku życia w okresach 4-tygodniowych bole dołem brzucha, trwające 8 dni. Badanie zewnętrzne stwierdziło guz, wychodzący z miednicy małej, a dochodzący na 2 palce poniżej pępka; badanie wewnętrzne stwierdziło zarośnięcie 1/3 górnej części pochwy. Rozpoznano krwiak śródmaciczny **(haematometra)** i jajowodowy **(haematosalpinx)** obustronny na tle wrodzonej niedrożności pochwy. Przez laparotomię wydobyto z trudnością zmieniony i pozrastany z otoczeniem narząd płciowy aż do miejsca zarośnięcia pochwy. Wobec 20 godzin po operacyi trwającego bezmoczu i wobec znalezienia kawałeczka wyciętego moczowodu w preparacie, otwarto po raz drugi jamę brzuszną, wyszukano i wszczepiono w pęcherz sposobem Witzla przecięty moczowód, z drugiego zaś moczowodu zdjęto założoną podwiązkę. Odtąd mocz odchodził prawidłowo. Chora z powodu wylania się moczu do przymacicza gorączkowała. W 10 dni po operacyi zaczął wydzielać się mocz przez ranę brzuszną, obok tego oddawała go chora drogą naturalną. Świadczyło to o przetoce pęcherzowej lub o niewygojeniu się moczowodu. Wobec tego postanowiono ranę brzuszną wygoić, a potem dopiero leczyć przetokę operacyjnie. Tymczasem w kilkanaście dni mocz przestał wyciekać przez ranę, która zagoiła się potem dobrze. Cystoskopem stwierdzono dobrze wgojony moczowód. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość przetrzymania tak poważnych powikłań i na rzadkość samoistnego zagojenia się przetoki moczowej, którą wobec tego przebiegu trzeba przecież uważać za pęcherzową.

W dyskusyi wyraża Prof. Kadyi przypuszczenie, że mocz może wydobywał się przez odcinek przeciętego moczowodu, przymocowany do pęcherza. — Dr Skałkowski nie robiłby w przedstawionym przypadku laparotomii, lecz starałby się otworzyć drogę do macicy przez pochwę.

III. Dr Mazurkiewicz: **O mechanizmie procesu myślowego w gonitwie wyobrażeń i w obłędzie pierwotnym.** M. podaje kilka przykładów gonitwy wyobrażeń różnych stopni, począwszy od zbliżonych do prawidłowego myślenia, a kończąc na przykładzie zupełnego bezładnego kojarzenia dźwięków. Następuje Liepmannowska analiza gonitwy wyobrażeń, z zaznaczeniem wielkiej zasługi tego autora, który udowodnił, że t. zw. prawa kojarzeniowe, które według niektórych autorów mają wyłącznie rządzić prawidłowemi myślami, panują właśnie w bardziej wyłączny sposób w gonitwie wyobrażeń, aniżeli w usystemizowanej pracy myślowej ludzi zdrowych. Drugą zasługą Liepmanna jest stwierdzenie, że różnica pomiędzy myśleniem prawidłowem a gonitwą wyobrażeń wynika nie z braku lub istnienia pewnych formalnych zasad kojarzeniowych, ale tłómaczy się istnieniem pewnej materyalnej zasady myślenia prawidłowego, której nie ma w gonitwie wyobrażeń. M. wywodzi, iż Liepmann w dalszych swych wywodach cofnął się z początkowo obranej drogi i wszedł całkowicie w dziedzinę dawniejszych abstrakcyi psychologicznych, przyczem wpadł w błędy, które mu klinicznie można udowodnić. Mianowicie na podstawie historyi choroby chorego na przewlekłe pomieszanie *(paranoia)* udowadnia M., że krańcowem przeciwieństwem gonitwy wyobrażeń nie jest planowe myślenie prawidłowe, jak twierdzi Liepmann, ale system bredzeniowy w obłędzie pierwotnym. Za drugi błąd w wywodach Liepmanna uważa M. przypisywanie wyobrażeniom różnej wartości i siły. M. z rozbioru gonitwy wyobrażeń i obłędu pierwotnego dochodzi do wniosku, że wyobrażenia są tylko martwymi symbolami, że w gonitwie wyobrażeń następuje niwelacya nie tych ostatnich, ale niwelacya wartości czynników realnych, w obłędzie pierwotnym podniesienie wartości jednego czynnika do nieskończoności. Wskutek tego istnieje w obu tych stanach chorobliwych równowaga stała (jakkolwiek krańcowo przeciwnej natury), w przeciwieństwie do równowagi ruchomej w myśleniu prawidłowem. Wreszcie na przykładzie najlżejszego stopnia gonitwy wyobrażeń wskazuje M. na możność zastosowania powyższych wyników do klinicznej oceny, czy dany przypadek pograniczny należy już zaliczyć do dziedziny patologii, czy też jeszcze uważać za prawidłowy.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos: Dr Feuerstein, Prof. Sieradzki, Prof. Twardowski, Dr Świątkiewicz i prelegent. *Witold Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 20. Marca 1908.

1) Dr Karwowski przedstawia fotografię 20-letniej chorej, cierpiącej od 4 lat **na toczeń.** Toczeń zajął nietylko całą twarz, oszczędzając jedynie części owłosione głowy, ale w postaci pancerza rozszerzył się na **całe piersi i brzuch** aż do pępka, ustając prawie nagle na ramionach. Rozszerzenie tocznia w tak stosunkowo krótkim czasie w takich rozmiarach należy do rzadkości. Niestety chora już wyjechała i nie można jej przedstawić.

2) Radca Dr Chłapowski przedstawia odlew medalu z r. 1498, z wizerunkiem Ephorinusa, lekarza krakowskiego. Z oryginału, znajdującego się w Monachium, kazał p. H. Mańkowski zrobić odlew, który ofiarował Wydziałowi. Prelegent opi-

suje czasy, w których żył Ephorinus. Zygmunt August miał wielką liczbę lekarzy nadwornych, do których należał także Ephorinus. Ephorinus urodził się na Śląsku we Fridbarku, kształcił się u Erazma z Rotterdamu, gdy tenże bawił we Fryburgu. W Padwie złożył egzamin doktorski, a uszlachcony przez Karola V. w Rzymie, ożenił się z panną Vogelweider z Krakowa, rezygnując z posiadanego probostwa. W Krakowie skłaniał się ku reformacyi. Tu też został zamianowany przez króla lekarzem kopalni wielickich, za co pobierał 20 marek rocznie. Około roku 1579 żył jeszcze, medal zaś wybity został na 20-letnią rocznicę ślubu.

3) Radca Dr Chłapowski przedstawia **kilka preparatów z zaduszeń wskutek zadławienia się pokarmami.** Przypadki takie są właśnie u nas dość częste. Przeważnie chodzi o połykanie mięsa, kiełbas i t. d. Przełyk u zwierząt jest tem węższy, im wyżej stoją w hierarchii rozwojowej. Prelegent mówi następnie o mechanizmie łykania, który jest bardzo powikłany. Zajmowali się tą sprawą Haller i lekarz poznański Neifeld, który niegdyś wydawał w Lesznie pierwsze pismo lekarskie polskie. Że płyn nie dostaje się do żołądka przez poruszanie w przełyku, tylko wtryskuje, tego dowodzą poparzenia np. ługiem, które nie obejmują całej przestrzeni przełyku, tylko niektóre miejsca.

W dyskusyi wspomina Dr Smoliński o zadławieniu się korkiem gumowym, Dr Chachamowicz przytacza przypadek Langerhansa, którego własne dziecko udusiło się ciastkiem podczas wstrzykiwania surowicy. — Dr Skoczyński stwierdza, że zadławienia zdarzają się przy porażeniu opuszkowem prawdziwem i rzekomem. Porażenie opuszkowe rzekome zdarza się w podeszłym wieku, gdy wskutek stwardnienia tętnic przerywają się drogi nerwowe między korą, a jądrami. S. spostrzegał w Charité w Berlinie chorego na tę chorobę, który nauczył się odżywiać jak kura, wpuszczając sobie pokarmy tak, że prawem ciężkości dostawały się do żołądka. — Dr Karwowski przy tej sposobności zapytuje się, jak tłómaczyć dławienie się w napadach żołądkowych chorych na wiąd. — Dr Skoczyński zaznacza, że mechanizm tych odruchów nie jest dostatecznie wyjaśniony.

3) Dr Chłapowski przedstawia rycinę ropuchy, znalezionej w szczelinie góry o 150 stóp niżej poziomu. Chodzi o *Slaphiopus Hammondi*, żyjący tylko w norach. Żaba ta musiała przebyć w tem miejscu setki lat. Po wydobyciu dawała słabe znaki życia, po kilku miesiącach zaczęła się znów odżywiać, wzrok jednak straciła.

4) Po uwagach Dra Smolińskiego, dotyczących nadużyć pewnych aptek, poleca Dr Karwowski przetwory lecznicze i kosmetyczne z apteki p. Malinowskiego w Warszawie.

Zebranie z dnia 3. Kwietnia 1908.

1) Dr Pomorski przedstawia dwa przypadki **niedrożności jelit.** Jeden z nich P. operował i wyciął pętlę, w której znalazło się mnóstwo glist dżdżownicowatych. Im to przypisuje P. skurcz kiszki i zagięcie się jej.

W dyskusyi wspomina Dr Mieczkowski o przypadku niedrożności jelit, wywołanym przez wyrostek robaczkowy. M. przeciął postronek, zaciskający jelita, które potem przyszły do siebie. Gdy nastąpiło już porażenie jelit, operacya jest zwykle za późna. — Dr Chachamowicz wspomina o przypadku niedrożności, wywołanej przez ciało obce, mianowicie kamień żółciowy. — Dr Mieczkowski widział przy takiej sprawie kamień żółciowy wielkości jabłka. — Dr Łazarewicz mniema, że chodziło może w przypadku Dra Chachamowicza o żółtaczkę wtórną, albo jakieś cierpienie narządów kobiecych, podnosi różnicę między zawęźleniem, a niedrożnością jelit. Ł. widział załamanie się kiszki w zrostach po wyjęciu torbieli; atropina z morfiną dała w tym przypadku wynik pomyślny. Ł. poleca gorąco atropinę, ezerynę, pilokarpinę w wielkich dawkach, i to naprzód 1 mg., potem naraz 4 mg. z morfiną. — Dr Chłapowski wspomina o przypadku zapalenia krezki pętli esowatej (*mesosigmoiditis*), gdzie prześwietlenie promieniami Roentgena z pomocą bizmutu uwydatniło chore miejsce. — Dr Krysiewicz zwraca uwagę, że w przypadku Dra Łazarewicza może było zwyczajne porażenie po laparotomii. Na takie istotnie działa atropina korzystnie. — Dr Mieczkowski wspomina, że w przypadkach porażenia jelit po zapaleniu wyrostka atropina nic nie działała. M. widział przypadek zapalenia krezki pętli esowatej, w którym przy cięciu zwinięta i bardzo wzdęta pętla wypadła. Przez rurę wypuszczono gazy i nastąpiła drożność. — Dr Święcicki opisuje przypadek u histeryczki, u której po każdej operacyi (a było ich pięć), pozostawały coraz większe zrosty. S. podnosi rzadkość zrostów w nowszej chirurgii; dawniej, gdy stosowano nadmierne oczyszczanie jamy brzusznej środkami przeciwgnilnymi, były zrosty znacznie częstsze, co potwierdza także Dr Krysiewicz. — Dr Karwowski powraca do przedstawionego preparatu Dra Pomorskiego. Zdaniem K. nie ma wątpliwości, że pierwotnie było tu zapalenie otrzewnej, które wywołało zrost; zrost ten zupełnie jasno przeciąga i skręca obumarłą wskutek tego kiszkę. Glisty co najwyżej mogły wywołać zapalenie i zrosty. Tłómaczenie niedrożności skurczowej uważa za niewystarczające. (Późniejsze badanie w poznańskim Zakładzie patologicznym potwierdziło to zapatrywanie). — Dr Pomorski obstaje przy swojem zapatrywaniu. Wspomina o pani Horn w klinice Martina, która pierwsza zastosowała gotowaną oliwę przy laparotomii.

2) Następnie Dr Karwowski przedstawia szereg nowych przyrządów, mianowicie **cystoskop Bierhoffa** do moczowodów, odznaczający się znakomitą optyką i bardzo wązkim kalibrem; dalej **elektrodę** Dra Kappa do leczenia czerwoności nosa; elektrodę **krokową,** oraz przyrząd do mięsienia drgawkowego cewki według Bossa. — Dr Dembiński nie przyznaje teoretycznie wartości elektrodzie Kappa; praktycznie jej nie próbował.

3) Następnie Dr Mieczkowski opisuje wypadek **zanokcicy kiłowej,** który spostrzegał razem z Drem Karwowskim. Mimo operacyi sprawa nie goiła się, dopiero zastosowanie wcierań rtęciowych zagoiło nietylko zastrzał, ale i wpłynęło na gorączkę, która odpowiednio do ilości wcierań ustępowała.

4) Dr Łazarewicz przedstawia list Dra Polaka z Warszawy, który zaprasza na Zjazd higienistów polskich do Krakowa.

5) Następnie komisya Walnego Zebrania, składająca się z Drów: Chłapowskiego, Gantkowskiego, Karwowskiego, Dembińskiego, Krysiewicza i Łazarewicza zdaje sprawę ze swych czynności celem zgotowania godnego przyjęcia dla miłych gości z Krakowa i Warszawy, przybywających na 50-letni jubileusz Wydziału. *Dr Karwowski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie.)

10. Opieka nad ułomnymi.

Pomimo, że w Galicyi jest w stosunku do zaludnienia mniej obłąkanych, niż w innych krajach austryackich (39 na 100.000 ludności wobec średniej liczby 65 w całem państwie), dla $^2/_3$ tych chorych miejsca w zakładach w r. 1904 jeszcze nie było. Stosunki te obecnie już poprawiły się nieco po rozszerzeniu zakładu kulparkowskiego, a poprawią się znacznie za lat kilka po otwarciu zakładu w Kobierzynie: i wtedy jednak jeszcze około $^1/_3$ obłąkanych nie znajdzie miejsca w zakładach. Z 4.315 matołków (o 2·7% więcej niż w r. 1903) znowu tylko jeden był w zakładzie zaopatrzenia. Liczba głuchoniemych (11.300) wzrosła w porównaniu z r. 1903 o 0·45%; ciemnych (4.532) ubyło 203. Co do liczby głuchoniemych zajmuje Galicya już trzecie miejsce wśród krajów austryackich, co do ciemnych, których zaledwo 1·37% było umieszczonych w zakładach, nawet już drugie. Liczby te i stale stwierdzany brak opieki na tymi ułomnymi są jednym z najprzykrzejszych szczegółów sprawozdań Rady zdrowia.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye. Przewóz zwłok.

Co do oględzin zwłok, zaledwo w $^1/_4$ przypadków dokonanych przez lekarzy, rok 1904 nietylko nie przyniósł poprawy, ale nawet był gorszy od poprzedniego (25·3 wobec 26·07%). Cmentarzy nowych urządzono w r. 1904 — 22, rozszerzono 31; w tym względzie pokonywać trzeba ogromne trudności (ubóstwo gmin, brak stosownych gruntów, przesądy i t. p.) podobnie, jak i w sprawach trupiarni, których zdołano jednak w r. 1904 wywalczyć 33. Dane o sekcyach policyjno-sanitarnych i sądowych określa sama Rada zdrowia i w tym roku jako niedokładne.

12. Służba zdrowia

lekarska zaczęła się właśnie w r. 1904 ilościowo zmniejszać; w porównaniu z r. 1903 spadła liczba lekarzy w kraju o 17 i wynosiła 1410 (z nich we Lwowie 328, w Krakowie 237, razem 37·2% wszystkich, osiadłych w kraju). Stosunek odsetkowy lekarzy na rozmaitych posadach (891) i wolnopraktykujących (519 = 39·4%) prawie się nie zmienił. Patronów chirurgii ubyło 8, pozostało w r. 1904 — 95. Obok wiadomości o Izbach lekarskich, które pomijam, jako znane skądinąd, zawiera sprawozdanie wzmiankę o stanie Towarzystwa lekarzy galic., przemilczając (dlaczego?) o innych Towarzystwach lekarskich w kraju.

Liczba aptek publicznych wzrosła o 5 (do 290); domowych aptek było 65. Wizytacye aptek stwierdziły w 16 usterki, za które ukarano grzywnami.

Położnych przybyło 67. Z 2.308 położnych, praktykujących w r. 1904, 62·7% nie miało żadnej posady; stosunki te nieco się polepszyły, bo w r. 1903 było 64·2% położnych bez posad. Położne egzaminowane były czynne przy 21·1% wszystkich porodów w kraju. Jestto ciągle jeszcze odsetek bardzo mały. Kontrolowano akuszerki na 303 zgromadzeniach (16 więcej, niż w r. 1903); wynik kontroli był wogóle zadowalniający, lepszy, niż w roku poprzednim. Zresztą co do sprawy pomocy położniczej w kraju, jak również i co do sprawy partactwa leczniczego, o którem kilka danych zawiera i ostatnie sprawozdanie Rady zdrowia, należałoby chyba znowu odwołać się na artykuły zeszłoroczne »Przeglądu lek.« i »Głosu lekarzy«.

13. Gminna służba zdrowia.

W żółwiem tempie tworzenia okręgów sanitarnych nie zaszła w r. 1904 zmiana; w roku tym było 142 okręgów sanitarnych w 68 powiatach, przybyło więc tylko 6. Z tych 142 okręgów było w r. 1904 czasowo nieobsadzonych 15. Jeszcze 6 powiatów nie miało w r. 1904 ani jednego okręgu sanitarnego, 19 tylko po jednym. W czterech okręgach od szeregu lat lekarze ciągle się zmieniają, bo z powodu nędznych warunków materyalnych żaden nie może się utrzymać. Jedna jedyna Rada powiatowa dobromilska okazała dbałość o los swych 3 lekarzy okręgowych, przyznając im dodatki pięcioletnie i prawa emerytalne... Płace i koszta podróży lekarzy okręgowych wyniosły w r. 1904 232.000 koron; na jednego przypada średnio zaledwie o 50 koron rocznie więcej, niż w r. 1903 (1828 K wobec 1771 K).

Przykre te sprawy omawiałem już nieco obszerniej w r. z. Tu wspomnę tylko, że r. 1904 nie przyniósł wiele zmian na lepsze. Wniesiona w r. 1904 do Sejmu (i później uchwalona) nowela do ustawy z d. 2. II. 1891 d. u. k. Nr 17 dała wprawdzie lekarzom okręgowym stanowisko mniej zależne od wpływów miejscowych, przyznając prawo obsadzania okręgów i wyznaczania płac Wydziałowi krajowemu, ale nie unormowała postępowania dyscyplinarnego, a brak to dotkliwy, jak się okazało niedawno w znanym powszechnie przypadku. Nie utworzono też w Wydziale krajowym osobnego nadzorczego organu sanitarnego, którego słusznie domagała się sejmowa komisya sanitarna jeszcze w r. 1904. W sprawie stworzenia funduszów emerytalnych dla lekarzy okręgowych zasłaniał się m. i. Wydział krajowy w r. 1904 tem, że fundusze takie istnieją tylko w krajach od Galicyi bogatszych, jak Czechy i niższa Austrya. Od tego czasu nawet i ten argument stracił swój walor; minęło już kilka sesyi sejmu galicyjskiego, w czasie których miała ta piekąca sprawa już »napewno« być załatwiona... Lekarze okręgowi przeczekali cierpliwie wszystkie te terminy, i po upływie lat czterech znajdują się tam, gdzie byli w r. 1904.

O powiatowych komisyach sanitarnych czytamy w sprawozdaniu krótkie, ale wymowne słowa: »jeżeli gdzie istnieją, to zazwyczaj nie bywają zwoływane«. (Wyjątek stanowią powiaty brzozowski i horodeński). Widocznie w r. 1904 oddziałał jeszcze gorzej, niż dawniej, fatalny przykład głównych miast. We Lwowie w roku tym odbyła miejska komisya sanitarna tylko 3 posiedzenia, w Krakowie nie była ani razu nawet zwoływana. I nie pod tym jednym względem grzeszyły zarządy obu stolic. We Lwowie było już w r. 1904 przynajmniej o jednego, w Krakowie przynajmniej o 2 lekarzy miejskich zamało, a pod tym względem niema dotąd (r. 1908) poprawy. (W Krakowie ma poprawa nastąpić podobno po obsadzeniu wakującej jeszcze posady naczelnego lekarza miejskiego). Sprawozdań swych urzędów zdrowia w r. 1904 ani Lwów, ani Kraków nie ogłaszały. (Lwów poprawił się w r. z., w Krakowie dotąd o tem głucho). Nic dziwnego, że i z miast mniejszych, stanowiących samoistne gminy sanitarne (w r. 1904 było ich 68, o 3 więcej, niż w r. 1903) tylko 4 (Buczacz, Przemyśl, Rzeszów, Tarnów) zdobyły się w r. 1904 na ogłoszenie takich sprawozdań. (W latach następnych jeszcze kilka miast naśladowało ten dobry przykład, o czem w swoim czasie w »Przegl. lek.« donosiliśmy). Rada zdrowia, powtarzając w r. 1904 życzenie, by takie sprawozdania ogłaszane były, doradza dla zmniejszenia kosztów drukować je »w którems z pism lekarskich«; myśl tę podnieśliśmy też i w naszem piśmie, wskazując na »Przegląd higieniczny«, jako zdaniem naszem najodpowiedniejszy.

Lekarze miejscy i gminni (z wyłączeniem Lwowa i Krakowa) otrzymali płac w roku 1904 165.116 K., średnio pobierali przeto rocznie po 2.428 K.

Położnych okręgowych było w r. 1904, 500 (więcej o 19), gminnych 319 (więcej o 14). Uwagi Rady zdrowia o niewłaściwym stosunku odsetkowym posad okręgowych do gminnych przytoczyłem już w r. z. Jeden tylko powiat śniatyński ma wyłącznie posady gminne, co jest najwłaściwszem. Nędzne pobory położnych okręgowych (średnio rocznie tylko 168 K.) i gminnych (tylko 123 K.) nie zmieniły się w r. 1904 w porównaniu z r. 1903 wcale.

15. Krajowa Rada zdrowia

której skład w r. 1904 został na następne trzechlecie odnowiony, odbyła w tym roku 9 posiedzeń (nieco mniej, niż w latach 1901—1903) i załatwiła 65 spraw. Podnoszono publicznie w r. b., że byłoby pożądane, gdyby z obrad Rady zdrowia mogły do wiadomości powszechnej być podawane dane szczegółowe; domagano się nawet streszczania toku dyskusyi, wiadomości nietylko o tem, że taką a taką sprawę Rada zdrowia rozstrzygnęła, ale jak, i dlaczego tak, a nie inaczej ją rozstrzygnęła. Nie zdaje mi się, aby to miało być zawsze rzeczą pożądaną, zwłaszcza, że znaczną część czynności Rady zdrowia stanowią n. p. wydawanie opinii o wysokości taks szpitalnych, o tworzeniu aptek, koncesyach na różne zakłady i t. d. Natomiast bardzo pouczające i pożyteczne mogłoby być ogłaszanie orzeczeń i elaboratów Rady zdrowia w sprawach zasadniczych, na wzór postępowania Najwyższej Rady zdrowia, której takie zasadnicze orzeczenia pojawiają się od czasu do czasu w »Oesterreichisches Sanitätswesen«. Pozostawanie takich cenniejszych prac naszej Rady zdrowia w rękopisie może być istotnie stratą, szczególnie ze względu na stosunki w naszem społeczeństwie, w którem tego rodzaju publikacye pomódzby mogły do przełamania zakorzenionej obojętności na sprawy higieny publicznej i społecznej.

Wnioski krajowej Rady zdrowia, zamykające jej sprawozdanie, nie wymagają już tak szczegółowego omówienia, jak w r. z., ponieważ znaczna ich część i w tym roku jest tylko ponowiona i ponieważ trzebaby chyba powtórzyć uwagi, które nam się w r. z. nasunęły. Dlatego ograniczę się jedynie do przytoczenia wniosków nowych i tych, które uległy zmianom, oraz zaznaczenia, które z dawniejszych tym razem ze sprawozdania znikły. (Por. »Przegląd lek.« 1907. Nr. 31).

W sprawie higieny miast i mieszkań są nowe dwa wnioski:

»(4). Aby ułatwić urzędnikom państwowym warunki bytu w miastach prowincyonalnych i ochronić zdrowie ich i ich rodzin od szkodliwości złych mieszkań, należy na szerszą skalę obmyśleć plan budowania zdrowych domów mieszkalnych dla urzędników państwowych«.

»(6). Sposób usuwania śmieci i nieczystości z miast powinien być uregulowany i wykonywanie przepisów ściśle przestrzegane«.

Z zakresu higieny szkolnej dodano do wniosku o ustanowieniu lekarzy szkolnych słuszne »życzenie, aby w sprawozdaniach dorocznych c. k. Kraj. Rady szkolnej więcej niż dotychczas zwracano uwagi na sprawy wychowania fizycznego młodzieży i jej stan zdrowia«; do wniosku o podwyższenie dotacyi krajowej na budowę szkół ludowych uwagę, że »należy zbadać normalne plany na budowę szkół ludowych i wprowadzić takie ulepszenia, aby zapobiedz niszczeniu wielu budynków szkolnych przez grzyb i zapobiedz brakowi wychodków przy wielu takich budynkach«.

Nowym jest tu wniosek:

»(12). Udzielając koncesyę na szkołę prywatną, powinno się przez znawcę sanitarnego zbadać, czy lokal jest odpowiedni na cele szkolne, przepisać największą dozwoloną ilość uczniów lub uczenic, a w razie, gdy przy szkole ma być internat, stwierdzić, iż są osobne i odpowiednie ubikacye do tego celu. Od wypełnienia warunków sanitarnych winno być zależnem pozwolenie na otwarcie szkoły prywatnej«.

W zakresie szpitalnictwa spotykamy nowy wniosek, niemałej praktycznej doniosłości, (którą dokładniej rozpatrywaliśmy w r. z. w artykułach o szpitalnictwie):

»(21). Służbę szpitalną powinni przyjmować i oddalać dyrektorowie zakładów leczniczych«.

Również pożądanym nazwać trzeba wniosek:

»(30). Zachodzi potrzeba przyznać lekarzom urzędowym przy c. k. starostwach mniej zależne stanowisko, przynajmniej takie, jakie mają inspektorowie podatkowi lub szkolni, a nadto przydać im do pomocy funkcyonaryusza, któryby nietylko załatwiał czynności pisarskie, ale był także nadzorcą przy wykonywaniu zarządzeń sanitarno-policyjnych«.

W końcu dodała Rada zdrowia wnioski następujące:

»(32). Pożądanem jest, aby istniejące w kraju łaźnie poprawiały się stopniowo pod względem czystości i porządku i aby gminy miejskie, zwłaszcza zamożniejsze, budowały łaźnie ludowe«.

»(33). Znaczna śmiertelność niemowląt, w niektórych powiatach administracyjnych od szeregu lat stale występująca, wymaga koniecznie ścisłego zbadania przyczyn tego zjawiska i zastosowania odpowiednich środków zapobiegawczych«.

Znikł w ostatniem sprawozdaniu wniosek o zmianę ustawy zdrojowej, załatwioną przez zeszłoroczną uchwałę Sejmu.

Inne wnioski pozostały bez zmiany. Wiele z nich długo jeszcze zapewne powtarzać się będzie i powtarzać się musi, jakoto: o osuszanie bagnisk i regulacyę rzek, o ściślejsze przestrzeganie ustawy budowniczej, o usunięcie zapomocą stosownej ustawy braku wychodków po miasteczkach, o budowę gmachów szkół średnich, o ustanowienie lekarzy szkolnych, o żywszą akcyę budowlaną w zakresie szkół ludowych, o boiska szkolne, o nowe szpitale, o przytuliska dla kalek i nieuleczalnych, o zaopatrzenie szpitali w oddziały dla chorób zakaźnych i umysłowych, o zakłady dla głuchoniemych i ciemnych, o nowe budynki dla więzień. Kilka wniosków wkrótce zapewne doczeka się spełnienia, jak o otwarcie w kraju drugiego rządowego zakładu badania środków spożywczych, o państwową ustawę epidemiczną, gdyż rychłe spełnienie tych żądań zostało już przez rząd publicznie zapowiedziane w parlamencie wiedeńskim, oraz o budowę drugiego krajowego zakładu dla obłąkanych, postanowioną już w Kobierzynie i uchwaloną przez Sejm stanowczo.

Ale nie bez przykrego uczucia czyta się ponownie takie wnioski, których wypełnienie jeżeli nie dokonane, to przygotowane być i powinno i mogło, jak o rozszerzenie czynności krajowego biura melioracyjnego na sprawy asanacyjne, o wydanie rozporządzeń, zwalczających partactwo położnicze, o zmianę ustaw budowniczych zastosowaną do obecnego postępu higieny, o powołanie do Rady szkolnej członka z grona Rady zdrowia (co przecież żadnych nie może sprawiać trudności!), o założenie szkoły dla służby szpitalnej, o budowę domu porodowego w Krakowie, o ustawę o opiece nad ubogimi, o (tylokrotnie obiecywany) fundusz emerytalny dla lekarzy okręgowych i gminnych. Wszystkie bowiem te sprawy mogłyby były albo już być załatwione, albo przynajmniej raz już pchnięte na dobre tory, gdyby była potemu dobra wola.

Streszczenie zeszłoroczne sprawozdań Rady zdrowia zamknąłem kilku ogólniejszemi uwagami, które mi się po rozpatrzeniu się w sprawozdaniach z trzech lat poprzednich nasunęły. Uwagi te dotyczyły pewnych reform o szerszem znaczeniu, któreby i na postępy sanitarne wpływ wywrzeć mogły bardzo znaczny. Reform tych, o ile zależą od Sejmu, nic nie zapowiada; przez rok ubiegły nietylko się one nie zbliżyły, ale raczej oddaliły, przygniecione dominującą na razie w życiu publicznem sprawą zmiany sejmowej ordynacyi wyborczej. Toteż i do uwag zeszłorocznych niema co dodać, ani z nich ująć; słuszności niektórych dowodziłoby to, że podobne poglądy wyraża w ostatniem swem sprawozdaniu korporacya najkompetentniejsza, Krajowa Rada zdrowia (n. p. co do zapewnienia władzom sanitarnym większego znaczenia i większej samodzielności).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska *ogłasza następujące* Ostrzeżenie.

Dr Klein z Rajczy rozpoczął kroki o poprawę bytu materyalnego przez wniesienie do Zarządu Kasy chorych w Żywcu podania o 50% podwyższenie poborów. Izba lekarska prosi Kolegów, aby w razie zatargu nie podawali się o tę posadę bez porozumienia się z Izbą.

Państwowy Związek org. lek. austr. ostrzega jaknajusilniej przed przyjmowaniem posady w gminie Rossbach.

Ze Związku lekarzy rządowych austryackich. W dniu 3. maja r. b. ukonstytuował się w Wiedniu Związek centralny, ogólno-państwowy, wszystkich lekarzy rządowych w państwie austryackiem, a to dzięki zabiegom lekarzy rządowych galicyjskich, głównie zaś przewodniczącego Związku tychże lekarzy, Dra Czyżewicza z Jarosławia, który nie szczędził ni czasu, ni pióra, aby doprowadzić do zawiązania tego rodzaju związków w poszczególnych prowincyach austryackich, a następnie wytworzyć organizacyę centralną. Zasługi te podniósł przewodniczący Związku lekarzy dolno-austryackich Dr Gustaw Paul, dyrektor głównego państwowego Zakładu dla szczepień ochronnych od ospy, przy sposobności zawiązania Związku centralnego w Wiedniu w dniu 3. maja r. b.

Delegatami z Galicyi na ten zjazd byli Dr Czyżewicz i Dr Peters; z innych prowincyi austryackich, nawet najodleglejszych, przybyli również delegaci, i tak nawet Związki lekarzy rządowych w Bukowinie, Dalmacyi, Pobrzeżu i t. d. wysłały swych delegatów do obrad nad polepszeniem ciężkiej doli niestrudzonych pracowników na polu walki z chorobami zakaźnemi i podniesieniem warunków higienicznych w poruczonych ich pieczy powiatach, nieraz bardzo zaniedbanych.

Na wniosek Dra Czyżewicza uchwalono na tym zjeździe, aby na każdych 25 lekarzy rządowych przypadał 1 delegat tak, aby nawet drobne prowincye austryackie były reprezentowane w Związku ogólno-państwowym przez swego delegata. Następnie ustanowiono miasto Wiedeń jako główną siedzibę Związku centralnego; w Wiedniu musi mieszkać przynajmniej jeden z sekretarzy Związku ogólno-państwowego. W roku 1909 odbędzie się również w Wiedniu zjazd delegatów, a następnie kolejno będą odbywały się zjazdy w stolicach krajów austryackich. Jako wkładkę ustanowiono po 4 korony za każdego członka, należącego do Związku prowincyonalnego, a po 6 koron, gdyby który z lekarzy rządowych do Związku prowincyonalnego nie należał, a chciał należeć do Związku centralnego. Na rok 1908 wybrano przewodniczącym Dra Gustawa Paula w Wiedniu, zastępcami zaś przewodniczącego Dra Czyżewicza z Jarosławia i Dra Wintera z Wiednia. Uchwalono nadto wysłać telegramy dziękczynne do członków najwyższej Rady sanitarnej Prof. Dra Ludwiga, Jakscha i Kostaneckiego za chętne poparcie spraw lekarzy rządowych z prośbą o dalsze opiekowanie się nimi, nadto wysłać deputacye do prezesa Koła Polskiego Prof. Dra Głąbińskiego i członków Koła Dra Dietziusa i Dra Golda za dotychczas już okazaną życzliwość i niepłonne obietnice wprowadzenia postulatów lekarzy rządowych na lepsze tory.

Związek centralny ma też bezzwłocznie wręczyć ministrom spraw wewnętrznych i finansów oraz prezydyum obu Izb parlamentu austryackiego petycyę o poprawę rangi płacy w ten sposób, iż jedna piąta lekarzy rządowych w każdej prowincyi ma posiadać rangę VII, dwie piąte rangę VIII, jedna piąta rangę IX i jedna piąta rangę X. Referent sanitarny krajowy ma być posunięty do rangi V, inspektorzy sanitarni do rangi VI. Do petycyi ma być dołączony pogląd na stosunki służbowe dotąd istniejące i procentowy stosunek rang lekarzy rządowych do urzędników w innych kategoryach, opracowany dla całego państwa na wzór takiegoż zestawienia, dołączonego do petycyi przez Związek lekarzy rządowych galicyjskich, już powyższym Ministerstwom przedłożonej.

W końcu uchwalono wydawać kwartalny organ centralnego Związku lekarzy rządowych, który będzie bezpłatnie rozsyłany członkom Związku, a obowiązki korespondenta z Galicyi do tegoż kwartalnika objął podpisany sprawozdawca.

Dr Obtułowicz.

Skutki organizacyi lekarskiej objawiły się znowu dobitnie w sprawie lekarzy szpitali krajowych morawskich w Bernie. Jak wiadomo, lekarze ci zażądali poprawy bytu, a gdy żądań tych kilkakrotnie nie uwzględniono, wypowiedzieli solidarnie swe posady, w czem poparły ich organizacye lekarskie, czeska i niemiecka, ostrzegając swych członków przed podawaniem się o te stanowiska. Wynikiem tego była zarządzona przez Namiestnictwo morawskie konferencya, która skończyła się przyznaniem lekarzom pomocniczym żądanej poprawy bytu (w pierwszym roku płaca 1400 K., w każdym dalszym o 200 K. więcej aż do 2000 K., ubezpieczenie przez Wydział krajowy od wypadku).

R.

Dwumilionowy fundusz państwowy na zwalczanie gruźlicy w Austryi. Odsetki tego funduszu za r. 1908 i drugą połowę r. 1907, wynoszące 94,527 K., zostały już rozdane. 7 Towarzystwom zwalczania gruźlicy zapewniono większe subwencye przez lat 15, i tak Towarzystwu »Viribus unitis« w Wiedniu, Towarzystwu uzdrowiska Alland i Towarzystwu styryjskiemu po 7000 K., czeskiemu i niemieckiemu Towarzystwu krajowemu w Pradze po 5000 K., krajowemu Towarzystwu w Krainie 4500 K., Towarzystwu »Lecznicy toczniowej« w Wiedniu 2000 K. Dalej otrzymały krajowe Towarzystwa morawskie i śląskie (utrzymujące tylko dyspensatorya) na 6 lat po 6000 i 4500 K. Wreszcie na r. 1908 przyznano trzem, na początku wymienionym Towarzystwom (»Viribus unitis«, »Alland« i styryjskiemu) po 8000 K., obu czeskim po 6000 K., morawskiemu i śląskiemu po 4000 K., krainskiemu 2000 K. — A Galicya? Obawy nasze, że dla Galicyi okroi się niewiele, sprawdziły się aż nadto! Podobno statut fundacyi dozwala udzielać zasiłków tylko działającym już towarzystwom przeciwgruźliczym. Ale we Lwowie istnieje już przecie od lat kilku i rozpoczęło działalność Towarzystwo przeciwgruźlicze, mamy 2 sanatorya dla ubogiej młodzieży i kolonie dla dzieci zołzowatych. Cóż więc jest przyczyną, że kraj nasz zupełnie pominięto? *R.*

Szczepienie w Krakowie. Od lat kilku w sprawozdadaniach krajowej Rady Zdrowia znajdowała się w rozdziale o szczepieniach wzmianka, że w Krakowie szczepienia publiczne nie są należycie zorganizowane. Okoliczność ta sprawiła, że miejska komisya sanitarna wskutek wniosku prof. Pareńskiego uchwaliła, aby Magistrat zorganizował szczepienia publiczne w Krakowie w ten sam sposób, jak w innych większych miastach, w szczególności zaś, aby do szczepień publicznych rozsyłano wezwania i w ten sposób przypominano publiczności o dokonaniu tego zabiegu w czasie stosownym. Magistrat uchwałę tę wykonał, a rok bieżący jest pierwszym, w którym do szczepień publicznych rozesłano imienne wezwania. Na podstawie uzyskanych od właścicieli i administratorów domów w Krakowie, spisów dzieci urodzonych w ostatnim roku, a nieszczepionych, i zgłoszeń porodów z ostatniego roku — zestawiono wykaz dzieci, które zaszczepić należy, a do rodziców tych dzieci rozsyła się wezwania imienne. Aby oprócz tego pod jesień nastręczyć ponownie sposobność do szczepienia tych dzieci, których na wiosnę z jakichkolwiek powodów nie zaszczepiono, urządzi Magistrat ponowne publiczne i bezpłatne szczepienia przez cały miesiąc wrzesień b. r. Rewakcynacye odbędą się w miejskich szkołach tak samo, jak po inne lata, w maju i czerwcu. Nowa organizacya szczepień publicznych w Krakowie wyda niewątpliwie wyniki pomyślne, a odsetek dzieci zaszczepionych będzie niewątpliwie w tym roku znacznie wyższy, niż po inne lata; z tem zaś zmniejszy się niebezpieczeństwo ospy w obrębie miasta. *S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. V. 1908 doniesiono o 130 nowych przypadkach duru plamistego w 24 gminach. a mianowicie: pow. Bohorodczany (Dźwiniacz 3, Konnacz 5), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 7, Rodatycze 1), Jaworów (Czernilawa 3, Drohomyśl 3, Kłonice 3), Kamionka (Majdan stary 6, Stojanow 1), Mościska (Czerniawa 40), Podhajce (Nowosiółka 1), Przemyślany (Połtew 4), Rawa (Biała 5, Zamek 10, Pogorzelisko 2), Rohatyn (Rohatyn 2), Sokal (Spasów 8), Stanisławów (Komarno 1), Stryj (Tuchla 2, Hołowiecko 3, Orawczyk 11), Zborów (Pleśniany 4, Presowce 2), Kamionka (Kamionka 3), oraz sprawdzono 1 przypadek ospy w mieście Krakowie. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3. do 9. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 5; zmarło osób 51 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 12 (4), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 1 (1), płonicy 2 (2), odry 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. do 9. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (tem obcych (3 † 1), ospy 1, płonicy — † 2 (— † 2), odry 10 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. V. 1908 głoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 1, płonicy 19 † 1 (1 † —), odry 9, duru brzusznego 3 (1), nagm. zapalenia opon 1 (1). *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Polski Komitet IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich ogłasza, co następuje:

»W dniu 6—10. czerwca b. r. odbędzie się w Pradze IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Od samego utworzenia instytucyi Zjazdów przyrodniczo-lekarskich w Polsce i w Czechach uczestniczyli prawie zawsze przedstawiciele nauki czeskiej w polskich, a Polacy w czeskich Zjazdach. Utrzymanie i wzmocnienie węzła, łączącego oba narody słowiańskie na polu kulturalnem, stało się dziś wzajemną potrzebą, a przyniósłszy już niejednokrotnie obopólną korzyść, w przyszłości jeszcze obfitsze rokuje owoce. Dlatego Komitet polski ufa, że i tym razem lekarze i przyrodnicy polscy gromadnie pospieszą do Pragi, by uczestniczyć w uroczystem święcie nauki czeskiej.

Udział w Zjeździe i tytuły zamierzonych wykładów zgłaszać należy wprost do Kancelaryi IV. Zjazdu lek. i przyr. czeskich w Pradze (Vladislavova ul. 14). Tam też przesyłać można wkładkę uczestnictwa w kwocie 10 koron, lub składać ją w filiach »Živnostenskiego Banku«. Kancelarya Zjazdu w Pradze przyjmuje zamówienia mieszkań i udziela wszelkich wyjaśnień.

Prezes Komitetu: *Prof. Wicherkiewicz.*

Kraków. Uzupełniając wiadomości, podane w poprzednim numerze »Przeglądu lek.« o Walnem Zgromadzeniu Polskiego Towarzystwa balneologicznego w d. 3. V. 1908, nadmienić należy, że skład nowoobranego Wydziału Tow. jest następujący: prezes Jan hr. Potocki, wiceprezes Dr Cercha, skarbnik Dr Piotrowski, redaktor Dr Flis, sekretarz Dr Zanietowski, członkowie Dr: Aronsohn, Pelczar, Regiec, Wąsowicz, Zathey. Gdyby II. Zjazd balneologiczny, którego urządzenie z końcem września b. r. w Zakopanem poruczono Wydziałowi Tow., nie mógł się w tym czasie odbyć, w takim razie odbyłby się z końcem kwietnia 1909 r. w Krakowie lub we Lwowie. Walne Zgromadzenie wyraziło życzenie, aby prezes Towarzystwa przedstawił Namiestnikowi kraju szereg piekących postulatów, dotyczących krajowego zdrojownictwa, a poruszonych na Zgromadzeniu, aby delegat »Głosu warszawskiego« p. Skarżyński, który przybył do Galicyi celem zbadania i poparcia zdrojowisk polskich, otrzymał od Towarzystwa list polecający, wreszcie aby w organie Towarzystwa pomieszczono opis ulepszeń, dokonanych w ostatnim roku w naszych zdrojowiskach. — W sprawie Zjazdu balneologicznego oraz innych, przez Zgromadzenie uchwalonych postulatów, odbył Wydział Towarzystwa balneol. w dniu 4. V. 1908 posiedzenie i rozpoczął odrazu kroki przygotowawcze.

Lwów. Rada miejska uchwaliła uczcić jubileusz cesarski założeniem przytułku dla opuszczonych niemowląt i dzieci do 7. roku życia na 100 miejsc, ofiarując na ten cel 6 morgów gruntu, 150,000 K na budynki i 25,000 K rocznej dotacyi wieczystej.

Warszawa. Wystawa higieniczna w Lublinie, mająca się odbyć we wrześniu b. r., ma na celu nietylko rozpowszechnienie najnowszych zdobyczy na polu higieny stosowanej, ale i zestawienie stanu wytwórczości naszej na tem polu i przez to podniesienie odpowiednich działów przemysłu krajowego. W czasie wystawy odbędzie się Zjazd higieniczny, który m. i. będzie przeglądem dziesięcioletniej działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego i jego oddziałów prowincyonalnych. Komitet zaprasza przeto do nadsyłania i zgłaszania odpowiednich prac i referatów. Wystawa obejmuje 16 działów: higienę dziecka, higienę wychowawczo-pedagogiczną, higienę mieszkań, żywienia, odzieży, miast, fabryk, kolei, higienę ludową, balneologię, bakteryologię i zwalczanie chorób zakaźnych, szpitalnictwo, przemysł techniczny i chemiczny w zastosowaniu do higieny i lecznictwa, aptekarstwo i statystykę naukową. Wśród członków Komitetu znajdują się Dr Tołwiński (wiceprezes), Dr Modrzewski (sekretarz), Drzy Dobrucki, Jaworowski, Klarner, Piętkowski, Polak (czł. honorowy). Zgłoszenia należy nadsyłać do 15. V. na ręce Dra Jana Modrzewskiego (Lublin, Krakowskie Przedmieście 15), który też udziela wszelkich wyjaśnień.

— Narady warsz. Towarzystwa higienicznego (Zjazd higieniczny) w czasie Wystawy higienicznej w Lublinie odbyć się mają w d. 26., 27. i 28. IX. b. r. według następującego programu: 1. Mikrobiologia i parazytologia. 2. Zapobieganie chorobom zakaźnym. 3. Higiena żywienia i odzieży. 4. Walka z alkoholizmem. 5. Higiena wieku dziecięcego i szkolna. 6. Higiena mieszkań, 7. miast, 8. wsi, 9. przemysłu. 10. Pomoc lecznicza i szpitale. 11. Statystyka sanitarna. 12. Balneologia. 13. Higiena komunikacyi. 14. Popularyzacya higieny.

— Towarzystwo lekarskie w Częstochowie liczyło w r. 1907 24 członków rzeczywistych, 3 honorowych, 4 korespondentów; na 8 posiedzeniach odbyło się 13 odczytów i 11 demonstracyi. Dochody w r. 1907 wynosiły 282 rb., rozchody 314 rb. Biblioteka zawierała 449 dzieł i 400 czasopism. Na r. 1908 wybrani zostali: prezesem Dr Wł. Biegański, wiceprezesem Dr Wrześniowski, sekretarzem Dr Rosenfeld, skarbnikiem Dr Batawia.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Członkami Komitetu polskiego z ramienia Towarzystwa higienicznego lwowskiego są prezes Dr Obtułowicz i Prof. Dr Gizelt, z ramienia Towarzystwa przyrodników im. Kopernika Prof. Dr Marchlewski.

Z różnych stron. Porządek dzienny III. ogólnego Zebrania »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 25. IV. (8. V.) b. r. obejmował następujące wykłady: 1) Inż. Wł. Dzierzgowski: O katalazie przewodu pokarmowego. 2) Prof. Ziemacki: W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych.

— Akademia wojskowolekarska w Petersburgu zamierza wprowadzić nowe prawidła, dotyczące rozpraw doktorskich i ich obrony. W celu ułożenia tych prawideł wybrała Rada profesorska osobną komisyę. *S.*

— W kąpielach kaukazkich (Essentukach i Zeleznowodsku) przedłużono sezon kąpielowy, ograniczono kąpiele bezpłatne i podniesiono opłaty za kąpiele. *S.*

— W klinice chirurgicznej Prof. Fiodorowa w Petersburgu przez nieostrożność Sióstr miłosierdzia użyto do przepłukiwania jelita grubego rozczynu sublimatu 1:40. Chory zmarł po dobie w strasznych męczarniach. *S.*

— »Zeitschrift f. Heilkunde«, najstarsze i najpoważniejsze z pism archiwalnych austryackich, przestaje wychodzić — dla braku środków materyalnych. Wiedeńskie pisma lekarskie wyrażają zdanie, że tego rodzaju wydawnictwo upaść nie powinno i domagają się dlań subwencyi rządowej. Ale w takim razie należałaby się pomoc rządowa, zdaniem naszem, nietylko niemieckim pismom lekarskim tego rodzaju.

— Od kilku lat urządza niemiecki komitet uzupełniających studyów lekarskich zbiorowe wycieczki naukowolekarskie. Najbliższą będzie wycieczka do szeregu uzdrowisk nadmorskich, wyruszająca z Hamburga na statku »Oceana«, 1. września b. r. Wycieczka ta zwiedzi uzdrowiska na wyspie Wight, na zachodnim brzegu Europy, Maderę, Teneryffę i Tanger. Cena miejsca od 525 Mk., obejmuje koszt wycieczek na lądzie. Wyjaśnień udziela komitet wycieczek (Komitée zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Berlin NW. Luisenplatz 2 4).

— Sprawa pomnika Virchowa w Berlinie, głośna swego czasu przez to, iż wywołała spory.... artystyczne między... lekarzami i pismami lekarskiemi, przybrała nowy zabawny obrót przez wmieszanie się cesarza Wilhelma, który sprzeciwił się obecnemu projektowi pomnika.

Mianowani: Dr Stanisław Burzyński lekarzem sztabowym w marynarce austr.

Prof. Ostertag dyrektorem w ces. Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

Powołani: Prof. Lange z Monachium na katedrę chirurgii ortopedycznej w Berlinie (po Hoffie).

Zmarli:

Dr Julian Olpiński

ur. w Trembowli, ukończywszy szkoły średnie w Tarnopolu, studya lekarskie odbył w Krakowie, gdzie też uzyskał w r. 1871 dyplom doktorski. Osiadłszy w rodzinnem mieście, cieszył się jako lekarz i obywatel uznaniem i poważaniem współobywateli, którzy w r. 1877 obrali go członkiem trembowelskiej Rady powiatowej, w r. 1882 burmistrzem m. Trembowli, a następnie posłem na Sejm krajowy. Urząd burmistrza m. Trembowli piastował do końca życia. Obok pracy lekarskiej i społecznej znajdował jeszcze ś. p. Olpiński czas i siły na pracę piśmienniczą, ogłaszając kilka rozpraw z zakresu otyatryi, medycyny publicznej i »Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w Galicyi« (1882), a nadto na numizmatykę, której był miłośnikiem i znawcą. Spokój Jego popiołom!

Dr Leopold Haim, lekarz powiatowy (w Rudkach) w 43 r. ż. w Krakowie.

Dr Mieczysław Korzeniowski, urodzony w roku 1861 w Siedlcach, wychowaniec uniw. warszawskiego, uczeń ś. p. Krajewskiego i jego następca, jako ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, w 46 r. ż. w Warszawie; Dr Feliks Rymowicz, urodzony w kowieńskiem, wychowaniec petersburskiej akademii lekarskiej, b. lekarz sekretaryatu stanu Królestwa Polskiego w Petersburgu, w ostatnich latach wiceprezes wydziału ochron warsz. Towarzystwa Dobr., zmarł w 82 r. ż. w Warszawie;

anatom Prof. Guldberg w Chrystyanii.

Redakcya otrzymała: H. Landau: Zur Lehre von der sogenn. »körnigen Degeneration der Erythrocyten«. Folia haemat. 1908. — Brodzki: Experimentelle Untersuchungen üb. d. Verhalten des Blutdruckes u. üb. d. Einfluss der Nahrung auf denselben bei chronischer Nephritis. Deuts. Archiv f. klin. Med. T. 93. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. maja o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Kol. Cetnarowski: »Leczenie sposobem Pinkusa w cierpieniach ginekologicznych« (z demonstracyami).

Posiedzenie Sekcyi Jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **we czwartek dnia 21. maja 1908 o godzinie 6 wieczór** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Higiena wychowania według najnowszych badań, kolega Dr Rossberger. 3) Omówienie spraw zawodowych.

O liczne zebranie się uprasza Biuro Sekcyi jarosławskiej.

Dr Feldmann, sekretarz. *Dr W. Czyżewicz*, przewodniczący.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Balikowski Stan.**, radca ces, (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte. Wiese. Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 23. maja 1908 Nr 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

O szkodliwych skutkach pracy biologicznej, do której komórki nie są z góry przygotowane, objaśniają doświadczenia Isaaka i Friedemanna, wykonane w pracowni klinicznej Krausa w Berlinie. Badania te, zmierzające do poznania wpływu obcego białka, wprowadzonego wprost do naczyń krwionośnych u kóz, stwierdziły, że koza takiego białka nie przyswaja zupełnie; ustrój jej nie posiada odpowiednich receptorów. Przez stopniowe uodpornianie zapomocą małych ilości rozczynu odpowiedniego białka można jednak doprowadzić do wytwarzania receptorów, a równocześnie z tem do powstawania strątników. Skoro się to osiągnie, wtedy zjawia się zdolność do przyswajania białka, względnie do przerabiania go i zupełnego spalania aż do wytworzenia mocznika. Ale przy tej wewnętrznej pracy widoczny jest wielki wysiłek komórek, objawiający się na zewnątrz zwiększonem wydzielaniem azotu. Ilość azotu wydalonego przewyższa znacznie dowóz. Wytłómaczyć tego nie można inaczej, jak tylko rozpadem białka komórkowego, a więc zużywaniem się samych komórek, a to tem bardziej, skoro zwierzęta, użyte do doświadczeń, chorują, a niektóre z nich nawet giną. Białko, którego ustrój zwierzęcia poprzednio nie znał, ulega wprawdzie ostatecznie siłom rozkładowym komorek, ale przytem nastaje wyczerpanie i niszczenie samego ustroju, a więc to białko działa jak trucizna.

W tem wszystkiem, o czem mówiliśmy dotychczas, nie trudno dopatrzeć się pewnego podobieństwa do zjawisk, spostrzeganych u chorych, które skłonni jesteśmy tłómaczyć jako następstwa zatrucia wytworami własnej wymiany materyi. Nie należy bynajmniej do wielkich rzadkości, że pewne pokarmy wywołują u niektórych osób pewne nieprawidłowe objawy, rozmaite co do postaci i co do nasilenia. Dobrze jest znana pokrzywka, rumień naczynioruchowy, ostry wyprysk, a nawet podobne do róży zaczerwienienie i obrzęk skóry, powstające niekiedy po spożyciu poziomek, raków, ryb, nawet jaj i t. d., jeśli osoba, spożywająca te pokarmy, nie może ich znosić. Podobne zjawiska powstają także po zażyciu niektórych leków. Tłómaczymy to sobie t. zw. idiosynkrazyą. Taka idiosynkrazya może być albo wrodzona, często odziedziczona, albo nabyta, na stałe albo na pewien tylko okres czasu. Źródło jej leży niewątpliwie w tem, że ustrój nie posiada już od urodzenia, albo też wśród życia stracił zdolność trawienia pewnych ciał w znaczeniu biologicznem, brakuje mu pewnych grup amboceptorów. Ciała te działają nań wtedy podobnie do jadów.

Od zjawisk idiosynkrazyi już właściwie tylko krok jeden do objawów, noszących piętno samozatrucia. Dla ich powstawania, dla wytłómaczenia etyologii przyjąć trzeba dwa współdziałające czynniki: Pierwszym z nich jest nieprawidłowy tok przerabiania pokarmów w narządzie pokarmowym, zależny bądź to wprost tylko od stanu tego narządu, bądź też równorzędnie także od ilości, mieszaniny lub doboru pokarmów, które same przez się są zresztą zupełnie zdrowe. Za drugi czynnik trzeba uważać dalszy przebieg przerabiania materyałów odżywczych poza przewodem pokarmowym, począwszy od ścian kiszek, a kończąc na najdalszych narządach, a więc właściwe trawienie komórkowe i stwierdzić, że są w niem pewne braki, pewne odstępstwa od tego, co nazywamy prawidłowem spalaniem materyałów odżywczych.

Takie pojęcie sprawy nie sprzeciwia się w zasadzie zapatrywaniom, które od czasów Boucharda kładą nacisk na rozkład fermentacyjny lub gnilny pokarmów w żołądku lub też w kiszkach. Jest on niewątpliwie ważnem ogniwem, istoty rozkładowe są donioslym czynnikiem w powstawaniu samozatrucia, ale same przez się nie wzniecają go jeszcze. Z trawieniem nieprawidłowem, z zaleganiem treści pokarmowej rozłożonej spotykamy się nierzadko i u wielu chorych, a jednak nie widzimy tak często objawów zatrucia. Widocznie więc trzeba jeszcze czegoś więcej, aniżeli samego rozkładu, ażeby te objawy powstawały. A że istotnie potrzeba, dowodzą badania chemiczne treści wydobytej z chorego żołądka, stwierdzające w niej związki dwuaminowe. Mówią o nich w swych sprawozdaniach Kulneff, Bouveret i Devic, podnosząc równocześnie, że u chorych takich nie spostrzegano zbioru objawów, opisywanych przy samozatruciach.

W poszukiwaniu dalszych ogniw etyologicznych w tych sprawach zwrócono się do pojęć o odtruwającem działaniu niektórych narządów i zwłaszcza w czynności wątroby upa-

trywano niemal że swoisty wpływ na dalszą przemianę połączeń, powstających przy trawieniu kiszkowem. Punktem wyjścia były tu znane doświadczenia Schiffa, polegające na podwiązywaniu żyły wrotnej, po którem zwierzęta rychło ginęły wśród objawów zatrucia. Takie same objawy stwierdzono później po stworzeniu bezpośredniego połączenia między żyłą wrotną, a żyłą główną dolną (przetoka Ecksteina), tem bardziej zaś po zniszczeniu miąższu wątroby, jak to równocześnie i niezależnie od siebie stwierdzili Pick z Pragi i dwaj belgijscy lekarze Denys i Stubbe. Dalszych szczegółów dla ocenienia roli wątroby zdawały się dostarczać badania toksykologiczne, stwierdzające, że silne trucizny roślinne, jak strychnina, nikotyna, hioscyamina i t. d. działają słabiej, jeśli do ogólnego obiegu krwi dostają się przez wątrobę.

Wszystkie te i tym podobne spostrzeżenia posłużyły do tego, aby wątrobie nadać znaczenie biologicznego sączka, rozdzielającego narząd trawienia, z jego odrębnym układem naczyniowym żyły wrotnej, od reszty ciała i od układu naczyniowego głównego, żeby jej przypisywać zdolność zatrzymywania, w części także niszczenia połączeń szkodliwych, trujących. Niesprawność wątroby jest według owych zapatrywań jednym z najważniejszych czynników przy powstawaniu zatruć samotwórnych. Znalazły one wyraz także w medycynie klinicznej przez stworzenie pojęcia obrzęku wątroby z niestrawności (*tumor hepatis dyspepticus*), przyjętego prawie powszechnie przez francuskich i angielskich lekarzy.

Że wątroba jest narządem do życia niezbędnym, że w jej miąższu odbywają się nader ważne sprawy fizyologiczne, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Ale nie odejmiemy jej bynajmeiej tego wielkiego znaczenia, jeśli podniesiemy, że wymiana materyi nie kończy się w wątrobie, że toczy się w całym ustroju, że każdy narząd, każda komórka bierze w niej udział i to tak dobrze przez sprawę przyswajania i budowania, tworzenia samej siebie, jak i przez sprawę burzenia, przez rozkładanie białka komórkowego, spalanie rozkruchów rozłożonych drobin aż do ostatecznych granic wymiany biologiczno-chemicznej. Praca ta odbywać się może zresztą nawet z zupełnem pominięciem przewodu pokarmowego, jak o tem świadczą doświadczenia z śródżylnemi wstrzykiwaniami rozczynów białka.

Ostatnie czasy przyniosły nadto bezpośrednie dowody na to, że rolę wątroby, jako wyłącznego niemal narządu odtruwającego, przeceniano. Ze stanowiska czysto klinicznego wskazać tu można na zachowanie się ustroju po operacyi Talmy, po której nie spostrzegano bynajmniej objawów samozatrucia. A rękoczyn ten ma właśnie na celu skierowanie krwi żylnej z naczyń jamy brzusznej wprost do żyły głównej dolnej. Doświadczenia Popielskiego z wyciągiem, otrzymanym z jelit, dowiodły, że znajdują się w nim ciała trujące, a dalej, że te same ciała otrzymać można z innych narządów. A więc albo z jelit dostały się mimo wątroby do głównego obiegu krwi, albo powstały tam, gdzie się znajdują. Popielski oświadcza się stanowczo za tem drugiem przypuszczeniem. Falloise stwierdził nadto, że jady uzyskane z mas kałowych, działają tak samo trująco wtedy, gdy się je wstrzykuje wprost do żył obwodowych, jak i wtedy, gdy do obiegu krwi dostają się za pośrednictwem krążenia żyły wrotnej. Główną rolę w usuwaniu trucizn przypisuje tenże badacz błonie śluzowej narządu pokarmowego, przedewszystkiem jelit, opierając się na doświadczeniach, które pokazały, że wyciągi z mas kałowych, wstrzyknięte do podwiązanej pętli jelit, ulegają wessaniu i nie przynoszą szkody zwierzęciu, o ile błona śluzowa jest prawidłowa. Po uszkodzeniu jej nastąpią w tych samych warunkach objawy zatrucia.

Jeśli te szczegóły uzupełnimy naszemi wiadomościami o ciałach, w których tkwi istota uodporniania przeciw jadom zakaźnym, a o tych nie możemy żadną miarą utrzymywać, że są swoistym wytworem pewnego tylko narządu, to nabrać trzeba koniecznie przekonania, że samoobrona i wobec szkodliwych wytworów wymiany materyi musi być powszechną własnością całego ustroju, przy możliwym zresztą, a nawet bardzo prawdopodobnym i w tym także zakresie pewnym rozdziale pracy między rozmaite komórki, względnie narządy. Jak długo komórki swoim zadaniom sprostać mogą dokładnie, panuje stan zdrowia. Gdy sprawność, czy to sama przez się, czy też skutkiem niewłaściwych, za wielkich lub wprost niezwykłych zadań, nie wystarcza, powstają zaburzenia, które wywoływać mogą objawy zatrucia.

Już ze stanowiska chemicznego zwracano uwagę (Jaksch, Albu), że połączenia trujące, otrzymywane w przypadkach niektórych chorób przewlekłych, nie są właściwie ptomatynami; Jaksch żąda wyraźnie, żeby je nazywać dwuaminami, widząc w nich wytwory wymiany materyi, która nie jest zupełną. Badanie tych wytworów, leukomainów, jak brzmiała ich nazwa, nadana im przez Gautiera, stanowić będzie niewątpliwie jeden z najbardziej zajmujących tematów badań pracownianych, a wykrycie związków, które tworzą ogniwa w łańcuchu przemian biologiczno-chemicznych białka, utrwali pojęcia kliniczne o samozatruciu także zapomocą zupełnie ścisłych rozbiorów chemicznych.

Jak długo nie znamy dokładnie istoty tych ciał trujących, ani warunków, w których na ustrój wprost szkodliwie działają, trudno tworzyć zamknięte grupy chorób i szeregować przypadki samozatrucia na podstawach etyologicznych ściślejszych; kierować się można jedynie tylko zbiorem objawów klinicznych. I na razie zadowolić się właściwie trzeba raczej tylko gromadzeniem materyału, który dopiero później będzie można oświetlić także i chemiczną krytyką.

Ale i przy klinicznem ocenianiu odnośnych spostrzeżeń musimy się rządzić sądem krytycznym i mieć jakieś linie wytyczne dla tego sądu. Jeśli mówimy o samozatruciach z przewodu pokarmowego, to na ten narząd zwracać trzeba przedewszystkiem uwagę, a potem śledzić pilnie objawy ogólne, ich związek z trawieniem, wreszcie cały przebieg i zejście choroby. Tylko w ten sposób uzasadnić można etyologię przypadków, uważanych za następstwa samozatrucia, ze stanowiska klinicznego. Że przy tem zdarzać się muszą znaczne trudności i powstawać wątpliwości, które nie łatwo rozstrzygnąć, na to trzeba być z góry przygotowanym. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej Prof. Dr Wal. Jaworskiego w Krakowie.

O krzywicy późnej.

Napisał

Docent Dr Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Siegert opisuje zmięknienie kości u 16-letniego chłopaka. Choroba rozpoczęła się bolami w kończynach dolnych i upośledzeniem chodzenia. Równocześnie rozwijały się postępujące zniekształtnienia kości kończyn dolnych, kręgosłupa, mostka, obojczyków, zupełne unieruchomienie chorego. Śmierć wskutek wyniszczenia. Badanie pośmiertne stwierdziło zmięknienie wszystkich kości prócz kości czaszki, ścieńczenie istoty korowej, zwiększenie się jamy szpikowej. Siegert rozpoznaje zmięknienie kości, a nie krzywicę z powodu 1) zajęcia wszystkich kości z wyjątkiem kości czaszki, 2) braku przypadłości ze strony przewodu pokarmowego.

Zmięknienie kości u 9-letniego osobnika spostrzegał Anschütz (3). W czasie 9-letniego trwania choroby ulegały rozliczne kości zmięknieniu, zniekształtnieniu, oraz złamaniom. Nasady kości długich były znacznie zgrubiałe. Zdjęcia fotograficzne promieniami Röntgena stwierdziły znacznego stopnia odwapnienie kości. Anschütz rozpoznaje »*osteomalacia rhachitiformis*« ze względu i na śmiertelny przebieg choroby i na zgrubienia nasad kostnych.

W przypadku Saupera (4) wystąpiło u 15-letniej dziewczyny zmięknienie i zniekształtnienie kości długich, które po dwóch latach niepomyślnego przebiegu zupełnie chorą unieruchomiło. Wymiary miednicy wynosiły wówczas: *dist. spin.* $20^1/_2$, *dist. crist.* — 22, *conj. ext.* 16 cm., a prócz zniekształtnienia kości długich, innych zmian, w szczególności cechujących krzywicę, nie stwierdzono. Gdy znowu po 2 latach stan układu kostnego chorej pogorszył się, wycięto jajniki sposobem Fehlinga. Wynik leczniczy tego zabiegu pomyślny, gdyż bole ustąpiły, twardość kości znacznie się zwiększyła, a chora poczęła chodzić. Zmarła z powodu gruźlicy płuc w 32 roku życia, a badania pośmiertne kości miednicy stwierdziły zmiany, cechujące przebyte zmięknienie kości.

Axhausen (5) spostrzegał u trzyletniej dziewczynki schorzenie układu kostnego, rozpoczynające się częstemi i rozlicznemi złamaniami kości. W dalszym przebiegu choroby rozwinęły się rozległe mięknienia i zniekształtnienia kości kończyn, kręgosłupa i klatki piersiowej, bez objawów krzywiczych. Zdjęcia fotograficzne promieniami Röntgena z rozlicznych miejsc kości stwierdzają znaczne rozrzedzenie substancyi kostnej. Z powodu braku zaburzeń w zakresie przewodu pokarmowego, braku zaburzeń w uzębieniu, braku zgrubień nasad kości długich i z powodu długotrwałego a niepomyślnego przebiegu choroby rozpoznaje Axhausen *osteomalacia infantilis.*

Z porównania objawów spostrzeganych w przytoczonych przypadkach chorobowych, z objawami, cechującymi nasz przypadek wynika, że do obrazu chorobowego, przez nas opisanego nie da się zastosować rozpoznanie *osteomalacia infantilis.*

Przeciw takiemu rozpoznaniu poważnie przemawiają: zgrubienie nasad kości kończyn dolnych i górnych, zmiany w wymiarach miednicy, zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego, wynik leczniczy i pomyślny przebieg cierpienia, w końcu, co najważniejsza, zdjęcia z układu kostnego, dokonane zapomocą promieni Röntgena.

Pozostaje zatem tylko, co do naszego przypadku, omówić jeszcze drugą ogólną chorobę, dotyczącą kośćca, t. j. krzywicę.

Zwykła jej postać, występująca w pierwszych latach życia, nie może tu jednak wchodzić w rachubę. Zastanowić się jednak należy nad inną, a niezwykłą postacią krzywicy t. zw. krzywicą późną *(rhachitis tarda).*

Istnienie krzywicy późnej, jako stwierdzonego obrazu chorobowego, do niedawna albo było podawane w wątpliwość, albo było wprost zaprzeczane, albo w końcu uważane za wielką rzadkość.

Dla wyjaśnienia sprawy krzywicy późnej i dla utwierdzenia rozpoznania w przypadku, przez nas opisanym, przytaczam odnoszące się do tego dane ze skąpego piśmiennictwa, omawiającego ten przedmiot.

W podręcznikach chorób dzieci spotykamy bardzo niewiele wiadomości o krzywicy późnej.

Meissner (6) pisze, że spostrzegał u chłopców 11- i 15-letniego bardzo silnie rozwiniętą krzywicę. Obaj nie mogli chodzić, a u jednego występowały złamania kości długich.

Rehn (7) oświadcza: »Nie spostrzegałem nigdy krzywicy po trzecim roku życia. Uważam za wielką rzadkość przypadki, występujące w późniejszych latach«.

W podręczniku Henocha (8) spotykamy następujące orzeczenie: »Nie widziałem nigdy, aby choroba ta rozwijała się później, niż z początkiem drugiego roku życia; prawie we wszystkich przypadkach, które później dostaję do leczenia, trwa ona od dłuższego czasu, spostrzeżona jednak została przez rodziców dopiero wtedy, gdy dzieci w odpowiednim czasie stać lub chodzić jeszcze nie mogły. Przypadku krzywicy późnej, w rozumieniu Kassowitza, przypadku, któryby był analogicznym do kiły późnej, dotąd nie spostrzegałem«. Vierordt (l. c.) wyraża się w swej monografii w zbiorze Nothnagla w następujący sposób: »Podobnie jak z krzywicą płodową ma się też sprawa z krzywicą późną. Opisano pod tą nazwą zmiany kośćca podobne do krzywiczych, które spostrzegano po 5. roku życia lub po okresie dojrzewania, a nawet skończonego rozrostu kości (Portal, Clutton, Kassowitz). Portal, a później Lukas podawali jako przyczynę tego cierpienia samogwałt. Wstrzymuję się z wydaniem orzeczenia, czy istnieje krzywica późna, gdyż nie posiadam własnych spostrzeżeń. Sprawa jednak dotąd jest wątpliwą«.

Podobnie jak Vierordt wyraża się także Seifert (9): »Jak w krzywicy płodowej, chodzi i w krzywicy późnej tylko o zmiany, podobne do krzywiczych. W istocie są one zapewne odmienne od krzywiczych«.

Monti (10) nie wierzy w istnienie krzywicy późnej. »Dopóki nie zostanie udowodnionym ten sam obraz histologiczny w »krzywicy późnej« i w »krzywicy zwykłej«, nie uznaję tej choroby«.

Tyle wiadomości o krzywicy późnej podają podręczniki chorób dzieci.

Nieco więcej o tej chorobie napotykamy w opisach kazuistycznych, porozrzucanych w piśmiennictwie. Dawniej-

sze opisy zawarte w rozprawach Portala (11), Stiebla (12) i Trousseau (13) są dwuznaczne. Mieszano w nich pojęcie zmięknienia kości z krzywicą późną lub też (Trousseau) uważano zmięknienie kości za krzywicę wieku późniejszego.

Pojęcie kliniczne krzywicy późnej stworzył i ściślej opisał Ollier (14) pod nazwą *Rhachitisme tardif*. Przypadki te dzielił na 2 grupy. Jedna obejmowała przypadki, w których choroba po raz pierwszy występowała w wieku młodzieńczym, druga przypadki, w których choroba rozpoczęła się w wieku dziecięcym, następnie pozornie zupełnie wygasła, a w wieku młodzieńczym powtórnie się rozwinęła. Przypadki, należące do grupy pierwszej, uważał za rzadsze, a za cechę ich podawał, prócz rozwoju w okresie wieku młodzieńczego, wszystkie główne objawy krzywicy wieku dziecięcego.

Deydier (l. c.) dodał do grupy pierwszej podziału Olliera jeszcze nowy podział, a mianowicie: 1) na przypadki ogólne, obejmujące cały kościec i 2) na przypadki z siedzibą zmian w pewnych tylko częściach kośćca. Przypadki, należące do tej drugiej grupy są częstsze i obejmują boczne skrzywienia kręgosłupa wieku młodzieńczego i niektóre rodzaje kolana koślawego i szpotawego.

Do obrazu krzywicy późnej w znaczeniu pierwszej grupy podziału Olliera, nie można zatem zaliczać przypadków krzywicy, które rozpoczęły się w wieku dziecięcym, a przewlekały się ze wszystkimi objawami krzywicy do okresu dojrzałości. Podnoszą to również Clutton (15) i Roos (16), których spostrzeżenia poniżej przytoczymy. Zdaniem Roosa do przewlekłej, a nie do późnej postaci krzywicy należy zatem zapewne zaliczyć przypadek opisany przez Kassowitza (17), w którym dziecko, zawsze przedtem zdrowe, przestało chodzić w 17. miesiącu życia. Badanie, dokonane w 10. roku życia stwierdziło: długość ciała 79 cm. (prawidłowo 124). Wszystkie kości zniekształtnione, nasady zgrubiałe. W tym czasie wypadły również zęby mleczne, nowe uzębienie jednakowoż nie ukazało się. Po kilku tygodniach leczenia fosforem dziecko poczęło chodzić, a po 2 miesiącach ukazały się zęby sieczne. Także i w przypadkach Lukasa, Clutton (l. c.) nie może na pewno rozpoznać krzywicy późnej. (Podług Roosa).

Przypadki rzeczywistej krzywicy późnej są bardzo rzadkie, a w piśmiennictwie spotykamy zaledwie kilka pewnych opisów tego cierpienia.

Dawtrey Drewitt (18) przedstawiał w Londynie przypadek krzywicy późnej, dotyczący 11-letniego chłopaka. Chłopak ten, zawsze przedtem zdrów, począł w 9. r. życia doznawać bolów w kończynach dolnych, a matka zauważyła równocześnie zniekształtnienie tych kończyn. W 11. roku życia kości kończyn były znacznie zniekształtnione, nasady ich zgrubiałe, przyczepy żeber różańcowato zgrubiałe. Chory nie mógł wcale chodzić. Po leczeniu przez podawanie jodku potasu poprawa. Mimo wyniku leczenia tym środkiem nie rozpoznano cierpienia na tle kiłowem, lecz cierpienie identyczne z krzywicą późną. Rozpoznanie to zostało potwierdzone badaniem anatomicznem. Chłopak zmarł bowiem po 2 latach, a w kościach znaleziono zmiany, odpowiadające krzywicy.

Podobne 2 przypadki, lecz o znacznie lżejszym przebiegu, gdyż zmiany dotyczyły głównie zgrubień nasad kości długich, a zniekształtnienia były nieznaczne, opisuje Clutton (l. c.).

Maseven (19) spostrzegał rozwój krzywicy późnej po przebytej płonicy u 15-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się ogólnem osłabieniem, obfitymi potami głowy i szyi, bolami w kończynach dolnych. W 6 miesiącu trwania choroby miał chory powyginane kończyny dolne i zgrubiałe nasady kości długich.

W piśmiennictwie niemieckiem opisane są dokładnie 4 przypadki krzywicy późnej, cenne z tego powodu, że przytoczono w nich opisy zdjęć rentgenograficznych ze zmian w kościach. Przytaczam je w streszczeniu.

Curschman (20) opisał przypadek krzywicy późnej u 14-letniej dziewczyny. Choroba rozpoczęła się upośledzeniem wzrostu i nieznacznymi bolami w kostkach. Po trzech latach wystąpiły bole w kościach kończyn tak znaczne, że upośledziły możność chodzenia. Nasady zaś kości kończyn, przyczepy żeber do chrząstek żebrowych, uległy znacznemu zgrubieniu. Kości długie, szczególnie kończyn dolnych, wygięły się znacznie. Miednica przybrała kształt miednicy krzywiczej płaskiej. Czaszka i zęby nie uległy zmianom. W zdjęciach rentgenograficznych widać szerokie pasy substancyi chrząstkowej w miejscu granicy nasad i trzonów kości długich. Trzymiesięczne leczenie przez podawanie fosforu i tranu wywołało znaczną poprawę w stanie układu kostnego. Z powodu przeważnego usadowienia się sprawy chorobowej w kościach kończyn i w nasadach tych kończyn, z powodu obrazu, uzyskanego promieniami Röntgena, z powodu pomyślnego przebiegu rozpoznał Curschmann krzywicę późną, a wyłączył zmięknienie kości.

Podobny przypadek szczegółowo przytacza Roos (l. c.). Dziewczynka, zawsze przedtem zdrowa, przestała z powodu bolów w kończynach dolnych w 13. roku życia chodzić. Równocześnie wystąpiły zniekształtnienia kości kończyn. Badanie, dokonane w 17. roku życia, stwierdza: wzrost 124 cm., zgrubienie przysad kości przedramion, wygięcie na zewnątrz kości udowych, kolana koślawe. Kości czaszki, zęby bez zmiany. Zdjęcia fotograficzne promieniami Röntgena wykrywają kilka nadłamań (infrakcyi) w zakresie kości długich, ścieńczenie cienia kostnego istoty korowej i rozjaśnienie cienia istoty gąbczastej, brak skostnienia między trzonem, a nasadą w kościach długich. Po kilkumiesięcznem leczeniu fosforem znaczna poprawa. Roos wyłącza w przypadku tym zmięknienie kości.

Bardzo dokładnie opisuje Rath (21) przypadek krzywicy późnej. U dziewczynki 13-letniej rozwijają się w przeciągu 2 lat wśród bolów i zupełnej utraty możności chodzenia zniekształtnienie kości kończyn, zgrubienia nasad tychże kości, zgrubienia przyczepów żeber do chrząstek, skrzywienie kręgosłupa, mnogie złamania kości długich. Na zdjęciach rentgenograficznych widać wyraźne zrzednięcie substancyi kostnej, ścieńczenie istoty korowej, brak skostnienia na szerokiej przestrzeni pomiędzy nasadami a trzonami kości przedramion. Chora zażywała przez kilka miesięcy w domu fosfor, a ponowne badanie stwierdziło znaczną poprawę. Może obecnie chodzić, nie doznaje bolu. Zdjęcia rentgenograficzne stwierdzają nietylko zgęszczenie substancyi kostnej, lecz także skostnienie przestrzeni pomiędzy nasadami, a trzonami kości długich. Wobec tego Rath rozpoznaje niewątpliwą krzywicę późną.

W ostatnich miesiącach opisał Joachimsthal (22) podobny przypadek. U 17-letniego chłopca, u którego pierwsze objawy chorobowe wystąpiły już w 12. roku życiu, stwierdził on następujące zmiany: zgrubienie guzów czołowych, zgrubienie przyczepów chrząstkowych żeber, zgrubienie nasad kości kończyn, wygięcie kości udowych i goleni, kolana koślawe i śródstopie szpotawe. Zdjęcia rentgenograficzne stwierdziły: zrzednięcie substancyi kostnej, pas istoty chrząstkowej pomiędzy nasadami a trzonami kości przedramienia, zniekształtnienie kości długich. Leczenie fosforowe dało wynik pomyślny. Chory począł chodzić, a kości stwardniały. Obraz rentgenograficzny stwierdził zgęszczenie kości i skostnienie chrząstek na granicy przysadek.

Dla uzupełnienia piśmiennictwa o krzywicy późnej nie można pominąć prac chirurgicznych. Wielu chirurgów uważa krzywicę późną za przyczynę rozmaitych miejscowych schorzeń kości, występujących w wieku młodocianym.

Thiersch (23) miał sposobność zbadać staw kolanowy u dziewczyny 17-letniej, mającej kolana koślawe, a zmarłej na chorobę wewnętrzną. W chrząstce nasadowej stwierdzono w tym przypadku nieregularne bujanie, właściwe krzywicy.

Billroth i Winiwarter (24) piszą o zmianach kostnych, występujących w wieku młodocianym, a nie różniących się od zmian krzywiczych. Zmiany te są często przyczyną powstawania stopy płaskiej, kolan koślawych i t. d.

Rozstrzygającemi w tej sprawie są badania Mikulicza (25) nad t. zw. *idiophaticum genu valgum adolescentium*. Stwierdził on badaniami anatomo-histologicznemi, że chrząstka nasadowa w dolnej części kości udowej w przypadkach wspomnianej choroby stawu kolanowego jest znacznie rozszerzona i ulega zmianom mikroskopowym, analogicznym do zmian krzywiczych. Popiera to zapatrywanie jeszcze stwierdzeniem u tych samych osobników zgrubień w zakresie nasad kości kończyn i przyczepów żeber. Nadto przytacza kilka przypadków, spostrzeganych za życia, w których między 14. a 18. rokiem życia, prócz wspomnianej choroby stawu kolanowego, rozwinęły się także inne zmiany krzywicze.

Również Albert (26) i Maceven (l. c.) wypowiadają przypuszczenie, że przyczyną stopy płaskiej i innych powyżej wspomnianych miejscowych zmian kośćca w wieku młodzieńczym może być krzywica późna lub jakaś do niej bardzo podobna sprawa chorobowa.

Karewski (27) zgadza się w swym podręczniku na zapatrywanie Mikulicza.

Hoffa (28) zaś nie zupełnie jest przekonany badaniami Mikulicza i wyraża zdanie, że należałoby je ponownie przeprowadzić.

Z przytoczonych zatem dotąd danych, opartych na zebranem przez nas piśmiennictwie wynika niewątpliwie, że pojęcie kliniczne krzywicy późnej, jako jednostki chorobowej, oznaczającej ogólne schorzenie kośćca, jest zupełnie usprawiedliwione.

Nadto przemawiają za możliwością istnienia krzywicy późnej także postacie krzywicy przewlekłej, w których choroba ta, od lat dziecięcych począwszy, utrzymywała się poza 10. rok życia. Przypadki takie są bowiem dowodem, że i poza 10. rokiem życia znajdują się w ustroju warunki, które umożliwiają rozwój tej choroby.

W końcu i występowanie przypadków krzywicy późnej w wieku bliskim okresu dojrzewania może poniekąd służyć za podstawę do tłómaczenia rozwoju tej choroby. Właśnie w tym czasie bowiem układ kostny ponownie szybciej rośnie, a sprawa kostnienia w nasadach przebiega w sposób wzmożony, przez co powstają stosunki, podobne do stosunków, napotykanych w układzie kostnym w pierwszych latach życia.

Z zestawienia i porównania objawów chorobowych, opisanych w znanych z piśmiennictwa spostrzeżeniach krzywicy późnej, z objawami, stwierdzonymi w naszym przypadku, niewątpliwie wynika, że rozpoznanie krzywicy późnej w spostrzeganym i przytoczonym przez nas przypadku opiera się na słusznych podstawach.

Dokładniejszy przegląd przytoczonych przez nas przypadków krzywicy późnej doprowadza do spostrzeżenia, że w chorobie tej stale napotykamy szereg objawów, których obecność pozwala na stanowcze rozpoznanie.

Jako objawy takie wymienić należy:

Rozwój choroby po 10. roku życia, z wyłączeniem przebywania krzywicy w pierwszych dwóch lub trzech latach życia.

Zniekształtnienie kości długich kończyn, połączone ze znacznem zgrubieniem nasad tych kości.

Pomyślny przebieg cierpienia, oraz korzystny wpływ leczenia.

W końcu, znamienny obraz fotograficzny, uzyskany zapomocą prześwietlenia promieniami Röntgena.

Aby nie pominąć milczeniem badania histologicznego zmian krzywiczych, jako czynnika rozpoznawczego, w krótkości nadmieniam, że odróżnienie zmian krzywiczych od zmian, napotykanych w zmiknieniu kości, na podstawie obrazu histologicznego jest zdaniem Rindfleischa, Pommera, Hanaua, Zieglera (29) często bardzo niepewne.

W końcu wspomnieć muszę o wolu, który miała nasza chora.

Istnienie wola przy równoczesnych objawach krzywicy mogło być przypadkowe. Nadmienić jednakowoż należy, że Levrat (30) opisał w 10. przypadkach u dzieci w wieku od 10. do 15. lat miejscowe zmiany krzywicze, powikłane równocześnie obecnością wola. Wypowiada z tego powodu zdanie, że możliwy jest związek przyczynowy pomiędzy krzywicą, a wytworzeniem się wola.

Co do znaczenia wola w naszym przypadku nie możemy nic pewnego powiedzieć. Wprawdzie podawanie przetworów gruczołu tarczowego zdawało się działać korzystnie, jednakowoż niepewnemby było wysnuwać z tego jakiekolwiek wnioski. Nie możemy atoli również objawu tego pominąć milczeniem wobec wyników najnowszych badań nad wydzielaniem wewnętrznem (Hoffmann 31). Badania te bowiem nietylko stwierdzają antagonistyczne lub też wzajemnie zastępcze działanie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, lecz wskazują także na związek pomiędzy wydzielaniem niektórych z tych gruczołów, a rozwojem kośćca.

Piśmiennictwo. 1) Vierordt: Nothnagels Specielle Patol. u. Ther. T. 7. — 2) Siegert: Über typische Osteomalacie im Kindesalter. Münch. med. Woch. 1898. — 3) Anschütz: Über einige seltene Formen der Knochenatrophie und der Osteomalacie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir. T. 9. — 4) Sauper: Studie über Osteomalacie. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstr. T. 5. — 5) Axhausen: Zur Frage der Osteomalacie im Kindesalter. Gedenkschrift f. Leuthold. — 6) Meissner: Die Kinderkrankheiten. T. 3. 1878. — 7) Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. T. 3. 1878. — 8) Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1887. — 9) C. Gerhardt: Lehrbuch der Kin-

derkrankheiten. Bearb. von Seifert. 1897. — 10) Monti: Kinderheilkunde. T. 2. 1901. — 11) Portal: Beobachtungen über die Natur der Rachitis. Leipzig 1798. — 12) Stiebel: Rhachitis. Erlangen. 1863. Handb. d. spez. Path. u. Ther. von Virchow, Vogel u. Stiebel. T. 1. — 13) Trousseau: Med. Klinik des Hotel-Dieu in Paris. Deutsch von Niemayer. 1868. — 14) Deydier: Rhachitisme tardif. Thèse de Lyon. 1895. Série I. 1077. — 15) Clutton: Saint Thomas Hospitale reports. New series vol. 14. 1886. — 16) Roos: Über späte Rhachitis. Zeitsch. f. klin. Med. T. 48. — 17) Kassowitz: Allg. Wien. med. Zeits. 30 Jahrg. 1885. — 18) Davtrey Drevit: Transactions of the Patol. Soc. of London 1881 (podług Roosa). — 19) Maceven: Die Osteotomie. Deutsch von Wittelshöfer. Stuttgart 1881. — 20) Curschmann: Über Rhachitis tarda. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 9. — 21) Rath: Ein Fall von Spätrhachitis. Zeits. f. orthop. Chir. T. 18. — 22) Joachimsthal: Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung. Berl. klin. Wochens. 1907. Nr 44. — 23) Thiersch: Arch. f. klin. Chir. T. 23. — 24) Winiwarter: Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. 1887. — 25) Mikulicz: Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck. T. 23. — 26) Albert: Wiener med. Presse. 1884. — 27) Karewski: Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters. 1894. — 28) Hoffa: Lehrbuch der orthopedischen Chirurgie. 1898. — 29) Podług Vierordta w: Nothnagels spez. Path. u. Ther. T. VII. — 30) Levrat: Congrès Français de Chirurgie. Paris 1892. (Podług Roosa). — 31) Hoffmann: Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen. Münch. mediz. Woch. 1908.

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Polak: **Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich.** Warszawa 1908. Nakładem Wydziału urządzeń zdrowotnych użyteczności publicznej przy Stowarzyszeniu techników w Warszawie. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp. Str. 554, ze 194 rysunkami w tekście. Cena rb. 5.

Jeżeli ściśle lekarskie piśmiennictwo nasze wcale nie obfituje w dzieła oryginalne, obejmujące całość pewnego działu, to w dziale lekarsko-higienicznym można pod tym względem nazwać nasze piśmiennictwo wprost bardzo ubogiem. Tem chciwiej bierze się do ręki książkę, która i tytułem swoim i rozmiarami zapowiada się jako dzieło wyczerpujące, a nakreślona jest w całej Polsce dobrze znanem piórem jednego z najwytrawniejszych znawców przedmiotu i najzasłużeńszych działaczy na polu higieny.

Zadanie autora do łatwych nie należało. Oprócz bowiem wskazówek, jak rozwiązywane bywają dziś najważniejsze zadania higieny miast, postanowił autor ile możności przedstawić obecny stan higieny miejskiej u nas, materyał zaś do tego rozrzucony jest w piśmiennictwie naszem bardzo, zbierać go trzeba z trudem z różnych ulotnych sprawozdań i broszur, albo i wprost odszukiwać dopiero źródła w różnych biurach i instytucyach; w niektórych sprawach brak zupełnie wszelkich uporządkowanych materyałów. Toteż nikt nie może winić autora, jeżeli w niektórych szczegółach nie zdołał o stanie sanitarnym miast polskich i o poczynionych postępach podać danych wyczerpujących. Pamiętać zresztą należy, że autor miał przedewszystkiem na oku miasta i miasteczka w Królestwie Polskiem i tem się tłómaczy, że o Galicyi nie zawiera dzieło zbyt obfitych danych, a o Poznańskiem prawie zupełnie przemilcza.

Drugą wielką trudnością, którą autor sam w przedmowie podnosi, stanowił program i obszar wykładu, ponieważ różne działy higieny publicznej ze sobą tak ściśle się splatają, że rozgraniczyć je można tylko do pewnego stopnia. Stąd poszło, że zadania higieniczne miast, wkraczające w zakres innych działów higieny publicznej, jak sprawę nadzoru nad środkami żywności, higienę mieszkań, zapobieganie chorobom zakaźnym, szkolnictwo, szpitalnictwo i t. d. opracował autor tylko jako dział dodatkowy bardzo treściwie na 50 zaledwo stronnicach, gdy inne działy zajmują dziesięćkroć więcej (500 stronnic).

Zdawałoby się jednak rzeczą korzystną, by i ów dział »dodatkowy« opracowany był obszerniej. Skoro bowiem czytelnik w innych działach znajduje wiadomości tak szczegółowe, że może z nich wysnuć wskazówki praktyczne, toć będzie wdzięczny autorowi, jeśli i tutaj, n. p. co do zakładów odkażania, nadzoru nad środkami żywności i t. p., znajdzie w podręczniku nietylko ogólne zasady, ale i dokładniejsze wytyczne, zanim zwróci się do dzieł i rozpraw specyalnych. Wszakże zadaniem książki Dra Polaka jest nietylko »obudzenie zainteresowania higieną miast w społeczeństwie«, ale i »podanie ogólnych wskazówek załatwiania spraw z dziedziny zdrowotności«. Pamiętając o tem, że chodzi tu nietylko o wielkie zbiorowiska miejskie, ale i o mniejsze miasta i miasteczka, gdzie mające dbać o higienę czynniki niezawsze mogą rozporządzać odpowiedniem piśmiennictwem, wartoby ułatwić im zadanie, gdy zechcą i w owych »dodatkowych« sprawach szukać rady przedewszystkiem w polskim podręczniku. Toteż pragnąćby należało, by ten dział książki Dra Polaka został odpowiednio rozszerzony w wydaniu następnem, którego pożytecznemu temu dziełu szczerze życzyć trzeba. Wtedy możnaby też uwzględnić szczegółowiej i zasady organizacyi służby sanitarnej miejskiej, które w wydaniu obecnem zupełnie pominięto.

Takie uzupełnienie dzieła dałoby się dokonać bez znaczniejszego zwiększenia objętości, gdyby pominąć w niem przeważną część szczegółów historycznych, zebranych wprawdzie bardzo pracowicie, niezmiernie nieraz ciekawych i wykład urozmaicających, niemniej — niekoniecznych. Bez większej szkody też możnaby zastąpić wtedy część rycin, albo podanych w nadmiarze (jak n. p. modele wychodków spłukiwanych), albo zgoła zbędnych (jak n. p. widoczki fasad szkół, pogotowia ratunkowego w Warszawie, portyerówki i domu administracyjnego rzeźni we Lwowie i t. p.), rysunkami, objaśniającymi rozdział o odkażaniu i t. p.

O ile co do zakresu dzieła Dra Polaka, uszczuplonego nadmiernie w owym ostatnim, piątym rozdziale, byłyby pożądane pewne zmiany, o tyle program i podział całej zresztą książki nazwać należy udatnym. Rzecz podzielona jest na 4 główne rozdziały. W pierwszym »O higienie miast w ogólności« zawarto ustępy: o miastach wogóle i wzroście ludności miejskiej, o dziejach zdrowotności miast (ten ustęp mógłby być znacznie treściwszy), o zdrowotności miast nowoczesnych i wpływie zabiegów higienicznych, wreszcie o zadaniach i podziale higieny miast. Rozdział drugi: »Budowa miast« zawiera ustępy, dotyczące przyrodzonych warunków miast, przepisów budowlanych, bruków, plantacyi i oświetlenia. Rozdział trzeci »Zaopatrzenie miast w wodę« przedstawia oprócz hydrologii, własności wody do picia, zanieczyszczenia i technikę zaopatrzenia miast w wodę. Czwarty rozdział: »Usuwanie nieczystości i odpadków« zajmuje się wywózką nieczystości, kanalizacyą, oczyszczaniem ulic, usuwaniem śmieci i cmentarzami. W piątym wreszcie, wspomnianym już rozdziale, ujęto wszystkie sprawy »dodatkowe«, wkraczające w zakres innych działów higieny publicznej.

Wykład jest wszędzie jasny i przystępny, szczegóły zgromadzone z wielką erudycyą. Właściwością autora jest sposób przedstawienia rzeczy poniekąd narratorski, n. p. przytaczanie kolejne prac różnych badaczy w całej ich rozciągłości z uwzględnieniem nawet ubocznych wyników, co jednakże stara się autor potem zrównoważyć zgrupowaniem szczegółów równorzędnych w pewną całość.

Język dzieła wogóle dość poprawny; razi jednak stale niewłaściwe używanie czasowników zwrotnych, n. p. »Psy *utrzymują się* przez tydzień, potem *sprzedają się*, poczęści niszczą. W tym ostatnim celu *zwabiają się* do skrzyń, do których wpuszcza się kwas węglowy« (str. 534). »Częściej *urządzają się* studnie« (str. 261) »Śmiecie *zabierają się* do wywózki wprost z mieszkań« (str. 465) i t. d. Przykry ten rusycyzm powtarza się ciągle, na każdej niemal stronnicy. Niemiłe są też niektóre usterki w zakresie słownictwa, temwięcej, że autor przeważnie umie ich uniknąć; czemuż więc nie stało się to wszędzie? W każdym zaś razie z następnego wydania zniknąć przynajmniej powinny »akwaduki«, »arki« (w znaczeniu »łuki«) i kilka jeszcze podobnych usterek. Wymieniamy je tem śmielej, że przez to nie ujmuje się w niczem wartości dzieła, a ułatwia się usunięcie tych błędów formy z następnego wydania.

Zresztą wszystkie zarzuty, jakieby książce Dra Polaka uczynić można, przeważone są wielokrotnie jej zaletami. Toteż wzbogacenie naszego piśmiennictwa pracą tej miary jest jedną z nienajmniejszych zasług jej autora, od długiego szeregu lat przodującego w naszym ruchu higienicznym pod zaborem rosyjskim niezmierną ruchliwością, rozległem doświadczeniem i gorliwą, a bardzo skuteczną pracą i pomysłową inicyatywą na wielu polach.

Słowo jeszcze o zewnętrznej szacie dzieła, wydanego pod względem typograficznym bez zarzutu. Stowarzyszeniu techników, które nie cofnęło się przed znacznym kosztem takiego wydawnictwa, należy się gorące uznanie.

Dzieło Dra Polaka, stosunkowo bardzo niedrogie (5 rubli) powinno się znaleść w rękach każdego lekarza, stykającego się z higieną miast z obowiązku lub zamiłowania. *C.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Lautier. **Nowy rodzaj skórnego odczynu tuberkulinowego u człowieka.** (*Tow. biolog.* Paryż 1908, 18. I.). L. radzi postępować w ten prosty sposób: na skórę zewnętrznej powierzchni ramienia kładzie się kawałek waty, napojony 2—3 kroplami tuberkuliny, przykrywa się go ceratką i umocowuje opaską. Po 24—48 godzinach występuje w tem miejscu u chorych na gruźlicę jako odczyn silne zaczerwienienie skóry. Odczyn ten okazał się równie pewnym, jak oczny i szczepienie skórne, a jest łatwy, dla chorych wygodny i bez niebezpieczeństw. *K.*

Fertl. **O wartości i znaczeniu odczynu ocznego z uwzględnieniem stosunków wojskowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor badał 150 żołnierzy w szpitalu wojskowym. Z tych było 32 na pewno dotkniętych gruźlicą, bądź z wybitnymi objawami klinicznymi, bądź z prątkami Kocha w plwocinie. U tych wystąpił odczyn 27 razy (t. j. 84·3 prc.) dodatnio, a 5 razy ujemnie, chociaż u dwóch z tych ostatnich były prątki w plwocinie i charłactwo. Z pozostałych 118 było 48 podejrzanych o gruźlicę, t. j. bądź dziedzicznie obciążonych, bądź z wejrzenia lub z wyniku badania sprawiających wrażenie gruźliczych. W tej grupie wypadł odczyn 30 razy (t. j. 62·5 prc.) dodatnio, 18 razy ujemnie. U reszty (70) nie było wogóle zmian w płucach. Byli to żołnierze bądź zdrowi, bądź dotknięci innemi lekkiemi cierpieniami. W tej grupie odczyn wypadł 5 razy (t. j. 7·1 prc.) dodatnio. Między stopniem odczynu, a okresem choroby zachodzi stosunek odwrotnie proporcyonalny. Odczyn poczynał się w 3—24 godzin po zakropleniu, a kończył się w 48—72 godziny. F. sporządzał z początku sam co 4—5 dni świeży rozczyn 1 prc. starej tuberkuliny (A. T.), atoli odczyn nie bywał przy tem tak wybitny, jak przy Calmettowskiem »Tuberkulintest«. W 3 przypadkach mimo braku odczynu po pierwszem zakropleniu wystąpił on tem gwałtowniej po ponownem zakropleniu do tego samego oka w 5—21 dni później. Wogóle sądzi F., że o ile jeszcze dalsze badania potwierdzą dotychczasowe wyniki, odczyn oczny zdobędzie wybitne znaczenie rozpoznawcze. W armii nader korzystną jest rzeczą przy przepełnieniu wszystkich zakładów mieć w rękach środek, umożliwiający w 48 godzinach dość pewne stwierdzenie gruźlicy, do czego zwykle potrzeba szeregu dni lub tygodni. Objawy uboczne, występujące przy zakropleniu, są zdaniem F. nieszkodliwe. *Dr Blassberg.*

Schubert i Hartung. **W sprawie rozpoznawania gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena.** (*Posiedz. Tow. lek. i przyr.* Drezno 1907, 14. XII.). S. i H. badali szczegółowo wartość rozpoznawczą promieni Röntgena przy gruźlicy płuc, robiąc także zdjęcia ze zwłok i następnie porównując obrazy na stwardnionych wyjętych płucach. Otóż przekonali się, że promienie Röntgena należy uważać za bardzo cenny środek rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach rozwiniętej gruźlicy celem stwierdzenia rozległości zmian. Badanie kliniczne stwierdza bowiem zawsze znacznie mniejsze zmiany co do rozległości, niż to jest istotnie. Przy zmianach początkowych ma badanie to jedynie wtedy wartość, jeżeli da zupełnie jasne obrazy szczytów, natomiast cienie w szczytach nie dowodzą jeszcze gruźlicy. — W dyskusyi Beschorner podnosi, że już u ludzi zupełnie zdrowych często spotyka się cienie w szczytach, a zwykle prawy szczyt jest ciemniejszy, niż lewy. Bardzo cenne jest łączenie badania promieniami z tuberkuliną. Tuberkulina wskazuje, że ognisko gruźlicze istnieje, a promienie wykazują tegoż siedlisko. *Klesk.*

E. Tomarkin. **Działanie thiocolu przy gruźlicy.** (*Rozszerzona odbitka z »Zeitschrift für Tuberculose«.* Lipsk. J. A. Barth, 1907). Doświadczenia autora miały na celu określić wartość następujących leków przeciwgruźliczych: gwajakolu, oresolu, thiocolu i styrakolu. Doświadczenia te wykonywano *in vitro* i na zwierzętach (królikach). Do prób *in vitro* użyto hodowli następujących drobnoustrojów: gronkowca złocistego, paciorkowców, prątków: duru, ropy błękitnej, Friedländera, wąglika, p. siennego i p. okrężnicy. Wyniki były następujące: Thiocol zabijał przy działaniu bezpośredniem hodowle agarowe wszystkich powyżej wymienionych bakteryi z wyjątkiem gronkowca złocistego i prątka siennego, w hodowlach żelatynowych utrudniał jedynie rozwój. Thiocol posiada zatem dość dobre działanie bakteryobójcze, choć polega ono głównie tylko na hamowaniu wzrostu bakteryi. Styrakol nie okazał własności bakteryobójczych, jedynie wątpliwą zresztą zdolność hamowania wzrostu bakteryi przy działaniu bezpośredniem. Oresol pozostał bez wpływu na drobnoustroje. Gwajakol zabijał paciorkowce, p. Friedländera i ropy błękitnej we wszystkich zgęszczeniach; p. okrężnicy, duru i gronkowce rosły jeszcze tylko w 0,5% rozczynie. Działał on również silnie bakteryobójczo przy działaniu pośrednie drogą dyfuzyi do pożywki, na którą zaszczepiono hodowle. Zwierzęta użyte do doświadczeń podzielono na 4 grupy. Pierwsza grupa: zwierzęta, których leczenie rozpoczęto zaraz w dniu zakażenia ich gruźlicą i prowadzono bez przerwy aż do śmierci zwierzęcia; druga grupa: zwierzęta, których leczenie rozpoczęto dopiero w 4 tygodnie po zakażeniu; trzecia: zwierzęta, którym na 2—3 tygodnie przed zakażeniem podawano środki przeciwgnilne; czwarta wreszcie: zwierzęta, którym środki takie zaczęto podawać na kilka tygodni przed zakażeniem i bez przerwy podawano do śmierci. Przy stosowaniu thiocolu wyniki były następujące: z pierwszej grupy na 7 badanych zwierząt 4 pozostały zdrowe, u jednego sprawa gruźlicza ograniczyła się, 2 padły na gruźlicę. Z drugiej grupy: 1 zdrowe, 1 z ograniczeniem się sprawy gruźliczej, 2 padło na gruźlicę. Z trzeciej: 6 pozostało zdrowych, u 2 sprawa uległa ograniczeniu. Z czwartej: 5 zostało zdrowych, u jednego sprawa ograniczyła się. Przy podawaniu zwierzętom gwajakolu okazało się, że mimo energicznego działania *in vitro*, działanie jego bakteryobójcze w ustroju zwierzęcia jest bardzo słabe. U zwierząt pierwszych trzech grup pozostał gwajakol bez wpływu, u czwartej grupy doprowadził, co najwyżej, do ograniczenia się sprawy chorobowej. Oresolu i styrakolu zwierzętom nie podawano. Z doświadczeń powyższych wynika, że o wartości przetworów gwajakolowych stanowi wyłącznie ich zdolność działania w ustroju zwierzęcia, a nie *in vitro*. Z jednej strony wyniki doświadczeń, z drugiej pomyślne (?) spostrzeżenia kliniczne, doprowadzają autora do wniosku, żeśmy w thiocolu zyskali doskonały (?) środek do walki z gruźlicą [1]). *Dr Wł. Kluger.*

R. Dieuzeide. **Leczenie krwioplucia azotynem amylowym.** (*Clinique* 1908, Nr 10). Na podstawie trzechletniego doświadczenia w sanatoryum dla piersiowo chorych w Bligny poleca D. stosowanie azotynu amylowego przeciw krwotokom płucnym, jako środka działającego skutecznie i bardzo prędko. Na chusteczkę nalewa się 5—6 kropel tego leku i przykłada choremu do nosa, polecając mu głęboko oddychać przez 1½—2 minut. W każdym razie należy usunąć chusteczkę, gdy chory zacznie uczuwać szmer lub dzwonienie w uszach. Azotyn amylowy wstrzymuje krwawienie natychmiast. Dobrze uzupełnić jest jego działanie podskórnem wstrzyknięciem morfiny. D. w ciągu trzech lat nie widział żadnych powikłań skutkiem stosowania tego leku i nie zna żadnego przeciwwskazania do jego stosowania w toku krwotoków u osób gruźliczych. Można go nawet podawać w celach zapobiegawczych, a nawet nie boi się D. oddać tego leku w rękę samym chorym lub służbie. *Stahr.*

Baer. **O zboczeniach krtani i tchawicy, w szczególności o skośnem ustawieniu więzadeł głosowych chorych na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 9). B. na podstawie 22-miesięcznych szczegółowych badań krtani i więzadeł u 200 chorych w sanatoryum Turbana w Davos, opierając się na wielokrotnem badaniu u jednego i tego samego osobnika i na długotrwałej obserwacyi przy zachowaniu wszystkich możliwych ostrożności, dochodzi do przekonania, że u 27 prc. chorych istnieje skośne ustawienie więzadeł; prócz tego spostrzegał przesunięcie tchawicy na prawo lub lewo. Na I. okres gruźlicy (podziału Turbana) przypada 17 prc., na II. i III. po 32 prc. zboczeń. Wielką rolę w zboczeniach tych, polegających na skręceniu i pociąganiu tchawicy przez bliznowaciejące ogniska chorobowe, przypisuje B. tak częstym w przebiegu gruźlicy zapaleniom opłucnej. Trudno natomiast wyjaśnić sobie częstsze występowanie zboczenia od strony lewej przedniej do prawej tylnej (26 a 10). B. sądzi, że objaw ten może mieć znaczenie przy rozpoznawaniu gruźlicy ukrytej. *Dr Skórczewski.*

Sabourin. **O „niemej“ odmie piersiowej.** (*Revue de méd.* 1908, Nr 2). »Niememi« nazywa S. schorzenia narządów klatki piersiowej, które przy bezpośrednim badaniu nie są dostępne dla rozpoznania, mimo, że zazwyczaj przedstawiają całokształt przejawów, na podstawie których z łatwością i z pewnością można je rozpoznać. Takiemi są n. p. centralne zapalenia

---

[1]) Podając streszczenie powyższej broszury, zwracam umyślnie uwagę, że jest ona »rozszerzoną« odbitką pracy, drukowanej w «Zeitschrift f. Tuberkulose«. Jakkolwiek więc praca ta wyszła z uniwersyteckiego zakładu w Bernie szwajc., należy, czytając ją, pamiętać, że tego rodzaju »rozszerzone odbitki« bywają tylko fabryczną reklamą leków, a tem samem naukowa ich wartość musi budzić wątpliwość. *Przyp. sprawozdawcy.*

płuc, międzypłatowe zapalenie opłucnej i niektóre jamy śródpłatowe. Dla powstania takiej »niemej« sprawy nie wystarcza jej położenie w głębi, lecz i ognisko chore musi być oddzielone od powierzchni pewnej grubości warstwą zdrowej tkanki płucnej, źle przewodzącej głos, nie dotkniętej przekrwieniem, bez zgrubień i zrostów opłucnych. W taki sposób powstają nieme odmy piersiowe z przebicia płuc między płatami, albo na opłucnę śródpiersia lub na opłucnę przeponową. Towarzyszą im nagłe przypady ucisku narządów sąsiednich, bole miejscowe i rozpromienione, oraz zaburzenia czynnościowe nerwowe naczyń sercowych i trawienne. W czterech przypadkach autora odma pozostawała »niemą« od 36 godzin do 6 dni, aż potem istnienie jej zostało niewątpliwie stwierdzone. W dwóch innych przypadkach odma piersiowa pozostała »niemą«, więc niedostępną dla osłuchiwania, od chwili powstania aż do śmierci chorego.

Dr Blassberg.

A. Katz. **Wrzód, a rak żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 9). Autor opisuje swój przypadek, w którym można było z całą napozór pewnością na podstawie wywiadów, macalnego guza, braku HCl, krwawień podczas sondowania, wyniszczenia, rozpoznać nowotwór, a dłuższa obserwacya wykryła błąd pierwotnego rozpoznania. Pod wpływem leczenia chora zyskała znacznie na wadze, niedokrwistość jest znacznie mniejsza. Guz rzekomy był odźwiernikiem, zrośniętym z otoczeniem, brak HCl powstał jako następstwo niedokrwistości, krwawienia przy sondowaniu powstawały z wrzodu okrągłego żołądka.

Dr Skórczewski.

Plönies. **Stosunek wrzodu okrągłego i nadżerki żołądka do zaburzeń czynnościowych jelit.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2 i 3). W obszernej pracy wskazuje P. na związek, zachodzący między wrzodem okrągłym lub nadżerką żołądka, a zatem między cierpieniami natury organicznej, a zaburzeniami w jelitach. Objawy jelitowe są zazwyczaj przyrody nerwowej, a za punkt wyjścia tych objawów należy uważać ciągłe drażnienie, jakiemu ulega całe unerwienie przewodu pokarmowego. Zazwyczaj towarzyszy organicznemu cierpieniu żołądkowemu zaparcie stolca. — Omawiając znaczenie tego towarzyszącego objawu dla ustroju w ogólności, wskazuje P. na warunki, wśród których zaparcie stolca może wywołać przepełnienie krwi produktami rozkładowymi, które stanowić mogą nieraz poważniejsze dla ustroju niebezpieczeństwo, aniżeli sam wrzód żołądka.

Schudmak.

Schmilinsky. **Zalety i wady próby rodzynkowej.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Do zalet zalicza S. w pierwszym rzędzie łatwość, z jaką przez próbę rodzynkową możemy w niektórych przypadkach zmniejszonej siły ruchowej żołądka rozpoznać chorobę bez uciekania się do bardzo zawiłych i nie zawsze praktycznym lekarzom dostępnych badań chemicznych. Próba ta ma atoli swoje znaczenie dopiero wtedy, gdy sprawność mechaniczna żołądka jest tak upośledzona, że pokarmy przez bardzo długi czas zatrzymują się w żołądku, lub w przypadkach bliznowatego zwężenia odźwiernika. Jeśli zabliźnienie wrzodu okrągłego jeszcze zupełnie nie nastąpiło, może próba rodzynkowa drażnić zwężone miejsce i wywołać nawrót choroby. S. przytacza historyę chorób 2 przypadków, które potwierdzają powyższe uwagi.

Schudmak.

Wasserthal. **Znaczenie wiciowców w kale przy zaniku wydzielniczym żołądka** (*achylia gastrica*). (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). W. opisuje przypadek biegunki pochodzenia żołądkowego. — Badanie stolców wykryło w kale obecność wielkiej ilości rzęsistków (*trichomonas*), zaś badanie żołądka stwierdziło zupełny zanik wydzielniczy żołądka. Opierając się na całym szeregu podobnych spostrzeżeń innych autorów, dochodzi W. do wniosku, że i w jego przypadku były zmiany wydzielnicze w żołądku przyczyną biegunki, a obecność wiciowców w kale odnieść należy również do zmian w oddziaływaniu treści pokarmu. Leczenie miejscowe (stosowanie lawatyw, błękit metylenowy, tymol, jod, makowiec) było bezskuteczne, co również przemawia za pochodzeniem żołądkowem tak biegunki, jak i pojawiania się wiciowców.

Schudmak.

Ferrata i Moruzzi. **Zachowanie się połączeń fosforowych w błonie śluzowej jelit podczas głodu i po podaniu pokarmów.** (*Archiv f. Verdauungskr.*, T. XIII., Z. 3). Badania autorów, przeprowadzone na zwierzętach, wykazują, że pokarmy, zawierające sole fosforowe, wprowadzone do ustroju, wywołują zwiększenie się ilości połączeń grupy lecytynowej tak w błonie śluzowej jelit, jak i w wątrobie i krwi. W poszczególnych doświadczeniach wzrosła zawartość fosforu w ciałach lecytynowych w błonie śluzowej w trójnasób, a czasami nawet i więcej, w porównaniu do ilości fosforu u zwierząt głodzonych. — Zupełnie inaczej zachowywało się w doświadczeniach tych białko lecytynowe, którego ilość była większa u zwierząt głodzonych, aniżeli u zwierząt, którym podawano pokarmy, zawierające fosfor. — Z połączeń fosforowych organicznych uderza przedewszystkiem zachowanie się nukleoproteidów, których ilość stale wzrastała u zwierząt karmionych, a wzrost ten był największy przy podawaniu węglowodanów. Lecytyna okazała się zupełnie obojętną; — podawane równocześnie tłuszcze zdawały się dodatnio wpływać na nieznaczny wzrost lecytyny.

Schudmak.

Port. **Zakażenie mieszane w toku duru brzusznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 13). Do 38 ogłoszonych dotychczas przypadków zakażenia mieszanego przy durze brzusznym dodaje P. 4 własne spostrzeżenia, w których wyhodował z krwi prócz prątków durowych, raz dwoinkę zapalenia płuc, raz prątki okrężnicy, dwa razy gronkowca złocistego. U 2 chorych spostrzegał obfite wybroczyny podskórne i podsurowicze, u dwóch żółtaczkę. P. zwraca uwagę na częstsze, niż dotychczas przypuszczano, występowanie zakażeń mieszanych przy durze i uważa za konieczne prócz metody Drygalskiego stosowanie przy szczepieniu krwi metod szczepienia Schottmüllera (płytki agarowe z krwią) lub Castellaniego (szczepienie wstępne w bulionie), ponieważ obecność żółci przeszkadza rozwojowi gronkowców i paciorkowców, jak również i dwoinek.

Dr Skórczewski.

Hünerfauth. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a zaparcie stolca.** (*Therap. Runds.* 1908, Nr 8). H. dochodzi do wniosków następujących: 1) W powstawaniu zapaleń wyrostka robaczkowego mają wielkie znaczenie: jednostronne pożywienie mięsne i zaparcie stolca. 2) Stąd wynika dla lekarza zadanie ograniczenia nadmiernie mięsnej dyety i zastosowania dyety mieszanej, resp. roślinnej, przyczem jednak nie należy popadać w skrajność, ponieważ wtedy chory aniby nie chciał, ani nie mógł do zarządzeń lekarza ściśle się zastosować. 3) Zadaniem lekarza-praktyka jest rzeczywiste wyleczenie każdego przypadku zaparcia stolca; nie wolno się ograniczać do środków przeczyszczających i lawatyw, lecz trzeba koniecznie naprawdę usunąć zaparcie nawykowe. 4) W leczeniu zaparcia nawykowego nie jest leczenie zdrojowe i wodami mineralnemi wcale warunkiem koniecznym. W wielu przypadkach zupełny skutek osiągnąć można przez dyetę roślinną, lekkie wodoleczenie itd. 5) Tylko niewielka część przypadków nawykowego zaparcia stolca wymaga koniecznie systematycznego leczenia wodami i kąpielami.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

P. Asch. **Cylindrurya i albuminurya.** (*Münch. med. Wochen.* 1907. Nr. 50). Autor badał doświadczalnie na 60 psach, jaki wpływ wywierają rozmaite bakterye, oraz ich wytwory na nerki. W tym celu wstrzykiwał do tętnicy nerkowej rozmaite bakterye. Zauważył przytem, że mocz tych zwierząt albo nie zawierał białka, albo też zawierał drobne jego ślady, choć w osadzie znajdowały się wałeczki rozmaitego rodzaju, a badanie histologiczne stwierdzało znaczne zmiany anatomiczne w nerkach. Z doświadczeń autora wynika, że przy każdem przypuszczeniu choroby nerkowej nie należy się zadowolnić badaniem moczu co do białka, ale należy także badać mikroskopowo osad moczu. W nowszych czasach Schwarzkopf opisał 5 przypadków zapalenia nerek, w których mocz nie zawierał białka, choć przy badaniu osadu znajdowano niekiedy wałeczki. Podobne spostrzeżenia zrobili Stewart i Bock. Przypadki, w których mimo znaczniejszych zmian anatomicznych w nerkach, nie można było w moczu znaleźć wałeczków, tłómaczy autor w następujący sposób: Zmiany, wywołane przez bakterye oraz ich wytwory, które dostały się do nerek drogą krwi, powstają w najpowierzchowniejszych warstwach substancyi nerkowej, co zależy od silnego tutaj rozwoju dróg limfatycznych, oraz od zwolnienia prądu krwi. Stąd obumarły nabłonek nerkowy oraz wytworzone tutaj wałeczki nie zostają porwane z moczem i dopiero gdy choroba rozszerzy się na te części miąższu nerkowego, które leżą bliżej miedniczek nerkowych, wtedy wałeczki dostają się do większych kanalików moczowych i odchodzą z moczem. Podobnie także białkomocz może być w związku z siedzibą choroby. Nadto na wydzielanie się białka ma wpływ to, czy choroba nerek jest sprawą zapalną, czy też polega na zwyrodnieniu miąższu nerkowego. Według A. sprawy zapalne mają wywoływać większy białkomocz; natomiast bywa on niewielki przy zwyrodnieniach miąższu nerkowego, z wyjątkiem zwyrodnienia skrobiowatego.

Dr Sermak.

Doc Pietraw i Piereszywkin. **W sprawie znaczenia rozpoznawczego próby indygo-karminowej.** (*Russkij Wracz.* 1908. Nr 4 i 5). Obszerna praca autorów składa się z 2

części: doświadczalnej i klinicznej. Do doświadczeń użyto 17 królików i 7 psów, na których zrobiono 85 oddzielnych spostrzeżeń co do wydzielania się indygo-karminu z moczem po podskórnem wstrzyknięciu rozczynów tego barwika. U wszystkich zwierząt badano nerki mikroskopowo. Na kliniczną część pracy złożyły się 43 przypadki, z których 30 tyczyło się ludzi ze zdrowemi nerkami, a 13 — z jedno- lub obustronnemi zmianami nerek. Wnioski autorów są następujące: A) Z doświadczalnej części: 1) U królików i psów prawidłowemu stanowi nerek odpowiada dosyć stały typ wydzielenia się zabarwionego moczu po podskórnem wstrzyknięciu indygokarminu (w dawce 4—8 mlgr. u królika i 30—40 mlgr. u psa). 2) Zwierzęta pozbawione jednej nerki wydzielają z drugiej (zdrowej) nerki zabarwiony mocz tak samo, jak i zwierzęta nie operowane. 3) Przy znacznych i rozlanych zmianach miąższu nerkowego (z wyjątkiem miernych stopni miąższowego zapalenia nerek) wydzielanie zabarwionego moczu jest bardzo powolne i osłabione. 4) Zwierzęta z ograniczonemi, ogniskowemi zmianami jedynej nerki wydzielają zabarwiony mocz niekiedy z opóźnieniem, niekiedy zaś mniej więcej według prawidłowego typu. 5) Po doświadczalnem uszkodzeniu jedynej nerki (n. p. przez wstrzykiwanie w nerkę wyskoku amylowego) może nerka na pewien czas stracić zdolność wydzielania indygo-karminu. Zdolność ta niekiedy powraca zupełnie, niekiedy zaś pozostaje długo obniżoną, a mimo to zwierzęta nie giną i nie chudną. Dowodzi to, że brak barwnego odczynu moczu na wprowadzenie do ustroju indygokarminu wcale nie świadczy o zupełnem zniesieniu czynności nerek. B). Z klinicznej części: 1) Wstrzykiwania czystego indygokarminu w mięśnie w ilości 40—160 mlgr. w 4—20 ctm. sz. fizyologicznego rozczynu Na Cl, znosi ustrój bez szkody. 2) Dla otrzymania lepszych wyników należy chorych badać wśród doświadczalnej oliguryi, t. j. po znacznem zmniejszeniu ilości podawanych napojów. 3) Nerki prawidłowe wydzielają niebiesko zabarwiony mocz z obydwóch moczowodów już w ciągu pierwszego kwadransa po wstrzyknięciu indygokarminu. 4) Z obydwóch moczowodów w warunkach prawidłowych wydziela się mocz jednakowo często i jednakowo energicznie. 5) Chromocystoskopia daje lepsze i prawdziwsze pojęcie o typie pracy moczowodów, niż cewnikowanie moczowodów, gdyż w pierwszym przypadku moczowody pozostają w prawidłowszych warunkach. 6) Dla ścisłego zbadania czynności nerek potrzebne jest jednoczesne cewnikowanie obydwóch moczowodów w połączeniu z jedną lub nawet z kilkoma próbami czynnościowemi. 7) Chromocystoskopia oddaje wielkie usługi dla odnalezienia ujść moczowodów w przypadkach chorób pęcherza. Pozwala ona też sądzić o zwężeniu moczowodów lub o nieprawidłowym kierunku ich ujść. 8) Głębokie zmiany miąższu nerek znacznie osłabiają i opóźniają odczyn moczu (z wyjątkiem, jak się zdaje, miąższowego zapalenia nerek). 9) Przy nieznacznych zmianach miąższu czas zjawienia się i siła odczynu mogą być prawidłowe. Jednakże i tu chromocystoskopia w połączeniu z doświadczalną oligurią może być cennym środkiem rozpoznawczym przez odkrycie nieprawidłowości w typie pracy moczowodów (osłabienie jej). 10) Próba indygokarminowa nie może zastąpić cewnikowania moczowodów w każdym przypadku. Może je ona zastąpić z dostatecznym dla lekarza-praktyka wynikiem tylko wobec prawidłowego stanu moczu i niewątpliwych zmian jednej nerki lub przy prawidłowym stanie obydwóch nerek. 11) Próba indygokarminowa w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów lub bez niego stanowi najprostszy sposób klinicznego badania stanu nerek i moczowodów. Ma się rozumieć, że próba powinna się łączyć ze zwykłymi klinicznymi sposobami badania nerek i jest ich dopełnieniem, a w żadnym razie nie może ich zastąpić. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Higieniczne kopystki (szpatułki) krajowego wyrobu. Dotychczas jeszcze używają u nas lekarze szpatułek metalowych lub szklanych do badania jamy ust. — Pomimo wyjaławiania tych szpatułek w środkach przeciwgnilnych, nie może być dla chorych rzeczą przyjemną sama myśl, że ta szpatułka znajdowała się poprzednio w ustach całego szeregu chorych i to na rozmaite choroby. — Często też przez pomyłkę może się szpatułka dostać bez odkażenia z ust do ust, narażając chorych na zakażenie. — Można temu bardzo łatwo i tanio zapobiedz, używając wyjałowionych szpatułek drewnianych. Po użyciu szpatułki drewnianej łamie się ją w oczach chorego na dowód, że ta sama nie będzie już w innych ustach. Szpatułki takie wyrabia w kraju stolarz p. Adamski (Krowodrza pod Krakowem) i rozsyła je w paczkach wyjałowionych po 50 sztuk po cenie 50 halerzy za paczkę.

Obok szpatułek wyrabia p. Adamski pręciki do wacików z wacikami i bez nich, mające służyć do pędzlowań w jamie ust, noża i t. d. Paczka wyjałowiona pręcików bez wacików, zawierająca 50 sztuk, kosztuje 25 halerzy. Paczka wyjałowiona pręcików z wacikami, zawierająca 50 sztuk, kosztuje 30 halerzy.

Ze względu na higienę, a także estetykę badania, oraz ze względu, że to wyrób krajowy, wymienione przedmioty zasługują na powszechne wprowadzenie ich w użycie. *D.*

Praktyczne lekarskie narzędzie do badania. Kretschmar poleca obmyśloną przez siebie słuchawkę (stetoskop), której część idąca do ucha jest zarazem reflektorem; w razie potrzeby słuchawka staje się wziernikiem. Nadto w części, którą przykłada się do ciała chorego, znajdują się 3 lejki uszne. *K.*

Plomby kostne. Walton radzi plombować kości zaraz po doszczętnej operacyi na jednem posiedzeniu. Wyczyszczoną jamę kostną wyciera W. czystym karbolem, potem 1 prc. rozczynem formaliny, wysusza ciepłem powietrzem i plombuje parafiną (p. topl. 120°). Parafina okazała się znacznie lepszą od plomby Mosetig-Moorhofa. Przy całej operacyi chronić należy skrupulatnie części miękkie od zakażenia lub uszkodzenia chemikaliami. *K.*

Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami. Bumm (na Zjeździe lekarzy chorób wewnętrz. w Wiedniu) zachęcał do leczenia rwy kulszowej (pochodzenia obwodowego) wstrzykiwaniami. Leczył on w ten sposób 105 chorych, z tego u 61·6 prc. osiągnął stałe wyleczenie, a u 20·6 prc. poprawę. B. wstrzykuje około 100 ctm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w nerw. Zwykle 1—3 wstrzyknięć wystarcza. Działanie jest tu czysto mechaniczne. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 29. kwietnia 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 29.

Kol. Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne tragicznie zmarłemu namiestnikowi, ś. p. Andrzejowi Potockiemu; przemówienia wysłuchano stojąco. Prezes podaje do wiadomości, że z powodu 50-letniego jubileuszu Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu wyjechał wraz z kilku kolegami z Krakowa na Walne Zgromadzenie Wydziału w Poznaniu i imieniem Towarzystwa lek. krak. złożył życzenia dalszego rozwoju w pomyślnych i owocnych warunkach. Serdeczne i pełne gościnności przyjęcie przez kolegów poznańskich zostawiło jak najmilsze wspomnienie, a odniesione wrażenia powinny być zachętą, byśmy w miarę możności częściej odwiedzali Poznań.

1) Kol. Gliński przedstawił i omówił: *a)* Okaz **ciała obcego w tchawicy** (P. S. 258 1908), pochodzący ze zwłok 4-letniego chłopca, który na tydzień przed śmiercią miał się zachłysnąć. Rodzina dziecka nie zasięgała początkowo zupełnie porady lekarskiej, dopiero po tygodniu przyprowadzono dziecko do szpitala św. Ludwika, gdzie w parę godzin dziecko nagle zmarło wśród objawów duszenia się. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność dużego ziarna fasoli, częściowo wklinowanego w prawe oskrzele i całkowicie je zatykającego, częściowo wysterczającego do światła tchawicy ponad lewem oskrzelem i znacznie je zwężającego. Obok tego stwierdzono już dość rozległe obustronne ogniskowe ropne zapalenie płuc i włóknikowe zapalenie opłucnej prawej. Bezpośrednią przyczyną śmierci było uduszenie się skutkiem nagłego zatkania oskrzeli przesuniętą z innego miejsca fasolą.

b) **Żołądek i jelita** ze zwłok 41-letniego mężczyzny, zmarłego na **wąglik** (P. S. 307 1908). Mężczyzna ten, rolnik z zawodu, gdy padła mu krowa, obdarł ją ze skóry i prawdopodobnie spożywał jej mięso. Po 6 dniach na prawem ramieniu wystąpiły charakterystyczne zmiany w postaci krosty wąglikowej, co skłoniło chorego do zwrócenia się na oddział zakaźny szpitala św. Łazarza. Przy odpowiedniem postępowaniu leczniczem

chory czuł się lepiej, po kilku dniach zmarł jednak dość niespodziewanie. Przez cały czas pobytu w szpitalu nie było żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Badanie pośmiertne obok zmian na ramieniu stwierdziło bardzo liczne zupełnie typowe zmiany wąglikowe w ścianie żołądka i w całem jelicie czczem, obok cech bardzo ostrego krwotocznego zapalenia licznych gruczołów krezkowych i rozległych wylewów krwi w krezce. Przypadek ten, poza względną obecnie rzadkością tej sprawy chorobowej u człowieka, godzien jest uwagi ze względu na brak objawów klinicznych ze strony przewodu pokarmowego mimo istnienia w nim około 30 ognisk wąglikowych.

c) Żołądek **z wrzodem trawiennym** ze zwłok 49-letniej kobiety (P. S. 335 1908). Kobieta ta, chora od dłuższego czasu, dopiero na krótki czas przed śmiercią, bardzo już wynędzniała, zgłosiła się do szpitala św. Łazarza, gdzie wkrótce zmarła i gdzie przypuszczano nowotwór żołądka. Badanie pośmiertne stwierdziło rozległy, oddawna istniejący wrzód trawienny, mniej więcej w połowie długości krzywizny wielkiej, dość znacznie klepsydrowato zwężający żołądek. W sąsiedztwie tego wrzodu istniały ścisłe zrosty z otoczeniem, zwłaszcza pomiędzy żołądkiem, a okrężnicą. Wrzód ten w 2 miejscach przebił do okrężnicy, dzięki czemu utworzyło się w 3 miejscach szerokie połączenie żołądka z okrężnicą (*gastro-entero-anastomosis*) i treść żołądkowa mimo znacznego przewężenia żołądka mogła swobodnie odpływać do okrężnicy. Mimo jednak, że natura w tym przypadku do pewnego stopnia zastąpiła nóż chirurga, pomyliła się jednak w wyborze odpowiedniego odcinka jelit, wskutek czego z powodu pominięcia jelit cienkich trawienie w tym przypadku było znacznie upośledzone, wywołane zaś tem olbrzymie wyniszczenie ustroju i znaczna niedokrwistość (częściowo także prawdopodobnie w związku z krwotokami) stały się ostateczną przyczyną śmierci.

d) Okaz **mięśniaka pozaotrzewnego** (*leiomyoma*) z bardzo licznymi przerzutami w najrozmaitszych narządach (P. S. 273 1908). (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Korolewicz mówił: **O dyspensatoryach dla chorych gruźliczych.** Do dyspensatoryum, otwartego w październiku 1907 r. przy klinice lekarskiej U. J. zgłosiło się w czasie od 14. X. 1907 do 14. IV. 1908, a więc przez $^1/_2$ roku, 331 osób ze zmianami gruźliczemi, z czego 178 kobiet i 153 mężczyzn na ogólną liczbę 2077 chorych ambulatoryjnych. Chorych pouczano o etyologii gruźlicy, o jej zaraźliwości, rozdawano im osobne drukowane przepisy zachowania się w domu, wydawano w miarę możności leki i kontrolowano przebieg choroby przynajmniej raz na miesiąc. W lżejszych przypadkach stosował prelegent **wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.** Wstrzykiwał rozmaitego rodzaju tuberkulinę, a mianowicie: starą tuberkulinę Kocha (T. A.), nową tuberkulinę (T. R.), tuberkulinę perliczą (P. T. O.) według Spenglera, zawiesinę (Bacillen-Emulsion) i tuberkulol Landmanna, a w ostatnich czasach Scheringa »Tebean«. Sprawozdanie i wyniki ogłoszone będą po skończeniu roku. — Następnie przedstawił prelegent chorego, u którego stosował przez $^1/_2$ roku wstrzykiwania tuberkuliny starej Kocha. Zaczęto wstrzykiwania od $^1/_{100}$ mg. Obecnie chory znosi bez żadnych objawów 0·5 gr. W czasie leczenia stan chorego uległ znacznej poprawie. Prątki z plwociny znikły, rzężenia i wzniesienia wieczorne ciepłoty ustąpiły, kaszel się zmniejszył, chory przybiera na wadze i czuje się podmiotowo bardzo dobrze. Przez cały czas leczenia chory (stolarz) oddawał się swej pracy zawodowej.

3) Kol. Schlank miał zapowiedziany odczyt: **O zaopatrywaniu pępowiny** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierał głos kol. Gertler, który twierdził, że przyrząd Gansa byłby bardzo niekorzystny przy krwawiączce i kol. Wojciechowski, który zapytuje prelegenta, czy nieznane są mu statystyki innych klinik co do zaopatrywania pępowiny w inny sposób, i który wyraża zdanie, że dobre kleszczyki Péana są lepsze od przyrządu Gansa.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

II. Ogólne posiedzenie z dnia 21. marca (3. kwietnia) 1908.

Obecnych członków 55 i gości 19. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prezes prof. Zaleski otwarł posiedzenie następującem przemówieniem:

»Z plejady mężów wielce zasłużonych w zakresie wiedzy stosowanej, z twórców nowych kierunków w swym zawodzie, z założycieli szkół, wydających cały szereg godnych mistrza uczniów, stojących na świeczniku, po śmierci nieodżałowanej pamięci Marcelego Nenckiego pozostał nam tylko jeden, a i ten już dziś nie żyje«!

»W osobie Jana Mierzejewskiego straciliśmy nietylko głośnego na cały świat i pierwszorzędnego psychiatrę-neuropatologa, lecz i jednego z naszych najwybitniejszych uczonych z nad Newy, który zdołał wzbić się na wyżyny, dla innych niedostępne, tworzył wraz z Balińskim tu, w Rosyi, nową gałąź wiedzy, przedtem mało znaną, przodował zawsze i wszędzie całemu szeregowi pokoleń swoich współzawodników, nie przestając nigdy być Polakiem czystej i niezamąconej wody, a jako lekarz-filantrop był wzorem, dla wszystkich zrozumiałym, dla niewielu dościgłym, stanowiąc chlubę i ozdobę nietylko naszego młodego »Związku«, lecz i wiedzy lekarskiej, tej, co na rodzinnej naszej glebie zrodzona, rzuca swe promienne, a dobroczynne światło na daleką obczyznę«.

»Oto czem był ś. p. Jan Mierzejewski, najznakomitszy z naszych członków spółczesnych! Spuścizna Jego imienia jest wielką, niezatartą i nieskazitelną. Nie mniejszy i dorobek naukowy, jaki po sobie pozostawia. A co zrobił dla cierpiącej ludzkości i dla dobroczynności publicznej i prywatnej, ten tylko pojąć zdoła, kto wie, jakie jest położenie obłąkanych obecnie i jakie było lat temu jeszcze kilka dziesiątków. To też imię Mierzejewskiego przeszło do historyi rozwoju psychiatryi wogóle, a w Rosyi — w szczególności«.

»Szczegółowy, a wyczerpujący zarys naukowej, społecznej i obywatelskiej działalności tego męża niespożytych zasług przedstawi jeden z najwybitniejszych i najgodniejszych Jego uczniów i następców, a naszych współkolegów, obecny Nestor tutejszych psychiatrów, prof. Dr Otton Czeczott«.

»Zaznaczając ogrom niepowetowanej straty, jaką poniosła nauka, społeczeństwo, ludzkość i nasz »Związek« w osobie ś. p. Jana Mierzejewskiego, wyraźmy przedewszystkiem swe współczucie i współubolewanie wdowie, która zaszczyciła obecne nasze zebranie swą obecnością, powitajmy Ją jednomyślnie i uczcijmy pamięć zmarłego przez powstanie«.

»Cześć niechaj będzie i sława Jego imieniu i popiołom«!

II. Prof. Dr Czeczott wygłosił rzecz pod tyt.: »Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. prof. Dra Jana Mierzejewskiego«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Nowinach lekarskich« w Poznaniu).

Prezes w imieniu »Związku« składa mówcy gorące podziękowanie za wyczerpującą charakterystykę zmarłego i na znak głębokiego żalu wzywa obecnych, by uczcić pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Jenerał inż. wojskowy Eug. Kątkowski wygłosił rzecz pod tyt.: **Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody.**

IV. Część administracyjna. 1) Prezes zawiadamia. iż dzięki staraniom Dra Zakrzewskiego ma się odbyć 30, marca st. st. na rzecz szpitala polskiego koncert opery włoskiej; spodziewany zysk, sięgający 1000 rsr., będzie przelany do funduszu budowy szpitala. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż odbyło się organizacyjne posiedzenie komitetu szpitalnego, na którem do zarządu wybrani zostali: wiceprezesem Dr Zakrzewski, sekretarzami: Dr Bykowski, Dr Jastrzębski i Dr W. Kozłowski, skarbnikiem: Dr Hattowski. Wybory prezesa odroczono. 3) Prof. Ziemacki prosi o poparcie przedstawienia na korzyść Macierzy. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu prowizorycznem farmaceutów, które odbyło się przed paru dniami, zostali obrani prezesem p. Chrzanowski, kandyd. p. Leśniewska, sekret. p. Boharewicz. Wybory uznano i Wydział farmaceutyczny ogłoszono czynnym. 5) Dokonano wyborów i przyjęto w poczet członków rzeczywistych »Związku«: Drów Kolago, Poznańską, M. Orłowskiego, Hulanickiego, Zdanowicza, Władyczko, pp. Wisłoucha, Dybowskiego, Ciechowskiego, Mokrzeckiego i Ciąglińskiego. Członkami korespondentami »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Prof. Natanson, prof. Wicherkiewicz, prof. Kader, Dr Dłuski i Dr Kamocki. 6) Uchwalono, aby w dniu Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze prezes wystosował w imieniu »Związku« telegram gratulacyjny. 7) Prezes przedstawił wzór pieczęci i żetonu; wzory uchwalono.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w d. 28. marca 1908.

Obecnych 10 (Stupnicki, Szwajkart, Zaleski, Żurawski, Szymański, Boguszewski, Napieralski, Gierałtowski, Sas, Dobija), Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Sprawozdanie delegacyi na Wiec »Związku polskiego« z powodu inicyatywy budowy »Domu Polskiego« przyjęto i postanowiono popierać budowę moralnie i materyalnie.

2) Dr Żurawski zdaje sprawę z misyi na zebranie w sprawie urządzenia Wiecu protestacyjnego przeciwko wywłaszczeniu. — Postanowiono przypadającą na Towarzystwo kwotę wnieść w podwójnej wysokości.

3) Dr Szymański odczytuje list jednego z chorych, podany do dzienników i sprawdzony przez 2 lekarzy. List ten zawiera opis wyzyskiwania poszkodowanego przez lekarzy-szarlatanów i partaczy lekarskich. Przyjęto do wiadomości i postanowiono rozpocząć zbieranie materyałów dla walki z oszustwem, przynoszącem ujmę lekarskiemu zawodowi. W dyskusyi wyjaśniono, że ogromną winę ponoszą czasopisma polskie, drukując płatne ogłoszenia tych szarlatanów-lekarzy, którzy obiecują n. p. nawet suchoty wyleczyć w pięć dni. Stwierdzono jednak, że walka z czasopismami przechodzi siły Towarzystwa, ponieważ niema czasopisma, któreby nie umieszczało tych dobrze płatnych ogłoszeń.

4) Dr Szwajkart wnosi, by wystosować memoryał do Sejmów naszych Organizacyi z propozycyą, by dla lepszego uregulowania stosunków pomiędzy publicznością, a lekarzami, Towarzystwa powierzały badania ubezpieczających się członków lekarzom, należacym do Towarzystwa lekarzy polskich. Dr Szymański odczytuje przygotowany szkic odezwy do Towarzystw i Organizacyi.

5) Poruszono sprawę polskich położnych, praktykujących spędzanie płodu i uchwalono w tym względzie wejść w umowę z »American Medical Association«.

6) Uchwalono bojkot towarów aptecznych, wyrabianych w Prusach.

7) Przyjęto wniosek kolejnego sprawozdania z postępów medycyny na każdem posiedzeniu za czas ubiegły od ostatniego posiedzenia.

Z powodu spóźnionej pory odłożono odczyty na następne posiedzenia. Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Posiedzenie w d. 25. kwietnia 1908.

Na posiedzenie to przybył prof. W. Lutosławski i opowiedziawszy dzieje swej choroby, wywodził, jak się zapatruje na ustrój psychiczny ludzki, na wpływ ducha na ciało i materyę wogóle, oraz opisał swoją »polską metodę leczenia psychofizycznego« (polega ona na »magnetycznym« wpływie ducha na materyę, zdolnym n. p. »przemieniać wodę w skuteczne lekarstwa lub w najsilniejsze jady« dzięki »skupieniu woli«, wyrobionemu przez czworaką wstrzemięźliwość). Na zapytanie obecnych wyjaśniał prof. W., że nie uznaje praw natury i t. p. Wywody prof. W., którego charakterystyczna indywidualność budziła wielkie zaciekawienie, nie dały oczywiście powodu do żadnej dyskusyi.

Sprostowanie. W Nrze 20 »Przeglądu lekarskiego« na str. 273 wkradła się do protokołu Towarzystwa lek. krak. z d. 8. III. 1908 pomyłka w ustępie o demonstracyi Dra Kozłowskiego. Ustęp ten ma opiewać:

»Kol. M. Kozłowski zdaje sprawę ze spostrzeganego przez siebie przypadku **wyprysku twarzy i głowy skutkiem farbowania włosów** przetworem, zwanym »kafryna«.

---

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

1) Prof. Trendelenburg (Lipsk). **Leczenie operacyjne zatorów tętnicy płucnej.** T. zastanawia się głównie nad zatorami tętnicy płucnej przy złamaniach. Przypadki te dotyczą zwykle ludzi zdrowych, a od początku objawów do śmierci upływa zwykle 10—60 minut tak, że nieraz można przystąpić do operacyjnego usunięcia zatoru. Rozpoznanie też zwykle na czas jeszcze można postawić. Doświadczenia na zwierzętach przekonały T., że zabieg ten jest zupełnie uprawnionym. T. postępuje w sposób następujący: po otworzeniu klatki piersiowej z pomocą szerokiego skórno-żebrowego płatu rozcina worek osierdziowy, podprowadza z pomocą zagiętego haka pod tętnicę płucną rurę gumową, szybko zawiązuje ją od strony serca, nacina tętnicę, wyjmuje szczypczykami czop, potem otwór tętnicy zamyka szczypczykami, zdejmuje podwiązkę i ponad szczypczykami zakłada szew na tętnicę. Ucisk może trwać tylko do 45 sekund, dlatego też z operacyą, t. j. nacięciem i wydobyciem skrzepu i założeniem szczypczyków trzeba się bardzo spieszyć. U człowieka operował T. raz; czop wydobył. Przypadek ten skończył się śmiercią, może i dlatego, że zamiast węża gumowego użyto pasa płóciennego, który wciął się w tętnicę. Natomiast w doświadczeniach jedno zwierzę przetrzymało zabieg zupełnie dobrze, a sekcya po $^1/_4$ roku stwierdziła zupełnie dobrą bliznę w tętnicy.

2) Kümmell (Hamburg). **Skracanie czasu leczenia po operacyach w jamie brzusznej przez wczesne wstawanie.** K. poleca obecnie chorym po laparotomiach wcześnie wstawać, co skraca znacznie czas leczenia, zmniejsza częstość powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza zakrzepów i zatorów. Już pierwszego dnia sadza K. chorych w łóżku, drugiego w fotelu, a 3. lub 5. pozwala im zrobić kilka kroków. Naturalnie można to uczynić tylko wtedy, jeżeli przy operacyi uśpienie przebiegało bez powikłań i rana goi się dobrze. Powłoki szyje K. w 4 piętrach, t. j. otrzewnę, mięśnie, powięź i skórę. Wczesne wstawanie wpływa też bardzo na pobudzenie czynności jelit i unikanie powikłań płucnych.

3) Fränkel (Wiedeń). **O pooperacyjnych zakrzepach i zatorach.** Rozróżniamy 2 gatunki pooperacyjnych zakrzepów: 1) w okolicy rany, 2) zakrzepy odległe, n. p. bardzo częste w lewej żyle udowej. Przyczyny powstawania wszelkich zakrzepów szukać należy w zakażeniu rany, chociażby ona nawet napozór goiła się doraźnie. Podobnem powikłaniem jest n. p. zapalenie gruczołu przyusznego, występujące nieraz mimo prawidłowego napozór gojenia się rany. Drobnoustroje mogą wywołać przerzutowe zakażenie w miejscu odległem, choć w ranie się nie zagnieżdżą. Dzieje się to częściej po laparotomii, bo występujące po tej operacyi porażenie żołądka i jelit ułatwia drobnoustrojom i ich jadom przejście do krwi. Zapobiegać zatem zakrzepom można najpewniej przez zachowywanie bezwzględnej czystości przy operacyach i zapobieganie porażeniu jelit. Wczesne wstawanie i t. p. nie mogą chronić wobec tego od powikłań. Operacyę Trendelenburga uważa F. za bardzo ciężką.

4. Ranzi (Wiedeń). **O pooperacyjnych powikłaniach płucnych, zwłaszcza zatorach.** W klinice Eiselsberga na 6871 operacyi wystąpiły powikłania płucne 263 razy, z tego 24 razy czyste zatory. Przed operacyą podawać należy celem skrzepienia serca digalen, używać uśpienia eterowego i skopolaminowo-morfinowego. R. nie jest za wczesnem wstawaniem chorych. Operacyę Trendelenburga trudno stosować ze względu na niepewne wskazanie i rozpoznanie, na trudność ocenienia, czy zator nie tkwi gdzieś w mniejszej gałązce, a wreszcie ze względu na możliwe nieprawidłowości, jak otwór owalny i t. p.

Dyskusya: Borelius oświadcza się za wczesnem wstawaniem, ale ostrożnie. Rehn nie odmawia operacyi Trendelenburga racyi bytu. Wczesne wstawanie nie chroni od zatorów. Lauenstein przypisuje toksynom główny wpływ na tworzenie się zakrzepów; radzi spokój po operacyach. Abel jest przeciwnikiem wczesnego wstawania, podobnie Henle i Gebele. Meinert upatruje skłonność do tworzenia się zakrzepów w zagęszczeniu krwi, poleca też chorym przed i po operacyi pić obficie wodę. Hochenegg zgadza się z Fränklem, że przyczyną zakrzepów jest zakażenie i dlatego stara się opróżniać przewód pokarmowy częstemi małemi lewatywami. Körte nie pozwala wstawać chorym przed 14. dniem. Odrzuca operacyę Trendelenburga, bo rozpoznanie nie może być tu pewnem. Krönlein zwraca uwagę, że warunki krążenia żylnego w miednicy małej u kobiet usposabiają więcej do tworzenia się zatorów, niż u mężczyzn. Heller pozwala wczas wstawać chorym, operowanym powyżej pępka. Löbker zwraca uwagę zawsze na cały ustrój. Gdy chory wydziela mniej, niż litr moczu dziennie, to L. nie operuje. Płynu dostarczać należy ustrojowi po operacyi obficie przez wlewania podskórne i jelitowe. Eiselsberg nie jest za wczesnem wstawaniem; sam po przebytej operacyi mimo chęci nie mógł wstać drugiego dnia z powodu osłabienia. W końcu Trendelenburg i Kümmel przemawiają jeszcze w obronie swych zapatrywań (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie wód mineralnych krajowych miał wykład Dr H. Kucharzewski w Warsz. Tow. higienicznem 22. I. b. r. (»Zdrowie« 5). Stwierdziwszy, że naszemi wodami można zupełnie zastąpić niemieckie, i że we Francyi i w Niemczech starają się używać głównie wód krajowych, dochodzi H. na zasadzie zebranej przez siebie statystyki do smutnego wniosku, że u nas właśnie o krajowe wody się nie dba. Galicya, mając u siebie znakomite szczawy alkaliczne, sprowadza rocznie 1,350,000 butelek takich wód z zagranicy! Wwóz i zużycie wód polskich w Królestwie nietylko nie wzrasta, ale szybko maleje, pomimo, że wody te są w Warszawie tańsze od niemieckich (n. p. woda szczawnicka kosztuje 60 kop., emska 70 kop. i t. d.). Od r. 1903 do 1907 spadł przywóz wody szczawnickiej do Królestwa z 14 na 10 tysięcy butelek (emskiej, choć jest słabsza, rozchodzi się rocznie 25,000), krościeńskiej z 1,900 na 1,400, krynickiej z 8,700 na 6,000, żegiestowskiej z 1,500 niżej 1,000, iwonickiej z 8,000 na 4,800, rymanowskiej z 1,500 niżej 400, morszyńskiej z 900 na ledwo 350, (gdy obcych wód gorzkich, od morszyńskiej nie lepszych, sprowadzano po 50,000 butelek rocznie!). Wogóle z 40,000 butelek, zużytych w r. 1903, spadła konsumcya do r. z. na 25,000, t. j. tyle, ile Królestwo wypija samej wody emskiej. Przyczyną tego smutnego stanu jest nieruchawość producentów, obojętność publiczności i (przedewszystkiem) lekarzy. *R.*

Przeciw zdrojowiskom niemieckim rozpoczął się żywy ruch w prasie codziennej warszawskiej, pomieszczającej w tej sprawie liczne artykuły; wśród nich zasługuje na szczególną uwagę głos zasłużonego na polu balneologii polskiej Dra Dobrzyckiego w najpoczytniejszym z dzienników zakordonowych »Kuryerze warsz.« (Nr 131). Dr Dobrzycki przypomina, że już w r. 1886 w »Medycynie« podał, jakiemi zdrojowiskami i lecznicami polskiemi lub innych krajów można zastąpić zdrojowiska i lecznice pruskie i dołącza dokładną tabelę porównawczą, na ten cel ułożoną. Godziłoby się, by wszystkie polskie dzienniki zapoznały swych czytelników z tem zestawieniem zdrojowisk niemieckich z naszemi, z którego wynika, że bez pruskich najzupełniej obejść się można. O tem i lekarze polscy pamiętać powinni. Główne dane tablicy Dra Dobrzyckiego są następujące:

I. Cieplice obojętne: Niemieckie: Badenweiler w Schwarzwaldzie; Schlangenbad w Hessen-Nassau; Landeck i Warmbrunn na Śląsku pruskim; Wildbad w Wirtembergii. Polskie: Jaszczurówka. (Innych krajów: Neuhaus, Römerbad, Tüffer w Styryi; Cieplice czeskie; Gastein).

II. Szczawy proste: Niemieckie: Apollinaris, Fachingen, Selters i in. Polskie: Krościenko, Głębokie. (Inn. kr.: Bilin, Giesshübl, Krondorf w Czechach, Gleichenberg w Styryi, Bussang we Francyi).

III. Wody alkaliczne (sodowe, litowe, alkalicznosolankowe, alkalicznosolne, arsenowe): Niemieckie: Neuenahr w Prusiech, Obersalzbrunn i Cudowa na Śląsku prus., Ems i Soden w Hessen-Nassau. Polskie: Szczawnica. (Inn. kr.: Essentuki na Kaukazie, Vichy, la Bourboule we Francyi, Bilin, Karlsbad, Marienbad, Franzensbad w Czechach, Salvator na Węgrzech, Gleichenberg i Rohitsch w Styryi, Tarasp w Szwajcaryi, Luhaczowice na Morawach).

IV. Wody alkaliczno-ziemne: Niemieckie: Lippspringe w Westfalii, Wildungen. Polskie: Birsztany. (Inn. kr.: Contrexeville we Francyi).

V. Wody żelaziste: Niemieckie: Homburg w Ks. Nassau, Elster w Saksonii, Pyrmont w Ks. Waldeck-Pyrmont, Hermannsbad na Śląsku pr. Polskie: Krynica, Żegiestów, Nałęczów, Sławinek w Król. Polsk., Szepietówka na Wołyniu. (Inn. kr.: Bardyów na Węgrzech, Franzensbad w Czechach, Spa w Belgii). (Wody arsenowożelaziste posiadają tylko Tyrol: Levico i Roncegno, oraz Bośnia: Srebrenica).

VI. Solanki (proste, litowe, jodowobromowe): Niemieckie: Reichenhall, Kissingen, Heilbrunn w Bawaryi, Kreuznach, Kołobrzeg w Prusiech, Königsdorf-Jastrzemb na Śląsku pr., Wiesbaden, Soden w Nassau, Oyenhausen w Westfalii, Nauheim w Hesyi, Salzschlierf w Turyngii. Polskie: Rabka, Rymanów, Iwonicz, Truskawiec, Ciechocinek, Druskieniki. (Inn. kr.: Ischl, Hallstadt, Aussee w Salzkammergut, Gmunden i Hall w Górnej Austryi, Luhaczowice na Morawach, Balarue i Bourbonne-les-Bains we Francyi, Battaglia pod Wenecyą we Włoszech, Saxon-les-Bains i Wildegg w Szwajcaryi. (Niektóre wody tej grupy znajdują się w środkowej Europie tylko w Polsce).

VII. Wody gorzkie: Niemieckie: jedyne bardzo słabe, a drogie, w Ks. Sachsen-Meiningen. Polskie: Morszyn. (Inn. kr.: Bardzo liczne wody węgierskie: Victoria, Hunyady, Apenta i t. d., czeskie: Pilnau, Seidschütz).

VIII. Wody siarczane: Niemieckie: Akwizgran (Aachen) w Nadreńskiem, Weilbach w Ks. Nassau, Langenbrücken w Badeńskiem, Neundorf w Prusiech. Polskie: Busko, Solec, Lubień, Swoszowice, Truskawiec. (Inn. kr.: Piatigorsk na Kaukazie, Trenczyn, Piszczany na Węgrzech, Baden pod Wiedniem, Baden, Alveneu, Lenk, Yverdon w Szwajcaryi, Pierrefonds, Allevard i w. i. we Francyi).

(Należałoby jeszcze chyba dodać, że pruskie morskie kąpiele nadbałtyckie zastąpić może Połąga). *R.*

W uwagach o szpitalnictwie niemieckiem dotyka Dr J. Starzewski w końcu (»Tyg. lek.« 19 i 20) żywienia chorych i ogólnego rozkładu wzorowego szpitala. W żywieniu chorych uwzględnia się w Niemczech obowiązującą dziś bezwzględnie zasadę indywidualizowania, toteż wykaz potraw jest obfitszy, niż u nas, a lekarze mają w ich wyborze znacznie większą swobodę. Pożywienie przygotowują zawodowe kucharki pod kierunkiem kucharza lub zawodowo wykształconej »Siostry«, która »nie może być ni stąd ni zowąd przeniesiona na oddział chorych«, jako dozorczyni, ani naodwrót, (co się właśnie często zdarza u nas). W Niemczech przypada 1 osoba personalu kuchennego średnio na 25 chorych, u nas (we Lwowie) — jedna na 50! Kuchnie i magazyny kuchenne są w Niemczech urządzone równie czysto, jak sale operacyjne aseptyczne i mają liczne przyrządy do mechanicznego czyszczenia statków i t. p. — Co do rozkładu szpitala przestrzegana jest w Niemczech zasada, że jeden pawilon dla chorych mieści najwyżej 100 łóżek, zwykle 20 do 60; pawilony połączone są chodnikami, od spodu ogrzanymi, otoczone ogrodami; budynki gospodarcze zajmują środek terenu szpitalnego. W salach chorych przypada na 1 łóżko 36—60 m³ przestrzeni. Z podłóg w salach chorych najlepsze okazało się linoleum (t. zn. lepsze od płytek szamotowych i od terazza; drewnianych posadzek nigdzie niema). Znaczną część pawilonów stanowią ubikacye dodatkowe, będące ostatnim wyrazem postępu, jakoto: sala dzienna dla chorych, podręczna salka opatrunkowa i pracownia lekarska, podręczna kuchenka z przyrządami do mechanicznego czyszczenia naczynia, mieszkania sióstr i służby, a przedewszystkiem t. zw. »Utensilien-raum«, jak sala aseptyczna urządzony skład na wydzieliny i wydaliny chorych, bieliznę brudną i t. p., gdzie to wszystko się odkaża; oczywiście nie brak łazienki i wzorowych wychodków. Pawilony zakaźne stanowią w Niemczech co do liczby łóżek 8—12% ogółu łóżek szpitala; we Lwowie łóżka zakaźne przy 2·5 razy większej częstości chorób zakaźnych w kraju stanowią tylko cztery % wszystkich łóżek szpitala! Ciekawy jest bardzo opis mechanicznej pralni w szpitalu Westend. Personal pralni bywa w Niemczech trzykrotnie liczniejszy, niż u nas (we Lwowie)! *R.*

Codex alimentarius austriacus. W kwietniu r. b. odbyły się w Wiedniu obrady nad opracowaniem jednakowej ustawy o środkach żywności dla całej Austryi. Do narad powołał rząd przedstawicieli ministerstw spraw wewn., handlu, rolnictwa, przybocznej Rady dla spraw żywności i dolno-austr. Izby handlowej. Z powodu tych narad czyni »Przegląd higien.« (Nr 5) uwagę, że najlepsza nawet ustawa niewiele u nas pomoże, dopóki nie będzie w kraju naszym dostatecznej liczby dobrze zaopatrzonych zakładów badania środków spożywczych, dopóki te zakłady nie wykształcą, a gminy nie zaprowadzą zawodowych organów gminnych (komisarzy targowych), dopóki organy sanitarne gminne nie zostaną w całym kraju zreorganizowane na jednolite ciało z jednym zwierzchnikiem (departament Wydziału krajowego), mającym także władzę dyscyplinarną. *R.*

Państwowy główny urząd zdrowia w Austryi. R. dw. Prof. Ludwig, uzasadniając 18. V. b. r. w Izbie Panów znany swój wniosek o reformy sanitarne, podniósł, że ideałem byłoby ministerstwo zdrowia z lekarzem na czele, skoro to jednak obecnie jest niemożliwe, to powinien przynajmniej powstać samodzielny centralny urząd zdrowia w ministerstwie spraw wewn. Zarazem domagał się Prof. Ludwig poprawy bytu lekarzy rządowych. Wniosek Prof. Ludwiga odesłano do umyślnie wybranej komisyi. *R.*

Kasę chorych majsterską w Krakowie uchwalił (18. V.) założyć Wydział Izby rękodzielniczej, obliczając liczbę członków Kasy na trzy tysiące. Łatwo zrozumieć, czem zagraża taka Kasa dla lekarzy, jeżeliby dostarczać chciała także pomocy lekarskiej ryczałtowej. Jedynym środkiem byłaby wtedy dla lekarzy niezwłoczna ścisła organizacya. Ale o organizacyi jakoś obecnie przycichło. *R.*

Arcyważny, a bardzo dla lekarzy niekorzystny wyrok wydał niedawno Trybunał administracyjny w Wiedniu w sprawie uchwał Izb lekarskich wiedeńskiej i dolno-austryackiej, opiewających, że przyjęcie posady w regestrowanej Kasie zapomogowej (m. i. w Kasie chorych majsterskiej) uchybia godności stanu lekarskiego (por. »Przegląd lek.« Nr 14, str. 203, szpalta II.), a unieważnionych przez ministerstwo. Mianowicie Trybunał odrzucił sprzeciw Izb i unieważnienie wspomnianych uchwał zatwierdził. *R.*

Partactwo lecznicze w Saksonii kwitnie, jak nigdzie indziej w Europie. Poznawszy dane, zawarte w 37 sprawozdaniach rocznych, wydanych dotąd przez saskie kraj. Kollegium lekarskie, zdumiewać się trzeba nad ciemnotą, panującą tam w tym względzie. Z roku na rok rośnie ilość partaczy w zastraszający sposób. W r. 1905 było w Saksonii 2162 dyplomowanych lekarzy, a 2121 osób zajmowało się leczeniem chorych bez żadnego uprawnienia. Odliczywszy od owych 2121 tych, co leczą zęby, pozostanie jeszcze 1132, uprawiających partactwo na wszystkich polach medycyny. Są w Saksonii okolice, gdzie na każdego lekarza przypada jeden partacz, a nawet więcej (39 i 46). Najwięcej partaczy mieszka w Dreznie (235). Przeróżne są metody, stosowane przez partaczy. 292 stosuje t. zw. zabiegi naturalne, 294 mięsienie, 154 magnetyzm, 103 »sympatyę«, 84 homeopatyę, 23 elektryczność, 11 leczy gimnastyką leczniczą, 12 ziołami, 9 przylepcami. 45 leczy wszelakie choroby najrozmaitszymi zabiegami, 20 leczy tylko choroby wewnętrzne, 17 zewnętrzne, 7 cierpienia kobiece, 6 choroby płciowe, 16 zajmuje się drobną chirurgią, 10 leczy złamania, 18 nagniotki, a 4 spędza tasiemca. Partacze ci, zanim jęli się uszczęśliwiania chorych, należeli do przeróżnych innych zawodów. Odliczywszy 81 masażystów i łaziebnych, było 72 kupców i handlowców, 58 golarzy, 42 tkaczy, 31 właścicieli dóbr i gospodarzy wiejskich, 25 krawców i krawczyń, 25 posługaczy szpitalnych, 23 robotników fabrycznych, 21 pończoszarzy, 20 szewców, 20 parobków i służących, 19 stolarzy, 16 piekarzy, 14 nauczycieli i nauczycielek, 13 wyrobników, 12 restauratorów i t. d. Ciekawe szczegóły podają sprawozdania Kollegium lekarskiego o sposobie, w jaki wykonują swe zabiegi lecznicze owi partacze. Pewien n. p. 44-letni robotnik w hutach w Wilkau »wyczuwa chorobę«, kładąc ręce na chorym i równocześnie »siłą magnetyczną«, promieniującą z niego, leczy cierpienie. — W Reinsdorf leczy 68-letnia staruszka oddawna, muskając chorych. Czyni to »w imieniu Boga«. — Inna znowu 65-letnia wdowa po górniku kładzie ręce na chorego, wymawiając równocześnie nabożne zaklęcia. Wyuczyć się miała tego od swej matki, zresztą niczego nigdy się nie uczyła. Sposób swój stosuje na różę, ból zębów i wrzody na oczach. W innej okolicy znowu (Schneeberg) uprawia partactwo na wielką skalę dyrektor wędrownego teatru. Leczy on wszystkie choroby wodą, poznając chorobę z oczu. Uchodzi za cudownego lekarza, który pomaga tam, gdzie już żaden lekarz nie pomoże. — Najlepszą jednakże praktyką cieszy się szynkarz w Plauen. Pewnego dnia udzielił aż 228 porad. W krzywicy i zołzach obcina włosy i paznokcie, wierci dziury w żywem drzewie, wkłada w te dziury obcięte włosy i paznokcie i zalepia je. Drzewo rosnąc, ma chore »od«, znajdujące się w włosach i paznokciach, wyciągać i przemieniać na zdrowe »od«. Inny partacz każe chorym na zęby gasić świecę i wciągać dym w nozdrza. Smutny ten przegląd pozwolimy sobie zamknąć następującą historyą przypadku, który się wydarzył w Plauen. Młodego suchotnika namówił tam partacz do t. zw. metody Baunscheidta. Choremu, który przedtem mógł jeszcze wychodzić, zadał 800 drobnych ran na piersiach i plecach aż do pośladków, na obu ramionach i nogach, natarł je rozcieńczonym olejem krotniowym i podał mu wewnętrznie jakąś nalewkę i amerykańskie pigułki, zawierające żelazo i aloes. Wszystkie ranki pokryły się ropniami, gorączka wzrosła znacznie i chory tygodniami nie mógł ani siedzieć, ani leżeć, ani spać, stracił zupełnie apetyt, wreszcie wśród takich cierpień umarł. Partacz najwidoczniej przyspieszył śmierć i przyczynił cierpienia; skazano go na 2 lata więzienia. *Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. do 16. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 1; zmarło osób 62 (w tem obcych 27), z nich z gruźlicy 15 (9), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 2 (2), ospy 1, odry 3 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. do 16. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 2 (tem obcych 1 † 2), ospy — † 1, krztuśca 14, płonicy 4, odry 16 † 3 (3 † 2), duru brzusznego 5 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych — † 2), krztuśca 3, płonicy 15 † 9 (— † 1), odry 5, duru brzusznego 3 † 1), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Leg.*

Dur w Warszawie przybrał większe rozmiary; dziennie bywa około 50—60 chorych.

Wiadomości bieżące.

Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w r. b. w Krakowie w dniach 10. i 11. lipca.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. V. b. r. posiedzenie, na którem prezes Dr Borzęcki odczytał list Prof. Rydygiera, zapraszający Towarzystwo do udziału w Zjeździe chirurgów polskich, a Prof. Dr Ciechanowski zachęcał do udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, poczem Dr Cetnarowski miał wykład p. t. »Leczenie sposobem Pinkusa w cierpieniach ginekologicznych«. W dyskusyi przemawiał Dr Piotrowski.

— »Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu lekarskiego w Krakowie« rozdzielił do opracowania referaty o przyrządach i urządzeniach lekarskich, jakoteż o środkach leczniczych między swoich członków w sposób następujący: 1) Dr Tym. Piotrowski: narzędzia położnicze, ginekologiczne i urządzenia szpitalne; 2) Doc. Chlumsky: narzędzia chirurgiczne; 3) prof. K. W. Majewski: narzędzia okulistyczne; 4) Dr Maryan Godlewski: zdrojowiska i wody lecznicze; 6) Doc. Seńkowski: urządzenia pracowni chemicznych; 5) Mg. Ksawery Mikucki: przetwory farmaceutyczne. Wynik prac komitetu będzie ogłoszony drukiem.

— Komisya z 15 członków, wybrana na wniosek prof Kostaneckiego na poprzedniem posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego dla rozpatrzenia sprawy, poruszonej przez Dra T. Janiszewskiego w odczycie »O opiekach nad chorymi gruźliczymi« zebrała się na posiedzenie w d. 15. V. 1908. Przewodniczącym obrano prof. Kostaneckiego, sekretarzem Dra Korolewicza. Po ożywionych rozprawach, w których zabierali głos Dr Janiszewski, Korolewicz, Jan Landau, Schaitter, prof. Ciechanowski i Kostanecki, uchwalono w zasadzie przyłączyć się do akcyi »Towarzystwa dla zwalczania gruźlicy« we Lwowie i polecono przygotować projekt odpowiednich zmian w statucie tego Towarzystwa subkomitetowi, do którego wybrani zostali: prof. Kostanecki, Ciechanowski, Dr Schaitter i Korolewicz.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Tadeusz Kleczkowski, rodem z Warszawy, Karol Poliwka ze Żmigrodu, Ewa z Cybulskich Oskierczyna z Petersburga, Wilhelm Weissglas z Kołomyi i Stanisław Kącki z Krakowa.

— Ze sprawozdania Zakładu zdrojowego w Szczawnicy za r. 1907 wynika, że w roku tym bawiło w Szczawnicy 3309 osób (z tego z Galicyi 2508, z zaboru rosyjskiego 772, niemieckiego 21). Rachunki komisyi zdrojowej zamykają się w dochodach kwotą 31,613 K., w rozchodach 30,545 K. Z ulepszeń wymienia sprawozdanie budowę jednego nowego i rozszerzenie 2 domów, wymurowanie 2 dołów nieprzepuszczalnych na nieczystości, zbadanie, jakich potrzeba adaptacyi (które dzierżawcy mają wykonać przed sezonem), naprawę drogi w Pieninach, rozpoczęcie budowy domu dla zakaźnych i t. d. W ostatniem dziesięcioleciu wzrosła wysyłka wód z 114,500 na 139,190 butelek, liczba gości z 2332 na 3309.

Lwów. Pierwszą »Opiekę dla chorych gruźliczych« otwarło Stowarzyszenie dla zwalczania gruźlicy d. 17. V. b. r. przy ul. Pańskiej l. 10. Kuratorem opieki jest r. dw. Dr J. Merunowicz, wiceprezesem prof. Dr Gluziński. Przy otwarciu przemawiali: Prof. Gluziński, prezydent miasta p. Ciuchciński, prezes Tow. lek. Dr Pisek, dalej imieniem Związku Tow. dobroczynnych Prof. Thullie, imieniem zboru izraelickiego Dr Czeszer i wreszcie p. Barwiński.

— Sprawozdanie fizyka miasta za r. 1905/6, przedstawione Radzie miejskiej 14. V. b. r. (ze względu na X. Zjazd lekarzy i przyr. polskich wydane już w r. 1907), wywołało żywe rozprawy, w których prócz sprawozdawcy Dra Piska, zabierali głos Dr Mikołajski, Dwernicki i rektor prof. Szpilman ze stanowiska krytycznego, a wiceprezydent Dr Rutowski zarzuty odpierał. Podnoszono, że sprawozdania powinny być przedkładane wcześniej, że komisya sanitarna miejska powinna zbierać się co miesiąc, że od 3 lat zalega sprawa utworzenia 7 posad rządowych lekarzy policyjnych, że pomimo 4-krotnej uchwały Rady m. dotąd nie został przedłożony projekt reorganizacyi miej-

skiej służby zdrowia i t. d. Wiceprezydent miasta w odpowiedzi zapewnił, że projekt reorganizacyi służby zdrowia wkrótce będzie ukończony i podnosił sprawność zorganizowanego przez fizykat miejski zwalczania chorób zakaźnych.

Warszawa. Kasa im. Mianowskiego wydała sprawozdanie za r. 1907. W roku tym liczyła Kasa członków założycieli 88, honorowych 158, rzeczywistych 728, zrealizowała 5 zapisów, a w sprawie 3 innych prowadziła kroki prawne. Bilans Kasy zamyka się w stanie biernym i czynnym kwotą 550,938 rb. Na zapomogi zwrotne i bezzwrotne na badania i wydawnictwa naukowe wydano ogółem 31,644 rb. Z kwoty tej na nauki lekarskie przypadła kwota stosunkowo jeszcze mniejsza, niż dawniej, bo nie przekraczająca nawet 2000 rb. Otrzymali mianowicie zapomogi na badania: Dr Dębiński (patologia gruźlicy 200), Knoff (psychiatrya 250), Koelichen (neurologia 150), H. Landau (hematologia 150), Benni (fizyologia mowy 300), Sterling (embryologia i histologia 300), a Dr Z. Kramsztyk 600 rb. na wydawnictwo »Objawów klinicznych chorób oczu« — razem 1950 rb. Nawet doliczając zapomogi na badania antropologiczne i z zakresu anatomii porówn. otrzymamy dopiero 2700 rb. na ten dział nauk. Przyznano, ale nie wypłacono Dr Biegańskiemu 620 rb. na II. wydanie »Logiki medycyny« i Dr Rzętkowskiemu 300 rb. na »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«.

— Warszawskie Towarzystwo kursów naukowych, na których wykładane są także niektóre przedmioty z zakresu nauk lekarskich, wydało sprawozdanie z dwuletniej swej działalności. Kursami kieruje zarząd pod przewodnictwem p. P. Drzewieckiego. Przewodniczącym Wydziału matematyczno-przyrodniczego był z początku prof. S. Dickstein, obecnie p. J. Sosnowski.

— Wydział balneologiczny warszawskiego Towarzystwa higienicznego utworzył dla publiczności biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze rozpocznie się w sobotę 6. czerwca o 11 rano w Narodnem Divadle uroczystem posiedzeniem ogólnem, na którem odbędzie się wykład prof. Mareša, a zakończy go posiedzenie ogólne 10. czerwca rano w Panteonie Muzeum narodowego (wykład prof. Počta). Między temi posiedzeniami odbywać się będą rano i popołudniu posiedzenia sekcyi. — W przeddzień Zjazdu, w piątek 5. VI. wieczór, odbędzie się zebranie koleżeńskie w Mieszczańskiej Besedzie. — 6. VI. wieczór urządza m. Praga raut na Zofinie, 7. VI. popołudniu zwiedzanie wystawy, wieczór festyn na Strzeleckim Ostrowie, 8. VI. zebranie na wystawie, 9. VI. uroczyste przedstawienie w Nar. Divadle. Biuro Zjazdu urzędować będzie przez te dni w gmachu politechniki czeskiej. Na Zjazd zgłosiło się dotąd 575 uczestników. Wszelkich wyjaśnień udziela kancelarya Zjazdu (Vladislavova 14), gdzie też należy zgłaszać udział i przesyłać wkładki uczestnictwa (10 kor.). — Wyszedł z druku Nr 1. »Vestnika« Zjazdu, wydawanego pod redakcyą prof. B. Kučery, Dra Panyrka i Doc. Slavika. Zawiera on zarys dziejów uniwersytetu czeskiego, pióra rektora prof. Golla, oraz politechniki czeskiej, pióra prof. Velflika, następnie ustawę Zjazdu, program ogólny, wykłady zgłoszone w sekcyach, dział informacyjny i spis uczestników. Tegoroczny Zjazd czeski przypada w 25-tą rocznicę utworzenia samoistnego uniwersytetu czeskiego i w dwóchsetną rocznicę założenia szkoły inżynierskiej praskiej, która przekształciła się potem w politechnikę, a była pierwszą tego rodzaju szkołą w Europie.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w dniu 2. (15.) V. b. r. znajdował się odczyt Dra Wojciecha Kozłowskiego: Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem (urethero-cystostomia).

— Niemieckie Towarzystwo higieny publicznej (Deutsch. Verein f. öffentl. Gesundheitspflege) uchwaliło na przyszłość nie przyjmować ugoszczenia swych Zjazdów przez miasta, gdzie się Zjazd odbywa i nie urządzać wspólnych uczt zjazdowych. »Deutsche med. Wochenschrift« (20) podając tę wiadomość, wyraża zdanie, że ze Zjazdów odpaść też powinny urzędowe mowy powitalne władz i t. d., które stały się szablonowym frazesem, a rabują mnóstwo czasu właściwym obradom. Powitania te zachowaćby można chyba tylko na Zjazdach międzynarodowych.

— Podobne z ustroju do naszych wydawnictw wydawnictwo »Münchener med. Wochenschrift«, liczące obecnie 11,800 czytelników, rozdało z czystych zysków za r. 1907 kwotę 17,400 Mk. między instytucye humanitarne (fundusze wdów i sierót po lekarzach, kasy zapomogowe lekarskie), na zasiłki naukowe i t. p. Od r. 1897 rozdało grono wydawnicze nie mniej jak 114,440 Mk. na te cele! Nie w tym zapewne rozmiarze, ale i u nas byłaby możliwa taka działalność humanitarna, gdyby pisma nasze tygodnikowe, obecnie wskutek rozdrobnienia środków »robiące bokami« i ledwo dzięki ofiarności prywatnej pokrywające swe wydatki, połączyły swe siły i środki, (nie mówiąc już nawet o tem, że na takiem połączeniu zyskaliby przedewszystkiem czytelnicy!).

— Centralny niemiecki Komitet badania raka urządza 23. V. b. r. na uroczystość założenia międzynarodowego Związku badania raka uroczyste posiedzenie, na którem wykładać będą Borrel z Paryża, Dollinger z Pesztu, Jensen z Kopenhagi, Podwysocki z Petersburga.

— III. międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi odbędzie się 7—13. X. b. r. w Wiedniu.

— W »Dumie« państwowej rosyjskiej wniosło 32 posłów projekt prawa o obowiązkowem szczepieniu krowianki.

— Na wzór Pogotowia ratunkowego warszawskiego ma być utworzone Pogotowie w Moskwie.

— Kursa wakacyjne dla lekarzy na Wydziale lekarskim czeskim w Pradze odbędą się w tym roku od 6. do 25. lipca. Zgłaszać się należy ile możności przed 13. czerwca pod adresem Prof. Dra Weignera w Pradze. Za kursa, udzielane przez profesorów, docentów i asystentów, pobierane będzie zwykłe czesne (2 K za godzinę).

Mianowani: Prof. Remedi dyrektorem kliniki chirurg. w Modenie, farmakolog Prof. Magnus z Heidelberga profesorem w Utrechcie;

Dr St. Krzeczkowski lekarzem domowym szpitala Dz. Jezus w Warszawie, Dr W. Cung asystentem-internem szpitala żydowskiego w Warszawie.

Zmarli: Dr Stanisław Zaleski w Woli Skoromnowskiej w Królestwie, Dr Tadeusz Krobicki, lekarz miejski, uczestnik wypadków z r. 1863, wielki dobroczyńca ubogich, w 59 r. ż. we Lwowie;

Dr Chamberland, zastępca dyrektora Zakładu Pasteura w Paryżu, fizyolog Prof. Langendorff w Rostocku.

Redakcya otrzymała: K. Orzechowski: Ein Fall von Missbildung des Lateralrecessus. »Arb. a. d. neurol. Inst. Wien.« 1908. — Gluziński: 1) Gruźlica narządu moczowo-płciowego. »Tyg. lek.« 1908. 2) Zur Frage der Ausscheidung der Chloride im Harne bei Nierenerkrankungen. »Wien. klin. Wochs.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rymanów.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 30. maja 1908 Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemicznej Zakładu fizyologii Prof. Dr Adolfa Becka we Lwowie.

O braku zależności pomiędzy indykanem moczu, a indolem w kale.

Podał

Wacław Moraczewski.

Powiększona ilość indykanu w moczu uchodzi dotąd na dowód nieprawidłowego gnicia w kiszkach i wywołuje ze strony lekarzy zabiegi, mające na celu opróżnienie kiszek albo odkażenie ich treści. Nie brak uwag ze strony bardzo ścisłych badaczów, że indykan bywa w moczu zwiększony niezależnie od stanu kiszek, ale uwagi te mało uwzględniane bywają. I nie dziw. Niezbitego dowodu innego pochodzenia indykanu nikt dotąd nie dał. Musimy więc trzymać się na razie dawnej teoryi. Najwyżej możemy usiłować zmodyfikować ją jeżeli trzeba, zbadawszy zależność, jaka zachodzi pomiędzy ilością indykanu w moczu, a ilością indolu w kale.

Zbadanie tej zależności było celem niniejszej pracy, która ciągnie się od lat wielu i wiele z latami zmian przechodziła. Chodziło przedewszystkiem o ilościowe oznaczenie indolu w kale. Kiedy Schmidt i Baumstark polecili reakcyę Ehrlicha, polegającą na kondensacyi indolu z aldehydem w obecności kwasu solnego, wykonałem szereg doświadczeń, nadawszy temu odczynowi możliwą ścisłość i mierząc ilość utworzonego barwika najdokładniejszą, bo spektrofotometryczną metodą. Nie trudno było się przekonać, że odczyn Ehrlicha w formie, podanej przez Schmidta i Baumstarka, nie nadaje się do oznaczenia indolu, że jest odczynem barwików żółciowych, tak zwanego urubilinogenu czy hydrobilirubinogenu, jak to udowodnił między innymi Kimura. Próbowałem tedy stosować ten sam odczyn do oczyszczonego indolu i w tym celu wypędzałem indol z kału zapomocą destylacyi, a z produktów destylacyi wyciągałem go eterem. Dopiero po odparowaniu eteru stosowałem odczyn Ehrlicha do pozostałości wyciągów eterycznych,a ilość otrzymanego barwika mierzyłem w spektrofotometrze.

Nawet ta metoda nie wydała mi się bez zarzutu, wiedzie ona bowiem do utraty indolu przez niedokładne wyciąganie, a bardziej jeszcze przez odparowanie wyciągów eterycznych. Wreszcie odczyn aldehydowy, ani zbyt czuły, ani zbyt pewny nie jest. Sądziłem więc, że najlepiej będzie użyć do oznaczenia indolu odczynu z azotynem sodowym i na nim oprzeć metodę ilościowego oznaczania.

Metoda, którą w ostatnich czasach się posługiwałem i którą nadal polecać mogę, jazt następująca:

30—40 gr kału stałego, a 80—100 gr płynnego gotuje się w kolbie zawartości $1^1/_2$ litra z 700 cm³ wody, dopóki nie przedestyluje się 500 cm³. W tych 500 cm³ zawarty jest cały indol kału, bo jak się łatwo przekonać z prób robionych z rozczynem indolu — zawartość kolby po oddestylowaniu 500 cm³ odczynu indolowego prawie nie daje. W części destylatu n. p. 100 cm³ oznaczamy indol kolorymetrycznie w następujący sposób: Bierzemy około 120 cm³, zakwaszamy 10 kroplami zgęszczonego kwasu siarczanego, wstrząsamy z małą ilością krzemionki (Kieselgur), aby pozbawić płyn zmętnienia i sączymy możliwie pospiesznie. Do przesączu dolewamy 5—8 kropel 2‰ rozczynu azotynu sodowego i zostawiamy w spokoju na 2 godziny. Po tym czasie zabarwienie przyjmuje kolor różowawy i odcień dochodzi do szczytu swego zabarwienia. Pozostaje tylko porównać je z zabarwieniem normalnego rozczynu indolu. W tym celu rozpuszczamy 1 cm³ jednoprocentowego indolu w 500 cm³ wodą. Z rozczynu tego bierzemy 5 cm³, dopełniamy do 100 wody, zakwasiwszy 10 kroplami kwasu siarczanego i dodawszy 5 kropli 2‰ rozczynu azotynu sodowego. Rozczyn normalny wlewamy do prawego cylindra kolorymetru Wolffa [1]), a do lewego cylindra wlewamy nasz destylat z kału, zaprawiony azotynem i siarczanym kwasem.

Porównując zabarwienia, łatwo odczytamy zawartość indolu w destylacie. Jeżeli n. p. normalny rozczyn zajmował wysokość 50 cm³ w cylindrze, a rozczyn indolu w destylacie 25 cm³, to destylat zawiera dwa razy tyle indolu, co rozczyn normalny. Ponieważ rozczyn normalny zawiera 0.000002 gr indolu w 1 cm³, zatem badany rozczyn zawiera 0.000004 gr indolu w 1 cm³. W całym wię destylacie będzie indolu 500 razy więcej, t. j. 0.0020 gr, a jeżeli destylat otrzymaliśmy z 40 gr kału, to 40 gr zawierały 0.0020 gr indolu. Zatem dzienna ilość byłaby 0.0060 gr, jeżeli dzienna ilość kału wynosi 120 gr.

Metoda ta wymaga niewielu komentarzy: 1) Należy przy początku destylacyi płomień utrzymywać bardzo mały, aby ustrzedz się przed burzeniem i przerzuceniem płynu z kolby do odbieralnicy; 2) należy porównywać rozczyny

[1]) Kolorimetrie u. Quantitat. Spectralanalyse G. Krüss u. H. Krüss. Hamburg-Leipzig 1891.

zabarwione w jaknajwiększem rozcieńczeniu, zatem używać jako normalnego rozczynu, słupa barwika wysokości 50 cm^3.

Obok oznaczania indolu w kale, oznaczaliśmy w szeregu badań barwiki żółciowe albo raczej urobilinę kału, w celu oznaczania wsysania się barwika i wykrycia zależności między urobiliną moczu i kału.

W tym celu stosowaliśmy w moczu metodę Müllera, w kale zadawalnialiśmy się wyciągiem alkoholowym zakwaszonym kwasem solnym, który badaliśmy spektrofotometrem Glana lub Vierordta.

Przy badaniu indolu braliśmy zawsze pod uwagę całodzienną ilość kału, ilość części stałych, azot zawarty w częściach stałych; w moczu zaś ilość moczu, ilość azotu, ilość indygo i związanego kwasu siarczanego. Indykan zamienialiśmy metodą Obermayera zapomocą kwasu solnego i chlorku żelaza w indygo. Indygo wyciągaliśmy chloroformem i po wyparowaniu ważyliśmy, a rozpuściwszy w 5 cm^3 zgęszczonego kwasu siarczanego miareczkowaliśmy ustawionym na czyste indygo rozczynem nadmanganianu potasu. Metod tych trzymaliśmy się stale w ciągu całego badania.

(C. d. n.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Stosunkowo najprościej ma się rzecz z tężyczką, w tych przypadkach, w których istnieją wyraźne zmiany w narządzie pokarmowym, najczęściej w postaci znacznego rozszerzenia żołądka, rzadziej w postaci niedowładu jelit i związanych z nim przypadłości jelitowych. Bardzo pouczające jest pod tym względem spostrzeżenie, opisane przez Jakobsohna i Ewalda, a nieco później także przez Albuego. Odnosiło się ono do osoby 26-letniej, która dostawała napadów kurczów tężyczkowych, ilekroć dłużej trwało zaparcie żywota. Skoro tylko wystąpiła biegunka, napad przemijał. W samych początkach choroby zdarzały się napady rzadziej, co 2—3 miesięcy, z biegiem czasu coraz częściej, wreszcie co 8—14 dni. Okres napadów trwał za każdym razem 5—6 dni. Dokładniejsze badania chemiczne kału i moczu stwierdziły ciekawe szczegóły. Kał odznaczał się wielką zawartością tłuszczu, którego ilość dochodziła do 40% suchej pozostałości; w moczu znajdowano w okresie napadów ciało chemiczne, dające odczyny ptomatynów. Ilość tego ciała, uzyskanego w postaci soli kwasu pikrynowego, przez Jakobsona i Ewalda, a soli podwójnej, złota i platyny, przez Albuego była wszakże zamała, aby można było wykonać dokładny rozbiór drobinowy, względnie, żeby zbadać jego działanie trujące na zwierzętach. Spostrzeżenia kliniczne uzupełnił Albu wynikiem oględzin pośmiertnych, które stwierdziły tylko znaczną niedokrwistość i zmiany zanikowe narządów miąższowych. W układzie nerwowym nie znaleziono zmian ani grubszych, dających się stwierdzić gołem okiem, ani drobnowidowych.

Tężyczki nie spotykamy często w przebiegu chorób żołądka i jelit. Należy ona raczej do bardzo rzadkich zjawisk. O wiele częściej przydarzają się u dzieci nietypowe kurcze mięśniowe po błędach dyetetycznych, zwłaszcza zaś przy obecności czerwi w kiszkach. O ile tego rodzaju spostrzeżenia zaliczać wolno do zakresu samozatruć z przewodu pokarmowego, trudno stanowczo rozstrzygnąć. Natomiast bardzo prawdopodobnym jest związek przyczynowy między stanem narządu pokarmowego, a napadowymi kurczami mięśniowymi w wieku młodzieńczym, gdy ustrój przebywa jakoby okres przeobrażania się. Natury wątłe oddziaływają na to czasem bardzo wyraźnie, a wśród najrozmaitszych zaburzeń przydarzają się i takie, które snadnie poczytywać można za następstwo samozatrucia. Jednem z takich spostrzeżeń zdaje mi się być następujące:

St. F., lat 15, córka urzędnika, uczenica seminaryum. Jako dziecko miała się rozwijać zupełnie prawidłowo. Regularność wystąpiła przed rokiem. Od samego początku była skąpa i pojawiała się w różnych odstępach czasu; od 3 miesięcy nie ma jej zupełnie. Od dłuższego czasu przypadłości żołądkowe, brak łaknienia, gniecenie w dołku po jedzeniu, nudności, nadto uporczywe zaparcie stolca. Chora znacznie zeszczuplała, pobladła, żali się często na bole i zawroty głowy, nic jej nie zajmuje, nie może się uczyć. W lutym 1907 dołączyły się do tego napady kurczów mięśniowych, które rozpoczynają się od goleni i albo ograniczają się tylko do kończyn dolnych, albo rozprzestrzeniają się na całe ciało. Kurcze te są bardzo bolesne. Napady powtarzają się w nieregularnych odstępach czasu. Przed każdym czuje się chora więcej osłabiona, niespokojna, bole i zawroty potęgują się znacznie, niekiedy mówi lub robi coś, z czego nie zdaje sobie należycie sprawy. Przy cięższym napadzie przydarza się, że chora zupełnie traci świadomość. Ojciec chorej miał w młodych latach przechodzić kiłę. Później nigdy nie zauważał żadnych objawów następowych. Żona jego nigdy nie roniła. Sam od dłuższego czasu cierpi na przypadłości żołądkowe. Badając go, nie mogłem wykryć śladów kiły, a znalazłem znaczny niedowład żołądka i kiszek i spore guzy krwawnicze.

Stan chorej w połowie maja 1907 był następujący:

Dziewczynka o wejrzeniu sympatycznem, z wyrazem twarzy sentymentalnym, inteligentnym, pognębionym; całe jej zachowanie się zupełnie prawidłowe. Wzrost mały, budowa kośćca wątła. Skóra i błony śluzowe blade, mięśnie wątłe, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Gruczoł tarczowy powiększony. Gruczoły chłonne, dostępne badaniu, macalne, ale niewielkie. Klatka piersiowa symetryczna. W zakresie narządu oddechowego żadnych zmian wykryć nie można. Uderzenie końca serca w IV. międzyżebrzu w linii sutkowej; rozmiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno słabo napięte, liczba tętna około 80. Nad żyłami szyjnemi buczenie. Brzuch nieco wzdęty, dość tkliwy. W żołądku wyraźne pluskanie; górna granica żołądka na wysokości 7 żebra, dolna około 3 cm poniżej linii pępkowej. Wątroba tkliwa, brzeg jej macalny pod łukiem żebrowym. Jelita grube wypełnione; w jelicie ślepem głośne kruczenie, w pętli esowatej zbity grudkowaty kał. W moczu znaczna ilość indykanu. W układzie nerwowym oprócz bolesności mięśni przy ucisku i pewnej nadczułości pni nerwowych, tylko wygórowana pobudliwość mechaniczna mięśni i wzmożenie odruchów ściągniętych. Znamion histerycznych w układzie czuciowym nie ma zupełnie.

Rozpoznanie istoty napadów przedstawiało w tym przypadku dość znaczne trudności. W rachubę należało wziąć trzy możliwe postacie nerwic: tężyczkę, padaczkę i histeryą. Kurcze jako takie przemawiałyby najwięcej za pierwszą z tych chorób. Ale przy tężyczce nie ma zupełnie zaburzeń świadomości, jest wybitna bolesność pni nerwowych, przez ucisk pni wywołać można najczęściej napad. W naszym przypadku przedstawiała się sprawa inaczej. Za padaczką przemawiałyby zaburzenia świadomości, niewyraźny zresztą okres zwiastunów, a jako szczegół pośredniej wartości kiła ojca. Dla rozpoznania histeryi i napadów histeroepileptycznych brakowało zupełnie podstaw. Napady przedstawiały więc typ pośredni między tężyczką i padaczką, gdzie wyraźniej zaznaczała się bądź jedna bądź druga z tych nerwic. Z tej przyczyny użyłem wyrażenia »nietypowe napady kurczów mięśniowych«, nie chcąc sprawy stanowczo rozstrzygać ani przesądzać. Uwagę zwracać musiało, że napady zdawały się

stać w pewnym związku ze stanem narządu pokarmowego i pojawiały się prawie zawsze wtedy, gdy jelita zbyt długo nie opróżniały się z zalegającej treści. Szczegół ten uwzględniano też dokładnie w leczeniu. Chorej zaleciłem pożywienie mieszane z ograniczeniem potraw mięsnych, miesienie brzucha, lewatywy, okłady wysychające z wody słonej ze spirytusem na brzuch, suche nacieranie ciała. Z leków wewnętrznych dostawała syrup Fellowa, od czasu do czasu środek przeczyszczający. Soli bromowych z rozmysłu nie podawano.

Po 3 tygodniach widziałem chorą powtórnie. Przez cały ten czas nie miała napadów. Jej wejrzenie poprawiło się, bole i zawroty głowy ustąpiły, łaknienie lepsze, wątroba mniejsza, dolna granica żołądka na wysokości linii pępkowej, w jelitach grubych nieznaczna ilość treści. Nastaje przerwa w leczeniu. Za 2 tygodnie ma się zgłosić ponownie. Przyszła już po 8 dniach, nadmieniając, że od 2 dni jest jej znów gorzej, że miała nawet lekki napad kurczów w kończynach dolnych bez jakichkolwiek wszakże zaburzeń świadomości. Przy badaniu ten sam stan, co za pierwszym razem. Leczenie zalecono to samo, co z początku. Z końcem czerwca stan znacznie lepszy. Napadów niema znowu; niedokrwistość mniejsza, żołądek skurczony, wątroba niemacalna, niebolesna, w jelitach nie ma zalegającego kału.

W lecie wyjechała chora na wieś do krewnych i przebyła tam 5 miesięcy. Przez cały czas napadów nie miała. Rozwinęła się, zmężniała, wagi przybyło jej 7 klg. Miesiączka regularna. W grudniu wróciła do Sarajewa. Z początku miała się zupełnie dobrze. Niedługo pojawiły się wszakże znowu przypadłości jelitowe, głównie uporczywe zaparcie żywota; napady wróciły na nowo. Obok dawniejszego leczenia dyetetyczno-mechanicznego zalecono rozczyn soli jodowej z solą bromową. Skutek leczenia bardzo szybki.

W tym przypadku zeszły się objawy chorobowe ze strony układu nerwowego z okresem rozwoju płciowego, w którym młody ustrój, zwłaszcza niewieści, przebywa bądź co bądź ważne przemiany. Potrzeba mu na to znacznego zasobu sił. Jeśli sił tych niema, zjawiają się najrozmaitsze stany nieprawidłowe, a nawet rozwijają się wprost choroby. U naszej chorej wysunęły się na plan pierwszy przypadłości ze strony narządu pokarmowego i niedokrwistość, a wkrótce potem dołączyły się do nich napady nerwicy w postaci nie czystej, przedstawiającej się jako połączenie tężyczki i padaczki. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że niedowład ruchowy żołądka i jelit i towarzysząca mu prawdopodobnie niedomoga wydzielnicza żołądka stanowiły pierwsze ogniwo w łańcuchu tych zmian. Przy wadliwem trawieniu i przy zaleganiu treści w żołądku i w jelitach rozwijała się tem łatwiej niedokrwistość, podupadało odżywienie, zmniejszała się jędrność i sprawność ustroju, a zwiększała jego wrażliwość, zwłaszcza układu nerwowego. W tych warunkach wywierać zaczęły tem znaczniejszy wpływ szkodliwe istoty, powstające przy przemianie istot białkowatych i stały się może ostatniem ogniwem w szeregu przyczyn, z których rozwinęła się choroba nerwowa. Że taki bieg myśli ma za sobą cechy wielkiego prawdopodobieństwa, zdaje się przemawiać skuteczność leczenia, w którem nacisk położono na stan ogólny, a obok tego na usuwanie zaburzeń w trawieniu. Udowodnić ściśle istnienie związku przyczynowego między przypuszczalnem samozatruciem, a napadami kurczów, nie można tak samo w tym przypadku, jak i w innych jemu podobnych.

Spostrzeżenie to nasuwa jeszcze czysto praktyczną uwagę co do sposobu żywienia młodych niedokrwistych dziewcząt z przypadłościami żołądkowemi i jelitowemi. Przy niedokrwistości kładzie się zazwyczaj pewien nacisk na pokarmy mięsne. Przemawia to zresztą najwięcej do przekonania otoczenia chorych i staje się nierzadko powodem przesady. W chęci dokładnego wypełnienia wskazówek lekarskich zmusza to otoczenie chorą do jedzenia mięsa mimo, że ono czasem wprost instynktowny wstręt budzi. Takiemu instynktowi nie powinno się zadawać gwałtu. Żołądek, wydzielający zamało soku trawiącego, nie może, mimo pomocy, jaką staramy się przynieść przez podawanie pepsyny i kwasu solnego, strawić większej ilości mięsa. Prawdopodobnie nie trawią go należycie także zaczyny, znajdujące się w jelitach. Pożytek z pokarmów mięsnych jest w takich warunkach bardzo wątpliwy, a oczywistą jest natomiast szkoda, która powstaje skutkiem gnilnego rozkładu białka w kiszkach. Pożywienie mieszane z małą ilością mięsa będzie tu o wiele właściwsze i przy niem o wiele łatwiej i rychlej może nastać poprawa i co do stanu ogólnego i co do mieszaniny krwi, a co z tem idzie w parze, także poprawa trawienia.

Opisany przypadek daje pewne pojęcie o objawach nerwowych, które zajmują najwyraźniej zakres ruchowy. Jako takie tworzą one przynajmniej do pewnego stopnia całość zamkniętą w sobie. Nie jest to wszakże tak częste zjawisko. Zboczenia nerwowe grupować się mogą nader rozmaicie, a i skala ich bywa różnorodna. Do najlżejszych należą przemijające bole i zawroty głowy, ogólne osłabienie fizyczne i przygnębienie psychiczne, niechęć do jakiegokolwiek zajęcia, przelotne bole mięśni i nerwów i inne t. p. zboczenia mało wybitne, ustępujące równocześnie z przyczyną, która je wywołała. Przydarzają się wszakże i przypadki ciężkie, gdzie spostrzegane przypadłości wzniecać mogą przypuszczenie poważnej choroby. Przykładem mogą tu być opisy spostrzeżeń Ewalda z r. 1894, streszczone później w r. 1898, na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie. Na pierwszy plan wysuwały się tam wyraźne objawy mózgowe i to w takiem nasileniu, że sprawiały wrażenie choroby zakaźnej lub mózgowej. Doraźna poprawa, jaka nastąpiła po opróżnieniu żołądka i jelit, dokładne uwzględnienie powstania zjawisk według wywiadów i dalszy przebieg choroby rozjaśniły pochodzenie objawów choroby i kazały je pojmować jako wynik samozatrucia z przewodu pokarmowego. Do tej samej grupy przypadków należy moje własne spostrzeżenie, które przytoczę w streszczeniu.

Wł. L. lat 14, syn urzędnika, uczeń gimnazyalny. Od paru lat skłonność do zaparcia stolca tak znaczna, że czasem po kilka dni nie miewa wypróżnień. Żali się wtedy na bole i zawroty głowy, jest bardzo przygnębiony, nie może się uczyć, wszystko go drażni, staje się gwałtowny, popędliwy. Zazwyczaj ogarnia go po pewnym czasie senność. Niekiedy jest ona tak silna, że chory kładzie się wtedy i zasypia. Ale sen nie trwa długo. Chory nagle budzi się z gorączką i z uczuciem niezmiernego strachu, siada na łóżku, krzyczy i o ile może, obejmuje kogoś z rodziny, najczęściej matkę, przyciskając się do niej kurczowo. Po przejściu tego napadu strachu jest jakby na pół świadomy. Stan psychicznego rozstroju spotęgował się raz do tego stopnia, że chory, podrażniony jakąś drobnostką, chwycił nóż i rzucił się z nim, nie wiedząc co robi, na jednego ze swoich braci. Skoro przyjdzie zupełnie do siebie nie umie wytłómaczyć, skąd się bierze ten strach i całe zachowanie. Najczęściej przeczuwa, że napad przyjdzie. Poznaje to po większem rozdrażnieniu i niepokoju i po uczuciu pewnego drętwienia w palcach nóg i rąk.

Pierwszy raz widziałem chorego w lutym zeszłego roku w parę godzin po napadzie. Znalazłem wtedy stan następujący: Chłopiec o wyrazie twarzy przygnębionym, myśli widocznie z pewną trudnością, odpowiada na zapytania powoli, wogóle sprawia wrażenie, jakby świadomość jego była niezupełna. Zali się, że mu »głowa cięży« i że go boli kark i tylna część głowy. Przy podnoszeniu się doznaje zawrotu głowy.

Budowa i cały rozwój ciała dobre, zupełnie odpowiadają

wiekowi chorego. Odżywienie dobre. Spojówki nastrzykane, język silnie obłożony, nie dość wilgotny. Narząd oddechowy i narząd krążenia bez zmian. Brzuch nieco wzdęty, miernie bolesny, głównie wzdłuż przebiegu jelita grubego, które wyczuć można bardzo wyraźnie wraz z zawartą z niem treścią. Zwłaszcza w pętli esowatej zbite grudy kału. Wątroba tkliwa, brzeg jej macalny pod łukiem. Skóra i mięśnie przy ucisku wrażliwe. Ciepłota ciała wynosiła wtedy 38·4° C. tętno tylko 80 uderzeń w minucie. W moczu ślad białka i znaczna ilość indykanu.

Bez wywiadów, które mówiły, że stan taki, jak obecny, przydarza się częściej, kilka a nawet kilkanaście razy do roku, zwróciłby się trzeba było w tym przypadku ku przypuszczeniu rozwijającej się choroby zakaźnej, najrychlej duru brzusznego, tak pospolitego zawsze jeszcze w Sarajewie. Wobec wywiadów wolno było myśl tę porzucić, a objawy, stwierdzone przez badanie, położyć na karb samozatrucia, wywołanego długiem zaleganiem treści w jelitach, Potwierdzenie znalazło się w dalszym przebiegu: Po środku przeczyszczającym i po wlewaniach do kiszek wystąpiło bardzo obfite wypróżnienie cuchnących, w części jeszcze zbitych mas kałowych, a wraz z tem opadła ciepłota ciała, ustąpiły zboczenia nerwowe, z moczu zniknęło białko, a indykan pojawiał się tylko w śladach, jak to ma miejsce w zupełnem zdrowiu.

Przy odpowiedniem pożywieniu, uregulowaniu wypróżnień, zmywaniach ciała, gimnastyce, był nasz chory wolny od jakichkolwiek przypadłości przez szereg miesięcy. Dopiero w okresie świąt Bożego Narodzenia nadarzyła się sposobność do wykroczeń pod względem dyety; chłopiec nie zwracał przy tem uwagi na swoje kiszki, 4 czy 5 dni nie miał zupełnie wypróżnienia. Następstwem był napad gorączki i strachu, tym razem o wiele łagodniejszy i krótszy, aniżeli dawniejsze. Jak poprzedni, ustąpił i ten napad bez śladu po wydatnem oczyszczeniu kiszek.

Związek przyczynowy między zaparciem żywota, zaleganiem i rozkładem mas kałowych w kiszkach, a napadami nerwowymi psychicznymi jest w tym przypadku zupełnie jasny i żadnej zdaje się nie podlega wątpliwości.

Spostrzeżenia tego rodzaju przemawiają bądź co bądź na korzyść zapatrywań, które samozatrucie z przewodu pokarmowego uważają w niektórych przypadkach za prawdopodobną przyczynę zboczeń umysłowych. Że takie przypuszczenie jest dozwolone, wynika między innemi ze spostrzeżeń, dowodzących powstawania zboczeń psychicznych po zatruciu jadami roślinnymi, które zna także medycyna ludowa. Znaczenie samozatrucia staje się przez to tem większe. Oceniać je też należy nie tylko ze stanowiska czysto teoretycznego, ale także i praktycznego i pamiętać o niem zwłaszcza ze względu na medycynę sądową.

(Dok nast.)

Oceny i sprawozdania.

Władysław Biegański: **Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego.** Wydanie drugie, na nowo opracowane. Z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1908. Cena rb. 1.

Kiedy przed laty 14 ukazała się książka pod tym tytułem, powitano ją w czasopismach naszych bardzo życzliwie, oceniono pochlebnie, ale zdaje mi się, że ogół z początku ani celu jej dobrze nie zrozumiał, ani należytego znaczenia do niej nie przykładał. Ani gorszyć się tem, ani dziwić temu nie można; dzieło trafiało na grunt prawie zupełnie nieprzygotowany, autor jego torował prawie zupełnie nowe drogi.

Toteż ówczesny sprawozdawca »Przeglądu lekarskiego« kończył swe wywody słowami: »Niepodobna jednak łudzić się, ażeby pokolenie dziś czynnych lekarzy przejęło się myślą i dążeniami autora....« i przypuszczał, że nastąpićby to mogło dopiero wtedy, »gdyby kierunkiem, wskazanym przez autora »Logiki medycyny«, przejęli się wpływowi pisarze, a zwłaszcza profesorowie«. Widocznie wówczas nie było żadnych oznak, któreby zapowiadały, że praca Biegańskiego zapłodni rychło umysły współczesnych i że będzie ona u nas początkiem wcale żywego ruchu piśmienniczego bezpośrednio i wcześniej, niżby to być mogło zapomocą ogniw pośrednich, wykładów uniwersyteckich.

Tymczasem stało się inaczej. O ile przed sobą nie miał Biegański u nas prawie wcale poprzedników, o tyle jego »Logika medycyny«, a po części i »Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich« dały impuls do znacznej, jak na nasze stosunki, twórczości. Wprawdzie sam Biegański wymienia jako swych poprzedników Chałubińskiego i Zygmunta Kramsztyka. Ale pierwszego z nich »Metoda wynajdowania wskazań lekarskich« (1874) ani nie oddziałała tak szeroko, jak oddziaływał osobistością swą jej autor i jakby na to zasługiwała, ani nie obejmowała całości przedmiotu. Przypisywanie jej większego znaczenia w naszym ruchu umysłowym nie tyle może odpowiada rzeczywistości, ile świadczyć się zdaje o skromności autora »Logiki medycyny« i o pięknym rysie wdzięczności ucznia wobec nauczyciela. Świetne pod wielu względami »Szkice krytyczne z zakresu medycyny« Kramsztyka, ukazujące się od r. 1882, nie stanowią także żadnej całości i rozstrząsają tylko niektóre szczegółowe zagadnienia. Natomiast już po wyjściu »Logiki medycyny« (1894) tworzy Kramsztyk — przedwcześnie niestety zamknięty organ »myśli samodzielnej, śmiałej, a ścisłej«, »Krytykę lekarską«, która wyprowadziła na jaw cały szereg dzielnych piór, piszących w kierunku, przez Biegańskiego wytkniętym; potem już także wychodzą cztery prace Biernackiego (1899—1905). Godzi się wspomnieć, że potem ukazało się i rosyjskie dzieło Bogoliepowa (1899), »pisane widocznie według wzoru »Logiki medycyny««.

Ten ruch, który Biegański sam rozbudził, przyniósł nowe, a pogłębił i oświetlił szerzej dawne zagadnienia; to skłoniło Biegańskiego do podjęcia nowego wydania »Logiki«, w którem składa owoc także własnych dalszych badań szczegółowych, rozpatruje prace innych i rozprawia się z ich odmiennymi poglądami, a wreszcie ograniczając rozmiar uwag swych dawniejszych o zasadach logiki ogólnej, kładzie nacisk główny na zagadnienia specyalne. Jednem słowem, choć książka nosi tytuł ten sam, w rzeczywistości jestto dzieło gruntownie nanowo, choć według tej samej myśli zasadniczej, opracowane.

Odgraniczając logikę medycyny, jako naukę odrębną, zaznacza we wstępie dzieła Biegański, że od wszystkich innych nauk lekarskich różni się ona już tem, iż zajmuje się formalną stroną poznania lekarskiego (t. j. tem, jak poznajemy), gdy one zajmują się jego materyą, treścią (t. j. tem, co poznajemy). Zajmując się przytem ogólnemi tylko zasadami metod poznania i oceniając krytycznie ich wartość, może być logika medycyny nazwana »krytyczną ogólną metodologią nauk lekarskich«, a ze względu na to, iż bada ona krytycznie także i ogólne założenia pojęciowe nauk lekarskich, ściślej: »krytyką poznania lekarskiego«; toteż tę nazwę autor tym razem w tytule swego dzieła dodaje. Wśród nauk zaś filozoficznych, jako jeden z działów logiki stosowanej, opracowywanej przez Milla, Baina, Wundta i in., zajmuje logika medycyny stanowisko tem odrębniejsze, im bardziej metody badania lekarskiego, jak i ogólne założenia nauki lekarskiej, różnią się od założeń i metod innych nauk.

Podawszy w pierwszym rozdziale określenie medycyny i nauk lekarskich, rozpatruje dalej Biegański w 10 rozdziałach: spostrzeganie, daty anamnestyczne, pojęcie choroby, klasyfikacyę chorób, poznanie choroby (rozpoznawanie, rozpatrywanie przyczynowe i celowe), eksperyment w medycynie, teoretyczną budowę nauk lekarskich, statystykę lekarską, wynajdowanie wskazań i poznanie terapeutyczne.

Niepodobna tu kusić się o przedstawienie bogatej treści dzieła; obszerne nawet streszczenie nie mogłoby wystarczyć, a łatwo skoszlawiłoby piękną jego budowę. Nie zachodzi zresztą potrzeba streszczania książki, którą każdy lekarz powinien uważnie i dokładnie przestudyować w całości. Prócz pogłębienia swych pojęć, prócz pobudki do samodzielnej pracy intelektualnej, poczerpnie czytelnik z dzieła Biegańskiego niejeden szczegół, stawiający we właściwem świetle pewne strony współczesnego ruchu t. zw. zawodowolekarskiego. A przeczytawszy, odłoży dzieło nietylko z uczuciem odniesionej wielkiej korzyści, ale i z uczuciem prawdziwej dla jego autora wdzięczności. *C.*

Dr H. Dobrzycki: **Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko.** Warszawa 1908. Nakładem księgarni E. Wende i Sp. Cena 20 kopiejek.

»Kto poza swymi fachowymi obowiązkami poczuwa się jeszcze do obowiązków względem społeczeństwa, którego żywą cząstkę stanowi, ten uzna nietylko za pożyteczne, ale nawet za konieczne rozpatrzenie stosunku, jaki się ostatnimi czasy wytwo-

rzył pomiędzy naszem społeczeństwem, a potężnem państwem niemieckiem«. Niema zapewne lekarza-Polaka, któryby nie zechciał pójść za tem wezwaniem zasłużonego autora leżącej przed nami broszurki.

Jaknajściślej trzymając się zasady: *salus aegroti suprema lex*, stwierdza autor na podstawie szczegółowego rozbioru różnych grup i rodzajów wód mineralnych, że niema żadnej takiej wody niemieckiej, którejby nie można zastąpić wodą krajową, czeską, francuską i t. p., tak, jak niema żadnego takiego zdrojowiska niemieckiego, któregoby, i to nieraz z korzyścią nawet dla chorego, nie można zastąpić zdrojowiskiem innych krajów. Jako lekarze możemy więc i powinniśmy polecać chorym zdrojowiska i wody krajowe w pierwszym rzędzie, a gdyby odpowiednich nie było w kraju, czeskie, węgierskie, francuskie i t. d.; bez Niemiec można się obejść zupełnie.

Na wodach niemieckich, sprowadzanych dotąd do kraju, może społeczeństwo zaoszczędzić miliony. Autor oblicza, że wód niemieckich zużywa Królestwo rocznie conajmniej za 200,000 rubli (pół miliona koron), płacąc je przytem czterykroć drożej, niż kosztują w Niemczech. Ten olbrzymi zysk zabierają głównie koleje żelazne i pośrednicy zagraniczni.

Nawet jednak zawodowy balneolog niełatwo spamięta, które odmiany wód zagranicznych, do jakich nawykł przez lata, zastąpić można wodami krajowemi (liczba znanych zdrojów mineralnych przekracza 6,000!). Dlatego to autor wziął sobie za zadanie zestawić porównawczo najużywańsze u nas wody zagraniczne z krajowemi i zadanie to bardzo praktycznie zapomocą tablicy poglądowej rozwiązał, za co należy mu się szczera wdzięczność wszystkich lekarzy naszych.

Broszurki Dr Dobrzyckiego nie powinno braknąć na biurku żadnego z polskich lekarzy. *C.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Propping. **O klinicznem znaczeniu różnicy między ciepłotą pod pachą, a w odbytnicy, głównie w zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Madelung utrzymywał, że z porównania różnicy ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej można rozpoznać już zapalenie otrzewnej, gdyż w tej chorobie różnica ta stale jest bardzo wielka, do 1·5° C. Ponieważ sprawa ta dotąd jest sporną, postanowił P. przekonać się, czy rzeczywiście ta różnica występuje stale i tylko w tej chorobie, oraz skąd ona pochodzi. W badaniach swych doszedł do przekonania, że różnica ta występuje często i w innych gorączkowych cierpieniach na szczycie przebiegu, a w zapaleniu otrzewnej nieraz tylko w $^1/_4$ przypadków i wtedy ma złe znaczenie w rokowaniu. Różnica ta stoi w odwrotnym stosunku do ilości ciepła, wytwarzanego przez mięśnie, a wywołuje ją stosunkowo za nizka ciepłota pod pachą; i tak, często przy końcu choroby gorączkowej ciepłota pod pachą już opada, gdy w kiszce stolcowej jeszcze utrzymuje się 3—4 dni, a naodwrót przy początku choroby ciepłota kiszki stolcowej podnosi się szybciej, niż pod pachą. *Klęsk.*

Rothschild. **O zbawczem działaniu wlewań soli kuchennej z adrenaliną w przypadku posocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). W jednym przypadku posocznicy, mającej źródło w otrzewnej, uratował R. chorą jedynie przez śródżylne wlanie litra fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z 8 kroplami adrenaliny. Poprzednie wlewania samego rozczynu soli były bez skutku. R. poleca też gorąco ten sposób w celu wzmocnienia czynności serca nawet tam, gdzie kamfora nie skutkuje. Skutek występuje bardzo szybko. *Klęsk.*

Schwab. **Przygotowanie chorych do laparotomii.** (*Tow. lek. Norymberga* 6. II. 1908). Przy przygotowywaniu chorych do laparotomii należy zmierzać do wzmocnienia sił i odporności u chorych. Nie należy ich też bezpodstawnie, jak dotąd często bywa, zanadto przeczyszczać przed operacyą, lecz raczej uregulować dyetę i aż do operacyi pożywnie odżywiać. Przed operacyą usunąć należy niepokój i wstrząs psychiczny zapomocą środków nasennych, podanych wieczorem przed operacyą, a przy operacyi zapomocą morfiny samej lub ze skopolaminą. W razie potrzeby podać trzeba leki sercowe. Więcej szkodzi, niż pomaga, zanadto energiczne odkażanie skóry, które często wywołuje zaziębienia. Istnieją już dzisiaj pewne, a krótkie sposoby odkażania skóry. Przygotowania takie, jak mycie chorych i siebie i t. p. powinno się urządzać w innym pokoju, a nie w sali operacyjnej. Należy też dbać o czystość jamy ustnej u chorych, o ile możności zapobiegać wymiotom i zachłystywaniu się, a więc usypiać stosunkowo szybko, lecz pewnie, lub stosować zamiast uśpienia ogólnego inne sposoby znieczulenia. *K.*

Brunn. **O nowszych usiłowaniach ulepszenia i uproszczenia sposobu odkażania skóry.** (*Münch. med. Wochenschrift.* 1908. Nr. 17). Ze sposobów odkażania skóry najwięcej obecnie są w użyciu sposób Fürbringera (mechaniczne oczyszczenie ciepłą wodą, mydłem i szczotką, potem wyskok, a w końcu środek odkażający), dalej Ahlfelda (ciepła woda, wyskok), Mikulicza (spirytus mydlany), Heusnera (jod z benzyną 1 proml z dodatkiem płynnej parafiny) i t. p. Na ręce nadto używa się rękawiczek, a na skórę chorego gaudaniny Döderleina. Żaden z tych sposobów nie daje pewności ścisłego odkażenia. Sposób Fürbringera wymaga długiego czasu, a nawet, jak twierdzą niektórzy, jest niedobry, bo zanadto rozmiękcza skórę. Skoro niepodobna drobnoustrojów zupełnie ze skóry usunąć, powinniśmy się starać przynajmniej o to, by je na czas operacyi zatrzymać na miejscu w skórze. Przez zanadto zaś forsowne mechaniczne czyszczenie skóry podług Heusnera wydobywa się właśnie coraz to nowe bakterye na powierzchnię. Mikulicz dowiódł, że poprzednie mycie wodą nietylko nie wspomaga działania spirytusu mydlanego, ale nawet je osłabia. Takie zatrzymujące w miejscu działanie ma na drobnoustroje wyskok. W klinice Brunsa od 3 miesięcy stosuje się odkażanie rąk 96 prc. wyskokiem przez 5 minut bez żadnych innych procedur i wyniki nie są wcale gorsze, niż dawniej, a nawet, jak wynika z badań Meissnera, są lepsze, niż przy sposobie Ahlfelda. Ręce wyciera się gruntownie wacikiem owiniętym w gazę, a celem zapobieżenia odtłuszczeniu smaruje się je na noc tłuszczem. Rozumie się, że ręce powinny być z zasady czyste i przedtem nie zakażone, przeciw czemu mamy znów rękawiczki. Sposób ten, bardzo prosty, nadaje się dla lekarzy praktyków, n. p. po wsiach, gdzie nieraz nawet czystej wody odrazu dostać nie można. *K.*

Teller. **W sprawie leczenia odleżyny.** (*Münch. med. Woch.* 1908. Nr. 19). Odleżyna występuje często mimo starannej opieki ze strony lekarza i pielęgnujących osób, mimo podkładów, nacierań i poduszek wodnych. Jak ją leczyć? Ciągłe kąpiele działają nieźle, ale nie wszędzie je można urządzić i chorzy rychło nabierają do nich wstrętu. Gdy odleżyna dopiero zagraża, t. j. gdy zjawią się plamy czerwone lub czerwono-sine, należy o ile możności zmienić ułożenie chorego, podłożyć poduszkę wodną i kilka razy dziennie nacierać skórę wyskokiem. Jeżeli zjawią się już otarcia i miejsca sączące, należy stosować proszki wysuszające, jak kseroform, dermatol, ortoform lub maść Lassara. Celem uniknięcia rozległych podminowań lepiej jest nieraz od razu wykonać nacięcie. Gdy już się utworzył odleżynowy wrzód, należy dno jego wypełniać wacikami, napojonymi octanem glinu lub wodą utlenioną. Wrzód taki nie ma zwykle żadnej skłonności do tworzenia ziarniny i gojenia się; wtedy poleca T. sposób, który znacznie przyspiesza gojenie; polega on na systematycznem miesieniu brzegów wrzodu. T. wciera w brzegi maść Lassara przez 2—10 minut co dzień. Po miesieniu pokrywa okoliczną skórę maścią Lassara, na wrzód zaś kładzie wspomniane waciki i opatrunek zwykły. W ten sposób udało się T. w licznych przypadkach zagoić nawet uporczywe wrzody odleżynowe. *K.*

Pochhammer. **Miejscowy tężec i jego powstawanie.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 16). Miejscowy tężec powstaje według P. przez zatrucie obwodowych nerwów, a nie ośrodkowego układu nerwowego, ani mięśni. Podobne objawy miejscowe wywołać można u zwierząt przez wstrzyknięcie eteru. Podrażnienia przechodzą tu wskutek braku izolacyi wprost z nerwów czuciowych na ruchowe. Wielką wagę w leczeniu kładzie P. na wczesne wycięcie wszelkich podejrzanych zranień. *K.*

Almagia i Mendes. **Leczenie tężca wstrzykiwaniami cholestearyny.** (*Biuletyn Akadem.* Rzym. Nr IV—VI. 1907). Ze wszystkich substancyi składowych mózgu i rdzenia najwięcej wiążą się z jadem tężca lecytyna i cholestearyna. Z tego też powodu A. i M. próbowali w leczeniu tężca podskórnych wstrzykiwań cholestearyny. Używają oni zawiesiny cholestearyny w wodzie i zaczynają od dawek 15 cg na dzień, a dochodzą do $1^1/_2$ gm. Wyniki w ciężkich przypadkach tężca mieli dobre, stosując jednak przytem także ciepłe kąpiele, morfinę i chloral. *K.*

Hohmeier. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej przeciwgruźliczą surowicą Marmorka.** (*Münch. med. Wochft.* 1908. Nr 15). Surowicę stosował H. przez odbytnicę, podskórnie lub

też na oba sposoby w 14 przypadkach gruźlicy chirurgicznej. Zwykle po 10 wstrzykiwaniach robiono przerwę 3-tygodniową. Nie zauważono żadnych zaburzeń ogólnych. W przypadkach lekkiej gruźlicy kości sprawa gojenia się, naturalnie przy stosowaniu leczenia chirurgicznego, przebiegała szybciej i korzystniej. Ziarnina przy stosowaniu surowicy była żywsza. Natomiast surowica nie zdoła uchronić ustroju od tworzenia się nowych ognisk, ani też nie wpływa korzystnie na przebieg choroby w przypadkach cięższych, nie wpływa też na poprawę stanu ogólnego. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Czystowicz. **Rzadki przypadek jednostronnego braku nerki i niedokształtu narządu płciowego (u kobiety).** (*Ruskij Wracz.* 1908. Nr 2.) Przy sekcyi 20-letniej pierworódki, zmarłej na 7 dzień po porodzie na ropne zapalenie otrzewnej, znalazł C. następujące zmiany: Prawa nerka powiększona prawie 2 razy (16+6+4 ctm.) ale zresztą bez szczególniejszych zmian. Obydwa nadnercza znajdują się na swoich miejscach. Lewej nerki niema zupełnie, jak również niema i lewego moczowodu. Począwszy od 5-go kręgu lędźwiowego wzdłuż wewnętrznego brzegu m. lędźwiowoudowego biegnie w dół i ku przodowi do małej miednicy dosyć miękki postronek, okryty otrzewną, zawierający obficie tkankę tłuszczową, gruby na $^1/_2$ małego palca. Postronek ten dochodzi z przodu do przedniej ściany miednicy; na dolnym końcu postronka widać zgrubienie czerwonawego koloru, wielkości migdała, daleko twardsze, niźli wyższa część postronka. Postronek ten dzieli się na 2 płaskie listwy, z których jedna, idąc ku górze i przodowi, ginie przed wewnętrznym otworem kanału pachwinowego, a druga biegnąc w dół na 2 cm., staje się coraz cieńszą i w końcu znika. Lewego jajowodu, lewego jajnika, ani lewego więzadła szerokiego niema wcale. Powierzchnia boczna lewa macicy zupełnie gładka i zaokrąglona. Dno lewej połowy jamy małej miednicy również gładkie, bez występów. Prawe więzadło szerokie zgrubiałe, stwardniałe i skrócone, tak, że macica leży bliżej prawej ściany miednicy małej. Prawy jajowód i jajnik bez zmian. W pęcherzu moczowym otworu lewego moczowodu niema. Lewej tętnicy nerkowej niema. Lewa tętnica nasienna wewnętrzna idzie w kierunku wyż wspomnianego postronka. Wobec rzadkości przypadku zbadał C. mikroskopowo ów postronek; budowa jego bardzo przypominała budowę jajnika, znaleziono nawet typowe pęcherzyki Graafa. Obecność lewego jajnika wobec zupełnego jednostronnego braku narządów moczowych tej strony skłoniła autora do badania, w jakim stopniu wada rozwojowa dotknęła inne części zarodkowego narządu moczowego: pranercze, ciało Wolffa i kanał Müllera, lecz staranne badanie nie wykryło ani śladu tych narządów. Widocznie przyczyna, wywołująca wadę rozwojową, działała wstrzymująco w tym wczesnym okresie rozwoju płodu, gdy tylko co zaznaczyły się i oddzieliły się od pierwotnych kręgów t. zw. płytki boczne (Seitenplatten) średniego listka zarodkowego, z których już różniczkuje się pranercze, ciało Wolffa i stała nerka; lecz ta przyczyna wstrzymująca zupełnie nie tknęła okolicy nabłonka zarodkowego płciowego wałeczka, w granicach i na koszt którego utworzyła się, choć nie doskonale, korowa warstwa lewego jajnika. Zasługuje też na uwagę obecność prawidłowo rozwiniętego lewego nadnercza, co nie licuje z panującym obecnie w embryologii poglądem, że kora nadnercza rozwija się z przedniego odcinka pranercza.

Z. Orłowski. (Ptbg).

Vogelsänger. **O krwotokach późnych w połogu.** (*Beiträge zur Geb. u. Gyn.* T. XII. *Z.* 3). Za tak zwane późne krwawienie w połogu uważa V. wszystkie silne krwawienia, które występują conajmniej w 24 godzin po porodzie, a więc w czasie, w którym zwykle już naczynia są zaczopowane. Krwotoki te powstają albo z ran porodowych fizyologicznych, albo z ran, które powstają z powodu jakiegoś stanu chwilowego, bez względu na to, czy ten stan chorobowy powstał przed lub po porodzie. Do pierwszej grupy zalicza V. krwotoki z częściowego zatrzymania łożyska. Takie resztki łożyska albo ulegają samorodnemu wydaleniu przy skurczach macicy, przyczem następują krwotoki, albo też tworzą się tak zwane polipy łożyskowe, które są przyczyną krwotoków, czy to przez to, że oddzielając się otwierają naczynia, czy też, że powiększając się rozciągają niejako macicę, a w ten sposób otwierają już zaczopowane naczynia. Dalszą przyczyną krwotoków jest towarzyszące zwykle pozostałym resztkom łożyska — złe zwijanie się macicy. Niebezpieczne a nawet wprost śmiertelne krwotoki wywołuje porażenie tej części macicy, gdzie leżało łożysko; porażenie takie wiedzie w wyższym stopniu do wynicowania macicy połogowej. Krwotoki powstają również przy tyłozgięciu macicy połogowej, a tłómaczyć je sobie można tem, że przez zatrzymanie odchodów następuje rozdęcie jamy macicy, jak przy polipach łożyskowych, albo też zastoina w krążeniu, czyto przez zamknięcie żył macicznych, czyto przez ucisk trzonu na żyły w miednicy małej. Wreszcie powstają krwotoki pod wpływem mechanicznym: wstawanie z łóżka, nadmierne użycie tłoczni brzusznej itd., są to jednak przypadki rzadkie. Do zmian chorobowych, wywołujących krwotoki, należy przedewszystkiem miażdżyca tętnic. Występuje ona w naczyniach macicy bardzo często i bardzo wcześnie, o wiele wcześniej, niż w innych narządach. Należy przypuszczać pewien związek między miażdżycą, a krwotokami w okresie przekwitania lub w połogu u kobiet blizkich tego okresu. Hewitt podaje jeden przypadek tętniaka wrzekomego tętnicy macicznej, który był przyczyną silnych krwotoków. Autor zaś opisuje drugi przypadek. Także zmiany naczyń przy krwawiączce są przyczyną silnych krwotoków połogowych. Naddarcia ściany macicy bywają także przyczyną krwotoków połogowych, a to, że krwotoki te nie występują zaraz po porodzie, tylko później, tłómaczy V. tem, że zaraz po porodzie włókna mięsne okołonaczyniowe obkurczają się koło naczyń i zamykają je, jednakowoż później następuje zwiotczenie mięśni, naczynia się otwierają, a wytworzone skrzepy przy silnem parciu krwi oddzielają się, lub też dookoła naddarcia rozwija się martwica, docierająca aż do naczyń. Do przyczyn powstałych wśród połogu zalicza V. choroby zakaźne, w których przebiegu powstają mniej lub więcej głębokie wrzody czyto w pochwie, czyto około ujścia zewnętrznego. Przy wrzodach odleżynowych przychodzi albo wprost do naddarcia naczyń, albo do zmian zgorzelinowych naokoło odleżyny i w ten sposób do otwarcia naczyń. Wreszcie mogą powstawać krwotoki z żylaków. Rokowanie przy takich krwotokach połogowych jest złe. Leczenie polega na operacyi, podwiązaniu, o ile się uda naczynia lub zupełnem usunięciu macicy, albo wreszcie, o ile tamto jest niemożliwe, na tamponadzie. *J. Aronsohn.*

Ogata. **Nowy sposób cucenia noworodków omdlałych.** (*Beitr. f. Gyn. u. Geb.* T. XII. Z. 1). Autor podaje nowy, od 12 lat przez siebie używany sposób cucenia omdlałych noworodków. W Japonii sposób Schultzego nie daje się zastosować; pokoje są zbyt nizkie i wahadłowych ruchów nie można tam wykonywać. (U nas po wsiach są podobne warunki). Przy sposobie Schultzego wydarzają się rozmaite obrażenia. Do najczęstszych należą — złamanie obojczyka, pęknięcie wątroby, krwiaki w wątrobie, porażenia pni barkowych, pęknięcie i krwiaki w mięśniach mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Metoda Ogaty polega po pierwsze na rytmicznych uderzeniach płaską dłonią w okolicę serca. Dziecko układa się tak, że kończyny i głowa zwisają, a klatka piersiowa jest wypuklona. Uderzenia te są nietylko bodźcem na skórę, lecz uciskają ścianę klatki piersiowej i wywołują głęboki wydech, a co za tem idzie — przy odejmowaniu ręki wdech. W dalszym ciągu, o ile uderzenia nie pomagają. wykonywa O. ruchy następujące; noworodka ułożonego poziomo chwyta obiema rękami tak, że jedną chwyta kończyny dolne, drugą po pod główkę i zgina go w ten sposób, że twarzyczka sięga do nóżek. Ruch ten wywołuje ucisk brzuszka na klatkę piersiową i przesuwa przeponę ku górze, wywołując głęboki wydech. Po kilku sekundach układa się znów dziecko poziomo, co wywołuje wdech. Wreszcie dodaje O. jeszcze ruch trzeci w ten sposób, że puszcza główkę dziecka, trzymając je tylko za nóżki. Dziecko zwisa własnym ciężarem w dół i w ten sposób osiąga się jeszcze większy wdech. Od czasu do czasu kąpie O. dziecko w ciepłej wodzie, oblewając klatkę piersiową wodą zimną. Za warunek konieczny uważa O. cierpliwość lekarza, powołując się na Schultzego, któremu udało się po $2^1/_2$-godzinnej pracy — uratować dziecko. Metoda Ogaty ma tę zaletę, że pobudza równocześnie oddychanie i krążenie i że jest bardzo łatwa, a dla dziecka nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. *J. Aronsohn.*

Dermatologia i syfilidologia.

Gundurow. **W sprawie ostrego jodzicego zapalenia gruczołu tarczowego.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908). Spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że przy leczeniu jodem prócz zwykłych codziennych objawów, jak nieżyt błon śluzowych, trądzik, występuje często zapalenie gruczołu tarczowego. Nowsze i dokładniejsze spostrzeżenia wyodrębniają nawet to zapalenie z ogólnego miana jodzicy (*jodismus*), uważając to zapalenie za schorzenie *sui generis*. Pierwszy opisał je Sellei, a po nim Ssergejew, Csillag, Lublinski. Z zestawienia wszystkich dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że zapalenie gruczołu rozpoczyna się ostro po podaniu jodu i również szybko znika po usunięciu tego środ-

ka, że przy powtórnem podaniu mniejsze dawki wystarczają do wywołania objawów. Sprawa rozpoczynać się może gorączką 39°, przyczem zaczyna obrzękać okolica gruczołu tarczowego, sprawiając wrażenie wola. Obrzęk ten jest równomiernie twardy lub twardo-podatny; przy dotyku chory często odczuwa ból. Z innych objawów podmiotowych występują: trudność w połykaniu, oddychaniu, lekka bolesność przy poruszaniu głową w bok i tył. Z objawów, zdarzających się przy wolu wskutek ucisku tchawicy, naczyń, nerwów błędnych i t. d., nie ma przy zapaleniu gruczołu tarczowego żadnego, bo gruczoł nie powiększa się zbyt znacznie. W rozpoznaniu różniczkowem w rachubę wchodzi wól, choroba Basedowa i t. zw. »Jod-Basedow«. Od wola różni się zapalenie tarczycy ostrem powstawaniem, przebiegiem i wiadomą przyczyną; od choroby Basedowa brakiem trójcy objawów: przyspieszenia tętna, wysadzenia oczu i objawu Graefego. Trudniejsze jest odróżnienie od t. zw. »Jod-Basedow«, który opisali lekarze szwajcarscy jako jednostkę chorobową. Zauważyli oni w swoich okolicach, gdzie wól panuje nagminnie, po podaniu już najmniejszej dawki jodu, nawet przy zewnętrznem jego stosowaniu, objawy znamionujące cherę tarczycową (*cachexia strumipriva*), jak wychudzenie, upadek sił, wzmożoną wrażliwość układu nerwowego, drżenie rąk, bicie serca i t. d., albo objawy choroby Basedowa w połączeniu z wolem. Pierwszy zbiór objawów nazwali tyreoidyzmem (*jodismus constitutionalis*), a drugi »Jod-Basedowem«. Różnica między zapaleniem tarczycy a »Jod-Basedowem« jest ta, 1) że »Jod-Basedow« występuje w okolicach, gdzie wól jest nagminny, występowanie zapalenia tarczycy jest przywiązane do pewnej tylko miejscowości, 2) że wystąpienie »Jod-Basedowa« poprzedza szereg objawów nerwowych, a potem następuje powiększenie gruczołu, zapalenie tarczycy zaś rozpoczyna się odrazu powiększeniem gruczołu, 3) wreszcie, że po przerwaniu podawania jodu zapalenie tarczycy ustępuje zupełnie, gdy objawy »Jod-Basedowa« trwają jeszcze miesiącami. Przypadki, które opisano jako jodzicze zapalenie tarczycy, występowały u chorych na kiłę, leczących się jodem po leczeniu głównem rtęciowem. Przypadek, opisany przez Gundurowa, dotyczył żołnierza silnie zbudowanego i dobrze odżywionego, u którego nie można było stwierdzić ani kiły, ani pochodzenia z okolic wolowych, ani też żadnej przebytej choroby wyniszczającej. Żołnierza owego w toku trypra leczono jodem, podawanym w czopkach 2 razy dziennie. Przy podaniu 6. czopka, t. j. w 3. dniu leczenia wystąpił ból przy poruszaniu głową w bok i tył i trudność w połykaniu. Przedmiotowo można było stwierdzić równomierne powiększenie gruczołu tarczowego. Choremu, po przerwaniu podawania czopków, podano KJ 6:180 3 razy dnia łyżeczkę. W 1/2 godziny po użyciu pierwszej łyżki stwierdzono jod w ślinie, moczu; w drugim dniu wystąpił lekki nieżyt nosa, a w trzecim powiększenie gruczołu o 2 1/4 cm w obwodzie. Z nowszych zachwalanych przetworów jodowych podano sajodynę 3 × 0·5, jodypinę 10% 3 łyżki dziennie. W obu razach występowały te same objawy, przy sajodynie tylko nieco później wskutek późniejszego wessania tego przetworu. G. Koch dowiódł, że sajodyna dlatego później się wsysa, bo rozpuszcza się tylko w treści zasadowej, a więc dopiero w jelitach. Ze swego spostrzeżenia wysnuwa Gundurow następujące wnioski: a) Do wystąpienia ostrego zapalenia tarczycy nie potrzeba takich przyczyn jak kiła, gruźlica, zimnica, choroby przewodu pokarmowego, usposabiających ustrój do oddziaływania na pobrany jod. Potrzeba do tego pewnej indywidualnej wrażliwości ustroju na jod, który jakąkolwiek drogą i w jakimkolwiek związku wprowadzony, chociażby w ilości bardzo małej, zdoła prawidłową czynność gruczołu zaburzyć i wywołać lekki stan zapalny. b) Zbiór objawów »jodziczego zapalenia tarczycy« stanowi samoistną jednostkę chorobową, którą trzeba zaliczyć do grupy chorób z zatrucia (intoksykacyjnych). *N. P.*

K. Heinse. **Przyczynek do leczenia zapalenia najądrza nakłuciem.** (*Dermat. Zeit.* T. XV. Z. 3. 1908). Zapalenie najądrza jest nie tyle ze względu na dolegliwości, ile ze względu na możliwe następstwa w postaci nerwic worka mosznowego i niepłodności, poważnem powikłaniem wiewióra. W celu skrócenia i złagodzenia przebiegu choroby stosowano w ostatnich czasach różne zabiegi, z których największe korzyści przynosi nakłucie. H. stosował ten zabieg, polecany już poprzednio przez Baermana, Schindlera, Hernheimera i innych, u 27 chorych klinicznych. Nakłuwał w pierwszym dniu pobytu chorego w klinice miejsce chełboczące lub miejsce najboleśniejsze. Po nakłuciu stosowano na mosznę okład wilgotny, a na to wieszadło (suspensorium), które pokrywano woreczkiem, zawierającym ciepły piasek i polecano choremu wstrzykiwać 0·25% rozczyn protargolu. Jako koniec leczenia przyjmowano ten dzień, w którym chory mógł już wstać z łóżka i oddawać się pracy. Czas leczenia, w ten sposób obliczony, wynosił średnio 11 dni. Nakłucia wykonywano bez miejscowego znieczulania; zabieg nie sprawiał zresztą większych dolegliwości. Nakłucie, znosząc napięcie, zmniejsza odrazu dolegliwości i ułatwia zarazem wessanie. Oprócz tego w przypadkach, leczonych tym sposobem, zauważył H. wyraźny wpływ nakłucia na ciepłotę, która po nakłuciu nie dochodziła do tej wysokości, jak przed nakłuciem. U dziewięciu chorych po wyleczeniu było jeszcze nieznaczne stwardnienie w najądrzu, u reszty chorych nie było żadnych pozostałości zapalenia. H. wykonywał zawsze nakłucie jednorazowo przy braku chełbotania w dolną część najądrza, wkłuwając bowiem igłę powyżej można przebić wązki przewód nasienny i wywołać przez to zapalenie i zarośnięcie przewodu. *Stopczański.*

Prof. A. Neisser. **W sprawie kiły u królików.** (*Dermat. Zeitschrift* Bd XV. Nr 2. 1908). Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że pewne gatunki zwierząt ulegają zakażeniu kiłowemu. Najwięcej nadają się do szczepień szympansy i gibbony, u których można wywołać nietylko pierwotne wrzody, ale i objawy drugorzędne, odpowiadające zupełnie objawom kiły ludzkiej. Orangutany równie łatwo ulegają zakażeniu, jak szympansy i gibbony, natomiast drugorzędne objawy występują u nich bardzo rzadko. Jad kiłowy uogólnia się u nich bardzo powoli i trwa to dłużej, niż u innych gatunków małp. Nieliczne pojedyncze wykwity wysypki kiłowej występują po zaszczepieniu u pawianów. U t. zw. niższych gatunków małp z rodziny wązkonosych i u płaskonosych nie spostrzegano wcale objawów drugorzędnych. Natomiast u tych małp opisywano nawroty zmian kiłowych około miejsca szczepienia, które zdaniem N. należą do zmian drugorzędnych. U królików, psów i kóz również udaje się wywołać objawy chorobowe, ale tylko na rogówce i w przedniej komorze oka. N. szczepił wielką liczbę królików podskórnie i śródżylnie. Wycięte części narządów tych królików szczepił następnie małpom, które jednak nie ulegały wtedy zakażeniu, chociaż przyjmował się u nich jad kiły ludzkiej lub małpiej. W ostatnich czasach udało się autorowi wywołać ogólne zakażenie u królika przez szczepienie jadu kiłowego w jądro. Doświadczenia na innych zwierzętach, a mianowicie szczepienia w jądro u kozłów i baranów dały dotąd wyniki ujemne. Wyników tych nie uważa N. jeszcze za rozstrzygające, ponieważ szczepienia te wywoływały silne objawy zapalne w miejscu szczepienia, połączone nawet z ropieniem. *Stopczański.*

Spiethoff. **Atoksyl przy kile.** (*Deut. med. Wochensch.* 1908. Nr. 6). Autor stosował atoksyl przy kile u 23 chorych, przeważnie w okresie trzeciorzędnym i w uporczywych wysypkach guzkowych w kile drugorzędnej. Przy przekraczaniu dawki całkowitej Lessera 6·2 gr występowały ciężkie objawy zatrucia. Mianowicie 11 razy zauważył S. objawy takie, jak podniesienie ciepłoty (1 raz), białkomocz (2 razy), wymioty (5 razy), wymioty krwawe (1 raz). Zauważył też raz pogorszenie u chorego, dotkniętego zapaleniem kiłowem nerek. Poleca stosować atoksyl u chorych, u których rtęć nie działa, lub działa wyniszczająco, lub sprowadza swoiste zapalenie dziąseł, wreszcie u chorych, nie znoszących leczenia rtęciowego. *Dr Skórczewski.*

Forcart. **Doświadczalne badania nad środkami wewnętrznymi zawierającemi formaldehyd, a odkażającymi mocz.** (*Med. Klinik.* 1908. Nr 10). Badania F. dotyczyły urotropiny, hippolu, helmitolu, hetraliny i borovertyny F. oznaczał w moczu ilość rozszczepionej formaliny i ilość drobnoustrojów. Najlepsze wyniki otrzymał F. przy urotropinie, hetralinie i borovertynie. Najodporniejszym z drobnoustrojów okazał się prątek okrężnicy. *K.*

Fournier. **Leczenie znamion naczyniowych radem.** (*Akad. med.* Paryż 28. I. 1908). F. zaleca bardzo leczenie znamion radem. Zupełnie dobre skutki osiąga się tak przy znamionach płaskich, jak i naczyniakowych. Nawet bardzo rozległe znamiona zmniejszają się i znikają, a w miejscu ich zostaje miękka, bezbarwna tkanka, sprawiająca zupełne wrażenie skóry zdrowej. Małe dzieci najlepiej leczyć wśród snu. *K.*

Schulz. **Doświadczalne przeszczepienie zwykłych brodawek** (*verruca vulgaris*) **ze zwierzęcia na człowieka.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 10). Prof. Jadassohn przeszczepił rozmiażdżoną zwykłą brodawkę z wymiona krowy, trzem lekarzom na skórę grzbietu ręki. U jednego z nich po 3 latach rozwinęły się w 4 miejscach szczepienia 4 histologicznie taksamo zbudowane brodawki. Przypadek ciekawy ze względu na długi okres wylęgania. *Dr Skórczewski.*

Lenzmann: **Nowy sposób leczenia kiły.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 10). Autor leczył 14 przypadków kiły, w tem kilka o bardzo ciężkim przebiegu, wstrzykiwaniami śródżylnemi

10% rozczynu chlorku chininy. Na wezwanie autora zaczęła fabryka Mercka wyrabiać przetwór, złożony z 40% kwasu nukleinowego i 60% chlorku chininy. Przetwór ten, mający znacznie zwiększać ilość ciałek białych (do 25.000), stosował L. również w przypadkach kiły, wstrzykując go śródmięśniowo. L. sądzi, że chinina ma wybitny wpływ leczący na kiłę, nie przesądzając długotrwałości jej działania i zastrzegając się, że szczupła liczba przypadków nie pozwala na wnioski ostateczne.

Dr Skórczewski.

Prof. Grouven. **O klinicznie dającej się rozpoznać kile ogólnej u królika.** (*Dermat. Zeitschr.* T. XV., Z. 4). Przez doświadczalne szczepienia kiły ludzkiej do przedniej komory oka udało się autorowi wywołać u królika objawy kiły ogólnej. Dnia 1. XII. 1906 zaszczepił G. cząstkę wrzodu pierwotnego ludzkiego do przedniej komory obu ócz królika. Szczepienie na oku prawem nie przyjęło się, natomiast w oku lewem powstało zapalenie rogówki. W jakiś czas później w miejscu szczepienia powstał guz pozagałkowy, z którego wyciśnięta surowica zawierała znaczną ilość krętków. Pierwsze objawy ogólne: wypadanie włosów, upadek odżywienia, wystąpiły w początku lipca 1907. W końcu tego miesiąca pokazały się na skrzydełkach nosowych przeczosy i nacieki, w których przy badaniu drobnowidowem stwierdzono nieznaczną ilość krętków. Te zmiany trwały do końca października, poczem znikły bez śladu, królik zaś wydawał się zdrowszym. W trzy miesiące później znalazł G. u tegoż królika przy badaniu na dolnej części napletka naciek wielkości feniga, wyglądający tak, jak drugorzędny guzek przy kile ludzkiej. Badanie wyciętej części guzka wykryło w skrawkach znaczną ilość krętków. Ten wynik badania potwierdza zdaniem autora możność uogólnienia się kiły u królików. *Stopczański.*

Bauer. **Metodyka serologicznego stwierdzenia kiły.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 16). Dla utorowania próbie Wassermana wstępu do kliniki podaje B. następujący, ułatwiający ją sposób wykonania: Do próby prócz surowicy krwi człowieka zdrowego i człowieka badanego, podgrzanej przez 1/2 godz. do 56° C., potrzeba świeżej lub zamrożonej surowicy krwi świnki morskiej, 5 prc. rozczynu krwi baraniej w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i wyciągu wyskokowego z wątroby kiłowego płodu, przyrządzonego sposobem Michaelisa i Lessera. Próbę samą wykonywa B. w następujący sposób w czterech probówkach: Do pierwszej wlewa 0,2 ctm. surowicy badanej, 1 ctm. wyciągu z narządu i 1 ctm. surowicy krwi świnki morskiej 10 razy rozcieńczonej; druga probówka zawiera to samo, tylko zamiast wyciągu z narządu fizyologiczny rozczyn soli kuchennej; trzecia zamiast surowicy badanej surowicę zdrowego, czwarta zaś zawiera obok surowicy zdrowego także zamiast wyciągu narządu rozczyn fizyologiczny soli kuchennej. Tak napełnione probówki wstawia B. na 1/2 godziny do 37° kąpieli wodnej lub do cieplarki, a następnie dodaje do każdej rozczynu krwi baraniej. Prócz zawartości pierwszej probówki w razie dodatniego odczynu rozpuszczają się zawartości innych probówek. Po godzinie należy odczyn uważać za dokonany. Odczyn ten porównał B. u 30 chorych na kiłę i u 30 zdrowych z odczynem Wassermana; wyniki były zgodne. Odczyn był ujemny u osesków kiłowych, prawdopodobnie wskutek nieobecności grup chwytnikowych we krwi. *Dr Skórczewski.*

Schmidt. **W sprawie leczenia tocznia lampą kwarcową Kromayera.** (*Dermat. Zeitschr.* Z. 4, T. XV). S. leczył 20 przypadków tocznia naświetlaniem lampy Kromayera. Po pierwszem półgodzinnem naświetlaniu mógł już zauważyć znaczne przypłaszczenie nacieku, a później większa część ognisk chorobowych uległa wessaniu przy leczeniu tym sposobem. Jednakże działanie światła lampy kwarcowej ma znaczenie tylko przy naciekach wyniosłych i na powierzchni skóry się znajdujących; guzków i nacieków w głębszych warstwach skóry światło tej lampy zupełnie nie usuwa. Również i odczyn po naświetleniu lampą Kromayera jest inny, jak przy użyciu lampy Finsena. Zaczerwienienie miejsca naświetlonego może jest silniejsze, brak jednak surowiczego obrzęku w głębszych warstwach, który występuje po naświetleniu lampą Finsena. Oprócz tego ujemną stroną działania lampy Kromayera jest wytwarzanie się większych blizn, wobec czego nie nadaje się ona do leczenia tocznia twarzy. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 6. kwietnia 1908.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Dunin Borkowskiego p. t.: **O t. zw. zjawisku Gürbera.** Zjawisko Gürbera polega na tem, że roztwór chlorku sodu staje się alkaliczny w zawiesinie krwinek, nasyconej dwutlenkiem węgla. Oznaczając reakcyę zapomocą ogniw gazowych, autor nie znajduje żadnego zwiększenia się zasadowości w roztworach NaCl; znalazł przeciwnie, że pod wpływem dwutlenku węgla roztwór chlorku sodu staje się kwaśniejszy. Jeśli zasadowość określamy jako koncentracyę wolnych ionów OH′, oznaczenia niniejsze przeczą istnieniu zjawiska Gürbera.

2) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. Tad. Koźniewskim p. t. **Przemiana filotaoniny w fitorodyny.** W pracy niniejszej autorowie udowadniają, że filotaonina, względnie allofilotaonina przemienia się pod wpływem wrzącego alkoholowego roztworu chlorowodoru w szereg barwików czerwonych, które można oddzielić od siebie na zasadzie ich różnej zasadowości. Barwiki te odznaczają się bardzo charakterystycznemi widmami, które badano zarówno w mniej załamanej części widma, jak i w ultrafioletowej. Porównanie otrzymanych ciał z fitorodynami, otrzymanemi według metody Willstätera i Miega, wykazało, że oba szeregi są identyczne. Filotaonina jest bliższą pochodną alkachlorofilu, niż fitorodyny, co wypływa chociażby już z zabarwienia roztworów tych produktów i ich widm. Zasadniczo różni się filotaonina od fitorydyny w zachowaniu się względem alkalii w wysokiej temperaturze. Gdy pierwsza z łatwością przemienia się w filoporfirynę przy ogrzewaniu z 10 prc. ługiem potasowym, rozpuszczonym w alkoholu, to fitorydyna w tych samych warunkach filoporfiryny nie daje.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z pp. Wł. Hildtem i Janem Roblem p. t. **Przemiana chlorofilu pod wpływem kwasów.** Autorowie w pracy niniejszej badają przemianę chlorofilu pod wpływem łagodnego działania kwasów. Stwierdzają przedewszystkiem na zasadzie rozległych studyów porównawczych, że feofytyna Willstättera jest identyczną z filogenem Schuncka i Marchlewskiego. Badano jakościowo, ilościowo i widmowo filogeny i feofytyny, otrzymane z liści klonu, akacyi, Ficus repens, pokrzyw i trawy. Badania optyczne wykonano odnośnie do mniej załamanej części widma i do ultrafioletu, przyczem opisano dokładnie stronę eksperymentalną i aparatową tych studyów. Wykonano też szereg pomiarów spektrokolorymetrycznych nad różnymi filogenami. Oddzielny rozdział poświęcono chlorofilanowi. Ten ostatni otrzymano według metody Hoppe-Seylera i udowodniono, że produkt ten poddany takiej samej metodzie rektyfikacyjnej, jakiej poddawano filogen, a która polega głównie na strąceniu chloroformowego roztworu tego ciała alkoholem, posiada skład elementarny analogiczny do składu filogenu i zachowuje się względem kwasów o różnych stężeniach tak samo, jak niektóre filogeny. Oczyszczony w ten sposób chlorofilan nie zawiera popiołu, z czego wynika, że jedyna podpora poglądu, w chemii chlorofilu wielce cenionego, według którego ciało to należy do lecytyn, obecnie nie ma wartości naukowej. Wreszcie porównano filoksantynę z chlorofilanem i wykazano, że ciała te są całkiem od siebie odmienne; pierwsze jest w rzeczywistości produktem rozkładu drugiego pod wpływem kwasów.

(Treść 2 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Posiedzenie dnia 4. maja 1908.

1) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę własną p. t.: **Badania nad układem limfatycznym kijanek. Część II.** Autor opisuje rozwój przednich serc limfatycznych. Serca te zawiązują się już u kijanek, mających 4·5 mm. długości, u których rozpoczynają się dopiero rozwijać skrzela zewnętrzne. Pierwszy zawiązek serc występuje jako mały pęcherzyk o kształcie wrzecionowatym. Jeden koniec serca łączy się z *Vena vertebralis anterior*, na drugim końcu widać pierwotnie komórkę w kształcie stożka, w następnem stadyum pasmo komórek, a nareszcie naczynie. Naczynie rozgałęzia się ku przodowi, tworząc *Ductus cephalicus*, i ku tyłowi jako *Truncus lateralis corporis*. Z tych naczyń odgałęziają się ku tyłowi naczynia limfatyczne ogona. Tylne serca limfatyczne rozwijają się z *Vena vertebralis posterior* dopiero wtenczas, gdy zaczynają wyrastać kończyny tylne.

Vena vertebralis post. pozostaje także u żaby dorosłej, dobiegając do końca kości ogonowej. Z badań tych autor wysnuwa następujące wnioski: układ limfatyczny jest filogenetycznie młodszy od krwionośnego, bierze początek z układu żylnego i wyrasta od środka ku obwodowi.

2) Czł. Cybulski przedstawia pracę Dra Edmunda Rosenhaucha p. t.: **O powstawaniu flory w fizyologicznym worku spojówkowym u noworodków.** Autor postanowił skontrolować wyniki dotychczasowe, oznaczyć dokładniej czas, w którym następuje osiedlenie się drobnoustrojów w fizyologicznym worku spojówkowym, wyosobnić i oznaczyć rodzaje drobnoustrojów, napotykanych w worku spojówkowym w pierwszych dniach życia pozamacicznego, oraz wyświetlić stosunek flory worka spojówkowego noworodków do flory worka spojówkowego osobników dorosłych. Zbierając materyał ze spojówki sposobem Axenfelda zapomocą wyżarzonej pętli platynowej i szczepiąc najpierw na surowicy, a potem na szeregu innych pożywek, doszedł autor na podstawie 200 doświadczeń do następujących wniosków: 1) Worek spojówkowy jest bezpośrednio po urodzeniu jałowy; 2) osiedlenie się w nim drobnoustrojów następuje podczas pierwszych 24 godzin życia pozamacicznego; 3) po 24 godzinach flora fizyologicznego worka spojówkowego jest stała i 4) w zasadzie nie różni się od flory spojówki osobników dojrzałych; 5) do stałych mieszkańców worka spojówkowego noworodków należą: *staphylococcus albus non pyogenes non liquefaciens* i *bacillus xerosis*; 6) inne drobnoustroje zjawiają się tylko sporadycznie; 7) jeszcze rzadziej spotkać można mikroby chorobotwórcze, przytem w bardzo niewielkiej ilości; 8) po 24 godz. życia pozamacicznego nie stwierdzono, w pierwszych dziesięciu dniach życia noworodka, ani jednego jałowego worka spojówkowego; 9) zakażenie wiewiórowe spojówki noworodków następuje w przeważnej liczbie przypadków najprawdopodobniej nie podczas samego aktu porodowego, ale w pierwszych dniach życia niemowlęcia.

(Treść 5 innych przedstawionych na tem posiedzeniu prac przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

5) Czerny (Heidelberg): **Leczenie raka iskrami.** C. nie zauważył, by przy fulguracyi głównego ogniska zmniejszały się gruczoły. O ile możności należy najpierw operować, a potem leczyć iskrami. Rany oparzelinowe po fulguracyi są bardzo bolesne. Czasem znów pobudza fulguracya guz do wzrostu. C. leczy jeszcze w ten sposób za krótko, by mógł mówić o wyleczeniach, ale sądzi, że fulguracya działa o wiele pewniej, niż rad lub promienie Röntgena. Fulguracya działa dobrze także przy toczniu skóry. — Sonnenburg próbuje również fulguracyi, a sądzi, że wydzielający się przy niej ozon działa bardzo dobrze ze względu na aseptykę.

6) Funke: **Wpływ radu na nowotwory złośliwe.** Nie ulega obecnie wątpliwości, że nowotwory złośliwe można wyleczyć zapomocą radu. Rad nie działa silnie w głąb. Chorzy oddziaływają bardzo różnie na leczenie, jedni w kilka godzin, inni w kilka dni. Rad działa na guzy energicznie wtedy, gdy go się stosuje ciągle. F. używa około 20 mg radu, działając na nowotwór całemi godzinami. Zajęte gruczoły trzeba jednak operować.

7) Kocher (Berno): **W sprawie techniki przeszczepiania gruczołu tarczowego.** K. wszczepia gruczoł tarczowy w jamę, utworzoną w kości goleniowej. Operuje dwuczasowo, t. j. najpierw wyżłabia jamę w kości i wkłada w nią kulę srebrną, a dopiero po pewnym czasie umieszcza tam część gruczołu i pokrywa go okostną. — Dyskusya: Payr (Greifswald) wspomina o swoim przypadku przeszczepienia gruczołu tarczowego matki w śledzionę dziecka; od tego czasu minęło już 28 miesięcy. Z początku wynik był bardzo dobry, obecnie gorszy; dziecko przebyło ciężki nieżyt jelit i potem zaczęły obumierać gruczoły i śledziona. — Garrè (Bonn) przeszczepił (w nasadę kości) przed dwoma miesiącami choremu na przewlekłą tężyczkę ciałka nabłonkowe, pochodzące z chorej na chorobę Basedowa. Wynik dotąd dobry. — Czerny (Heidelberg) przeszczepił gruczoł tarczowy do śledziony, lecz przypadek ten zakończył się śmiertelnie wskutek zapalenia płuc. — Müller (Rostock) postąpił przed 2 laty podobnie, jak Kocher, a wynik jest niezły. — Moskowicz (Wiedeń) wszczepia do szpiku kostnego małe płatki gruczołu. — Eiselsberg (Wiedeń) przeszczepiał ciałka nabłonkowe 2 razy. Polepszenie było wybitne. E. radzi wszczepiać ciałka nabłonkowe pomiędzy powięź mięśnia prostego brzucha a otrzewnę. Do przeszczepiania nadają się przypadki rozwijającego się charłactwa i przewlekłej tężyczki.

8) Haberer (Wiedeń): **Doświadczalne przeszczepianie nadnercza do nerek.** H. przeszczepiał nadnercze do nerki; przeszczepiona tkanka w połowie doświadczeń przyjęła się. Zwykle potem część tkanki nadnercza zanika.

9) Lexer (Królewiec): **Zastosowanie wolnej plastyki kości; uwagi nad zesztywnieniem i przeszczepianiem stawów.** L. wskazuje na wielką żywotność kości, z której korzystać można znakomicie przy przeszczepianiu. I tak przeszczepia L. obecnie już nietylko większe kawałki kości z okostną z kończyn amputowanych, ale nawet całe stawy (n. p. kolanowy). Z przeszczepienia kości korzysta też przy plastyce nosa. Stawy wiotkie zbija gwoździami ze świeżej kości i t. p. W ostatnich czasach zajmuje się L. przeszczepianiem stawów (z amputowanych kończyn) przy zesztywnieniu.

Heidenhain (Worms), Barth (Gdańsk), Brentano (Berlin) i inni przytaczają swoje przypadki przeszczepiań kości. Przyjmuje się jedynie kość, wzięta z okostną na stałe. — Funke uzyskał zupełne wgojenie się płytki celluloidowej w otworze trepanacyjnym.

10) Neuber (Kilonia). **O uśpieniu skopolaminowem.** Po licznych próbach przeszedł N. do skopomorfiny. Użył jej w 250 przypadkach lecz zaledwo w 7 otrzymał uśpienie zupełne; zresztą pomagać sobie trzeba uśpieniem zwykłem lub znieczuleniem sposobem Schleicha. Jednakże tych środków zużywa się przy tej kombinacyi bardzo mało, n. p. płynu Schleicha prawie o połowę mniej jak zwykle. Wymioty występują rzadko i to głównie u dzieci. Powikłania płucne występują tylko bardzo rzadko.

11) Gilmer (Monachium). **O całkowitem znieczuleniu lędźwiowem.** G. osiąga bardzo wysokie znieczulenie przez dodanie do tropakokainy 3% rozczynu gumy arabskiej; wypróbował ten sposób na sobie. Czasem występują przy tem bole głowy.

12) Bier (Berlin). **Nowa droga wywoływania znieczulenia kończyn.** B. znieczula miejsce operacyi na kończynach, doprowadzając środek znieczulający do nerwu drogą krwi po wywołaniu niedokrwienia. Wypędza się więc najpierw krew, począwszy od palców, potem zakłada się powyżej miejsca operacyi jeden dren, poniżej drugi, odsłania się żyłę i wprowadza do niej około 100 cm $^1/_4$ prc. rozczynu nowokainy w soli kuchennej. Po ukończeniu operacyi zdejmuje się dren lub opaskę dolną, potem zwalnia się trochę górną, a krwawienie z rany usuwa zarazem nadmiar środka znieczulającego. Sposób ten nadaje się zwłaszcza przy odjęciach kończyn i użyć wtedy można nawet rozczynu $^1/_2$-procentowego.

13) Dönitz (Berlin). **Termofor przy znieczulaniu lędźwiowem.** D. poleca osobny termofor, utrzymujący ciepło płynu, który ma się wstrzyknąć do rdzenia.

Oelsner (Berlin) otrzymywał krótkotrwałe znieczulenia u zwierząt, wstrzykując do 10 cm rozczynu soli kuchennej o 0°. Gerstenberg przedstawia preparaty, tłómaczące anatomię kanału rdzeniowego i stosunek jej do wydatności znieczulenia rdzeniowego. (C. d. n.)

IV. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. kwietnia 1906 do dnia 1. stycznia 1908.

Ułożyli

Kazimierz Dłuski i M. Rospędzihowski

dyrektor zakładu, b. kierownik pracowni.

Podając do publicznej wiadomości czwarte z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, zaznaczyć winniśmy, że uległo ono znacznemu opóźnieniu, częściowo z przyczyn od nas niezależnych, częściowo i dlatego, że pragniemy na przyszłość rozpoczynać i zamykać nasze sprawozdania z rokiem kalendarzowym. Tym sposobem niniejsze sprawozdanie obejmuje $^3/_4$ roku 1906 i cały 1907.

Cała liczba chorych w ciągu tych 21 miesięcy wynosi 505. W tej ogólnej sumie wynoszą: Polacy 439, Rosyanie 52, Ru-

sini 10, Czesi 3, Węgier 1. Ogólna liczba dni pobytu w Sanatoryum wynosi 43,418; na jednego chorego zaś przypada średnio 85·2 dnia.

W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 405 chorych, gdyż leczenie 100 chorych w okresie sprawozdawczym trwało mniej, niż 30 dni (w tej liczbie 100 znajdują się również chorzy, którzy przybyli po 1. grudnia 1907, a więc wejdą do następnego sprawozdania). — Okres 30 dni uważamy za czas minimalny, dający prawo do wyrobienia sobie sądu o przebiegu leczenia w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica.

Przystępując do szczegółów, nadmienić winniśmy, że w liczbie 405 znajduje się 17 chorych, którzy się leczyli po raz drugi w Zakładzie, 12 chorych — po raz trzeci i 3 — po raz czwarty. Z góry zaznaczyć należy, że niniejsze sprawozdanie zasadniczo różni się od poprzednich, co się tyczy samej metody leczenia. Dawniej stosowaliśmy wyłącznie metodę Brehmera — Dettweilera, zachowując względem przetworów swoistych, jak tuberkulina Kocha lub Denysa, lub przetwór Marmorka i t. d. stanowisko wyczekujące, a nawet sceptyczne. Stanowisko to wyraźnie zaznaczono w artykule »O stosowaniu tuberkuliny, w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego« (»Przegl. lek.« 1907, Nr 41—42 przez K. Dłuskiego). Stosowanie tuberkuliny Prof. Beranecka, (będącej pewną odmianą starej tuberkuliny Kocha)[1]), daje jednak od lat kilku w klinikach szwajcarskich wyniki tak pomyślne, nawet w bardzo ciężkich postaciach gruźlicy płuc lub innych narządów, że zostaliśmy przez to zachęceni do prób w naszym Zakładzie. — Wprowadziliśmy je z początkiem 1907 r. — Bodźcem w tym kierunku było przekonanie się naoczne o skuteczności TBk w klinice berneńskiej, pozostającej pod kierunkiem takiej powagi lekarskiej, jak prof. Sahli. Trzymaliśmy się też przy stosowaniu TBk ściśle zasad, nakreślonych na podstawie bogatego doświadczenia, przez Sahlego w znanej jego pracy »Über Tuberkulinbehandlung«. Przypominamy, iż dwie zasadnicze cechy różnią metodę Sahlego od Kochowskiej, a mianowicie: leczenie zaczyna się od dawek o całe tysiące razy mniejszych ($^1/_{10\cdot000\,000}$—$^1/_{5\cdot000\cdot000}$ gr. substancyi czynnej) i prowadzone jest przy unikaniu najmniejszego odczynu, z dawkowaniem bardzo ostrożnem i bardzo stopniowo wzrastającem. — Materyał nasz w ciągu całego 1907 r. wynosi tylko 24 chorych, zbyt więc jest szczupły, abyśmy mogli na jego podstawie wydawać sąd w sprawie tak niezmiernie powikłanej, jak swoiste leczenie gruźlicy płuc.

Ale mimo to pozwolimy sobie choć pobieżnie wspomnieć o wynikach leczniczych, odkładając dokładne sprawozdanie na przyszłość, gdy materyał będzie dość obfity, aby pozwolić na wnioski, mające pozytywną wartość.

Czynimy to tembardziej, że stara tuberkulina Kocha została przed 17 laty tak radykalnie, i — dodajmy — słusznie zdyskredytowana, że sama nazwa »tuberkuliny« dziś jeszcze wydaje się postrachem. Ale postrach ten jest tylko pozornie straszny, przynajmniej w stosunku do TBk, gdy się ją stosuje ostrożnie, sprawdzając dokładnie, zwłaszcza w ciągu pierwszych 36—48 godzin po wstrzyknięciu, stan ogólny, stan płuc chorego, a przedewszystkiem ciepłotę, mierzoną co 2 godziny. — W liczbie 24 chorych mamy 10 w II. okresie Turbana i po 7 w I. i III. okresie. Wobec tego, że ani teorya, ani praktyka nie wyrobiły dotąd ścisłych wskazówek, u jakich chorych mianowicie i w jakich postaciach gruźlicy płuc należy stosować te lub inne przetwory swoiste, wobec rażącej sprzeczności poglądów, jaka panuje na tym zasadniczym punkcie, kierowaliśmy się w wyborze chorych przedewszystkiem dobrym stanem ogólnym i brakiem gorączki. Z góry jednakże zaznaczamy, że zachęceni dobrymi wynikami, otrzymanymi u gorączkujących przez Denysa (»bouillon filtré«), przez Krausego (»Bacillen-Emulsion«) i innych, stosowaliśmy ostrożnie TBk u 3 chorych (2 w II. i 1 w III. okresie), u których po kilku tygodniach leczenia ciepłota trzymała się uporczywie 37—38 C°. Otrzymaliśmy spadek ciepłoty już po kilku minimalnych dawkach, co bezwątpienia bezpośrednio działaniu TBk przypisać należy. Wogóle leczenie TBk szło bardzo pomyślnie. Z wyjątkiem 2 przypadków (1 w II. i 1 w III. okr.), z których w jednym w 7—8 godzin po wstrzyknięciu nastąpiła gorączka do 39°, ale trwała zaledwie kilkanaście godzin, tak że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tuberkulinie przypisać jej nie należy, w drugim zaś pokazało się więcej rzężeń w płucach i to chwilowo, oprócz tych dwóch objawów, powtarzamy, leczenie odbywało się zresztą bez odczynu i bez żadnych powikłań. Ostateczne wyniki przedstawiają się w ten sposób, że u 8 chorych nie dostrzegaliśmy dodatniego wpływu leczenia, więc je przerwaliśmy. W tej liczbie u 4, z powodu chwilowych powikłań, od TBk niezależnych, po pierwszych 2—3 wstrzyknięciach dalsze stosowanie wstrzymaliśmy. U reszty 16 stwierdziliśmy widoczną poprawę stanu ogólnego, z tej zaś liczby u 12 nadto widoczną poprawę w płucach. Prowadziliśmy więc leczenie całymi miesiącami, dochodząc stopniowo do dużych dawek. U jednego chorego w II. okresie doszliśmy do 6 przedziałek strzykawki Pravaza w literze D.[2]).

Tyle na dziś o stosowaniu TBk. Należy jeszcze w sprawie wskazań do swoistego leczenia zrobić małą uwagę, jaka z naszej praktyki mimowoli się nasuwa. Jakkolwiek bardzo pogmatwane są te wskazania u klinicystów, stosujących już od dłuższego czasu te lub inne swoiste przetwory, wydaje nam się, iż różne okresy choroby w klasyfikacyi Turbana, opartej jedynie na rozległości zmian anatomicznych, rozstrzygać tu nie mogą. Twierdzenie, że I. okres zasadniczo nadaje się do swoistego leczenia, III. zaś powinien być wyłączony, jest zbyt gołosłowne. Zdarza się właśnie wręcz naodwrót, wchodzi tu bowiem w grę czynnik niezmiernej wagi, odporność ustroju, będąca dziś jeszcze z punktu widzenia naukowego wielkiem X. Czynnik zaś ten w wyborze chorych powinien odgrywać bardzo ważną, nieraz rozstrzygającą rolę. — Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie zapomocą TBk nie wyłączało ścisłego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej. Uważaliśmy i uważamy ją za rzecz zasadniczą, swoisty zaś środek, TBk, za rzecz dodatkową i która w pewnych przypadkach może okazać się bardzo skuteczną pomocą. Więc tak samo, jak w latach poprzednich, główną uwagę skierowywaliśmy na jak najszersze korzystanie ze świeżego powietrza, zdrowe i obfite odżywianie, na hartowanie ciała, spokój psychiczny chorego i unikanie wszelkich szkodliwych dla jego zdrowia wpływów[3]).

Choć leczenie świeżem powietrzem jest już dziś bardzo spopularyzowane i znane nawet w szerokich kołach laików, pozwolimy sobie przypomnieć główne jego punkty. Zasadą powinno być używanie świeżego powietrza stale, a więc nietylko dniem, lecz i nocą. Do urzeczywistnienia drugiego postulatu służy spanie przy otwartych całych oknach, lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody. Uważamy ten punkt leczenia za czynnik wielkiej wagi, okryty niestety grubą powłoką przesądu, że w nocy bardzo łatwo zaziębić się. Ale przesąd ten da się łatwo usunąć, jeśli pouczymy chorego, że w nocy powinien być szczelnie przykryty. Tym sposobem, jak praktyka dowodzi, nawet podczas silnych mrozów unika się tak zwanego zaziębienia.

Zbaczając nieco od przedmiotu, wyrażamy gorące pragnienie, aby zwyczaj ten został powszechnie przyjęty, nawet przez zupełnie zdrowych ludzi. — Nie widzimy bowiem powodu, dla którego mają ludzie spędzać $^1/_3$ część swego życia w zepsutem powietrzu. Sądzimy, że oddychanie świeżem powietrzem przez całą noc mocnoby się przyczyniło do podniesienia zdrowotności ogólnej. Używanie świeżego powietrza w ciągu dnia polega na werandowaniu i na spacerach. Pierwsze stanowi »pièce de resistance« całego leczenia, gdyż dostarcza zdrowego materyału dla płuc przy najmniejszej utracie sił chorego. Tłómaczyć zbyteczna, jak ważne jest zachowanie w równowadze żywotnej energii chorego na gruźlicę, pomnąc, jak łatwo, nawet w pierwszych okresach, przy lada wysiłku fizycznym podlega on zmęczeniu. — Werandowanie wynosi z przerwami od rana do wieczerzy 6 godzin. Obowiązkowego wieczornego werandowania, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich lub szwajcarskich, zaprowadzić nie mogliśmy, dla względów wymienionych w poprzednich sprawozdaniach, głównie zaś dlatego, że Polacy z natury swego charakteru trudniej, niż Niemcy lub Szwajcarzy poddają się dyscyplinie sanatoryalnej. Prawdę tę należy sobie powiedzieć otwarcie w oczy,

---

[1]) Przez skrócenie Sahli nazywa ją TBk.

[2]) Przypominamy z pracy Sahlego, że TBk ma 16 stopni rozcieńczenia. Najsłabszy $\frac{A}{64}$, dalej $\frac{A}{32}$, $\frac{A}{16}$ etc. do A, a dalej B. C. D. E. F. G. H.

[3]) Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie lekarstwami w Sanatoryum odgrywa właściwą mu rolę. Stosujemy więc leki przeciw rozmaitym objawom gruźlicy, w szczegóły których wdawać się zbyteczna; uciekamy się do różnych zabiegów, jak: bańki, opaski, elektryzacya, termokauter itd. Główną jednak rolę odgrywają leki, mające na celu ogólne skrzepienie osłabionego i niedokrwistego ustroju, a więc: somatoza, sanatogen, przetwory żelaza i wstrzykiwania arsykodylu, które stosowaliśmy u 57 chorych, w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem. — Nadmienić jeszcze należy, że przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej stosowaliśmy naświetlania światłem fioletowem, co się okazało niejednokrotnie znacznie skuteczniejsze od innych w takich przypadkach używanych środków.

tembardziej, że od wytrwałości zależy lwia część pomyślnych wyników leczenia. Dla złagodzenia tej prawdy należy jednak dodać, że spora część chorych weranduje w godzinach wieczornych, o ile stan pogody nie stawia poważnych przeszkód.

Obok werandowania wspomnieliśmy o spacerach. Tu z góry zaznaczamy, że chorzy nawet z niewielkiemi wzniesieniami ciepłoty (37·4—37·5 C° w ustach) od wszelkich przechadzek są wyłączeni i muszą leżeć albo w łóżku, jeśli przy stanie podgorączkowym uczuwają ogólne osłabienie, albo też dostają się na werandę zapomocą windy (dochodzącej do »hallu« prowadzącego na werandę) tak, że ruchu wykonują sami jaknajmniej. Kładziemy nacisk na ten szczegół, bo niejednokrotnie przy wzbranianiu spacerów napotykamy u takich chorych na opór, uzasadniany tem, że u siebie w domu mieli prawo spacerować pomimo podniesionej ciepłoty. U chorych nowo przybyłych, mających ciepłotę zupełnie prawidłową, zaczynamy od spacerów bardzo krótkich, 10—15 min. 2—3 razy dziennie, pomnąc, że ich narząd termo-regulacyjny jest na wszelkie podniety bardzo wrażliwy, zwłaszcza w wysoko-górskim klimacie, działającym podniecająco na cały ustrój nerwowy. Naturalnie, iż w miarę bliższego zapoznania się z chorym, zezwalamy na spacery dłuższe, ale nie przekraczające w sumie 2—3 godz. dziennie, nawet u chorych z najlepszym stanem sił.

Przechodząc do odżywiania chorych, możemy śmiało twierdzić, iż administracya zakładu zwraca pilnie uwagę na to, aby artykuły spożywcze były zawsze świeże i doborowe, sztuka zaś kucharska stara się dokonać reszty, podając potrawy smacznie przygotowane i w obfitej ilości. Oprócz obiadu i wieczerzy, dwóch śniadań i podwieczorku, chorzy spożywają średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie, mając je bez oddzielnej dopłaty na zawołanie. Pomimo narzekań, jakie od czasu do czasu dają się słyszeć, naturalnych z tego względu, że najlepsza kuchnia po dłuższym przeciągu czasu przestaje dogadzać, — z przyjemnością możemy stwierdzić, że tak często zdarzające się zarówno w początkowych, jak późniejszych okresach gruźlicy zaburzenia w trawieniu niemal bez żadnych leków powoli ustępują. Należy to przypisać z jednej strony dyecie, którą stosownie do wskazań lekarskich bardzo ściśle uwzględniamy, a z drugiej strony dodatniemu działaniu wysokogórskiego klimatu na wymianę materyi w ogóle, a pośrednio i na czynności trawienia, na co już przed laty zwrócił uwagę Prof. J a w o r s k i, spostrzegając chorych w Davos.

Z kolei przechodzimy do omówienia hartowania ciała. W tym celu stosujemy powszechnie przyjęte w sanatoryach zabiegi, a mianowicie nacierania całego ciała wodą z wyskokiem lub czystą, a potem u silniejszych chorych przechodzimy do natrysków, trwających 20—30 sekund, przy obniżającej się stopniowo ciepłocie 35—10° C. Skłonność do krwioplucia jest tu wyraźnem przeciwwskazaniem. Statystycznie rzecz tu wypada tak, iż nacierania stosowaliśmy u 332 chorych, natryski zaś tylko u 65.

Oprócz zasadniczych punktów leczenia — używania świeżego powietrza, odżywiania i hartowania ciała — pozostają jeszcze bardzo ważne szczegóły, stanowiące całą wartość zamkniętych zakładów, które Niemcy obejmują mianem »Anstaltbehandlung«, przypisując im może jeszcze większą rolę, niż bezpośredniemu działaniu czynników fizycznych. Szczegóły te dadzą się zamknąć w trzech słowach: nieustająca opieka lekarska. W tych trzech słowach mieści się wszystko. Przedewszystkiem ścisła kontrola nad werandowaniem, od którego chorzy, zwłaszcza silniejsi, bardzo chętnie się wyłamują, jako od rzeczy z natury bez wątpienia nudnej, ale mającej niezaprzeczenie, jak to praktyka lat kilkudziesięciu dowiodła — kardynalną wartość leczniczą. Następnie kontrola spacerów, do których chorzy mają częstokroć znacznie większy pochop, niż do werandowania, co zresztą u chorych odporniejszych jest rzeczą łatwo zrozumiałą. — Dalej ciągła kontrola ciepłoty, mierzonej co 2 godziny, aby módz przy lekkich nawet wzniesieniach zalecić choremu łóżko. Nie będziemy wchodzili w rozmaite inne drobne szczegóły. To, cośmy powiedzieli, wystarczy, aby zrozumieć, że chory jest ujęty w pewne karby dyscypliny, w harmonii z zadaniami jego leczenia i tym sposobem w miarę naszych skromnych sił, chroniony jest od różnych zgubnych wpływów, które niejednokrotnie — przy pozostawieniu go własnej inicyatywie — mogłyby zaważyć w sposób bardzo szkodliwy na szali zdrowia.

Przy tem zaś wszystkiem bardzo ważną rolę odgrywa psychoterapia.

Jeśli zdrowy człowiek, każdy z osobna, przedstawia cały świat odrębny, pełen tajemnic w jego wewnętrznem, duchowem życiu, to tembardziej da się to powiedzieć o chorym, z tem nadmienieniem, że na dnie tych tajemnic leżą u niego cierpienia ciała, potęgujące cierpienia ducha, a jedne z drugiemi razem mocno powiązane wytrącają z równowagi i tak już mało skłonną do równowagi psychicznej inteligentną jednostkę przy obecnych warunkach naszego życia.

Może wydać się przesadnem twierdzenie, że ta strona leczenia jest mozolniejsza i trudniejsza, niż wszelkie badania fizyczne, bakteryologiczne, chemiczne i t. d. Te wymagają tylko pewnej ilości sumiennej pracy umysłowej. Psychoterapia zaś wymaga ze strony lekarza ciągłego panowania nad sobą, stałego napięcia woli, bezustannej równowagi i pogody ducha, bo tylko tym sposobem można wywierać wpływ na chorych. Pamiętać zaś należy, że chorzy ci z samej istoty choroby i wskutek oderwania się, czasem na długie miesiące, od drogiego im otoczenia i prawidłowych warunków życia, są przeczuleni, przedenerwowani, zbyt silnie oddziaływają na różne drobnostki życiowe, a przy lada niepowodzeniu w leczeniu łatwo popadają w krańcowy pesymizm, graniczący z rozpaczą, — co znów wywiera bardzo ujemny wpływ na ich zdrowie. Tu więc trzeba działać z całą stanowczością, ale pełną wyrozumienia i łagodności, bo tylko tym sposobem można dojść do celu.

W załączonych dwóch tablicach ugrupowaliśmy szeregi liczb objaśniające wyniki leczenia, oraz różne szczegóły bezpośrednio z niem związane. Pragniemy więc omówić te szczegóły, aby dać dokładny obraz całej sprawy.

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 r. (wł.)

Narodowość	
Polacy	439
Rosyanie	52
Rusini	10
Czesi	3
Węgrzy	1
Razem	505

Płeć	
mężczyźni	240
kobiety	259

Pochodzenie		Liczba dni leczenia
Galicya	150	11101
Królestwo	106	9417
Warszawa	73	5470
Wołyń, Podole, Ukraina, Litwa, Rosya	141	15616
Poznańskie i Śląsk pruski	25	1582
Inne (Bośnia, Czechy, Węgry)	4	232
	505	43418

Wiek lat	osób
1—10	3
10—20	68
20—30	220
30—40	126
40—50	63
50—60	19
> 60	6
	505

Średni pobyt jednego chorego w Sanatoryum 85.2.

Zaczynając od 1-ej kolumny, zauważyć powinniśmy, iż liczba kobiet, wbrew poprzednim sprawozdaniom, znacznie przewyższa liczbę mężczyzn (K. 229, M. 176). Czem się to dzieje, powiedzieć trudno, gdyż statystyka stwierdza, iż wogóle liczba mężczyzn, dotkniętych gruźlicą, wskutek większego ich narażania się na szkodliwe czynniki, jest średnio większa od liczby kobiet. Być może, iż w bieżącym okresie sprawozdawczym taki odwrotny stosunek jest poprostu dziełem przypadku; bliższej przyczyny znaleźć nie możemy.

Tablica II.

Wyniki leczenia 405 chorych za czas od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 (włącznie).

<table>
<tr><th rowspan="2" colspan="2">Płeć</th><th colspan="2">Wiek</th><th colspan="2">Obciążenie dziedziczne</th><th rowspan="2">Gorączka</th><th rowspan="2">Prątki Kocha</th><th rowspan="2" colspan="4">Waga obliczona na 100 dni</th><th rowspan="2"></th><th rowspan="2"></th></tr>
<tr><th>lata</th><th>osób</th><th>rodzaj*)</th><th>osób</th></tr>
<tr><td rowspan="8">mężczyźni 176</td><td rowspan="8">kobiety 229</td><td>1—10</td><td>—</td><td>o¹</td><td>112</td><td rowspan="7">przyjechało z gorączką osób 183
wyjechało " " 85
przyjechało bez gorączki osób 222
wyjechało " " 320</td><td rowspan="7">przyjechało z prątkami osób 206
wyjechało " " 187
przyjechało bez prątków " 199
wyjechało " " 218</td><td rowspan="7">303 osoby przybrały przeciętnie 7,9 kg.</td><td rowspan="7">21 osób straciło przeciętnie 3,1 kg.</td><td rowspan="7">40 osób bez zmiany</td><td rowspan="7">41 osób waga nieznana</td><td rowspan="8">Ogólna liczba dni leczenia 41.834</td><td rowspan="8">Średnia liczba dni leczenia na 1 chorego 103,3</td></tr>
<tr><td>10—20</td><td>61</td><td>o²</td><td>7</td></tr>
<tr><td>20—30</td><td>180</td><td>o</td><td>101</td></tr>
<tr><td>30—40</td><td>97</td><td>bez</td><td>185</td></tr>
<tr><td>40—50</td><td>48</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>50—60</td><td>14</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>> 60</td><td>5</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Razem</td><td>405</td><td>Razem</td><td>405</td><td></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

Okresy	Poprawa wyraźna	Poprawa względna	bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
133 osoby I okresu	101	23	8	—	1
138 osób II okresu	109	19	5	4	1
134 osoby III okresu	65	18	16	25	10
Razem osób 405	275	60	29	29	12
	405				

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — o² oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — o oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Przechodząc następnie do drugiej pozycyi, do wieku chorych, widzimy, iż liczba ich w wieku 20—30 lat (54·3%) i od 30 do 40 lat (31·1%) stanowi razem 85·4% ogółu chorych i jest wyraźnie wyższa od liczb w poprzednich sprawozdaniach (69—71%). Idąc dalej do obciążenia dziedzicznego, widzimy przy zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, że z wyjątkiem pierwszego sprawozdania, gdzie liczba obciążonych była bardzo nizka (31%), różnicy znaczniejszej między obecnem a II i III sprawozdaniem niema, gdyż obecnie mamy obciążonych 54·3% ogółu chorych, w II i III sprawozdaniu mieliśmy 52% i 48%.

Zresztą, jak to dawniej zaznaczyliśmy, nie możemy twierdzić, aby obciążenie dziedziczne miało jaki przyczynowy związek z wynikami leczenia. Do tego samego wniosku doszedł już przed laty T u r b a n w swej znanej pracy »Beiträge zur chronischen Lungen-Tuberkulose«.

Obecnie przechodzimy do różnych szczegółów, dotyczących samych wyników leczniczych. Mamy na względzie znikanie lasecznikóẃ K o c h a i gorączki, t. j. objawów, znajdujących się w bezpośrednim związku z poprawą w płucach, a następnie przyrost wagi, który jest może jedynym objawem, dającym się ująć w liczby, a świadczącym o poprawie stanu ogólnego.

Co się tyczy prątków K o c h a, mamy wynik wyraźnie gorszy, niż w poprzednich sprawozdaniach, gdyż z ogólnej liczby 206 chorych, którzy przybyli do zakładu z lasecznikami, pozbyło się ich tylko 19, czyli 9·2% (w I sprawozdaniu 11%, w II 14%, w III 23%). Liczbę tę postaramy się później uzasadnić, gdy przejdziemy do ostatecznych wyników, t. j. do poprawy stanu płuc i stanu ogólnego.

Natomiast mamy daleko lepszy wynik co do gorączki, gdyż zniknęła ona obecnie u 53·5% gorączkujących, gdy w pierwszych dwóch sprawozdaniach liczby te były wyraźnie niższe (41% i 48%) liczba zaś w III sprawozdaniu znacznie, gdyż o całe 22% jest niższa, wynosi bowiem tylko 31%. Zjawisko takie może wydać się dziwnem wobec nieznacznego znikania TBC, ale da się wytłómaczyć tą samą przyczyną, o której niżej.

Co się tyczy wagi, widzimy stale powtarzające się zjawisko od początków Sanatoryum, a mianowicie zwiększa się ona u 75—77% ogółu chorych, zmniejsza się zaś u 5% (w I tylko sprawozdaniu u 8%). Sredni przyrost natomiast stale wzrasta: w I sprawozdaniu 5·6 kgr., w II — 7·3 kg., w III — 7·6, w niniejszem 7·9 kgr Ubytek zaś średni waha się w nieznacznych granicach: w I — 2·4 kgr., w II — 3·8 kgr., w III — 2·7 krg., w obecnem 3·1, u 21 chorych. Dodajmy dla dokładniejszej charakterystyki, że obecnie u 94 osób na 303 średni przybytek obliczony na 100 dni wynosi 10 kg i w y ż e j (największy 23·3 kg).

Przechodząc z kolei do ostatecznych wyników leczenia, musimy zauważyć tak samo, jak w poprzednich sprawozdaniach że określamy je zapomocą wyrażeń: »poprawa względna« i »wyraźna poprawa«. Przez pierwszą rozumiemy tylko polepszenie stanu ogólnego z zachowaniem *status quo* w płucach, przez drugą, nadto polepszenie miejscowe w płucach w mniejszym lub większym stopniu. W szczegóły tych objawów polepszenia wdawać się nie będziemy, gdyż musielibyśmy poruszać — mając na uwadze stan ogólny — czynności rozmaitych poszczególnych narządów ustroju (krwionośny, trawienny, nerwowy i t. d.), wypaczonych przez działanie lasecznika i jego toksyn; co się zaś tyczy płuc wkroczyć w bardzo powikłaną dziedzinę fizycznego badania; to zaś uważamy dla czytelników-lekarzy za rzecz zbyteczną. Ograniczymy się więc do omówienia roli liczb i do wniosków, jakie z nich się wysnuwają.

Dla ułatwienia tego zadania podzieliliśmy chorych zgodnie z utartym w klinice zwyczajem na 3 okresy wedle klasyfikacyi T u r b a n a. Z góry jednak zaznaczyć musimy, że coraz więcej przekonywamy się o jej niedostateczności. Klasyfikacya ta, opierająca się jedynie na rozległości zmian anatomicznych, zupełnie nie bierze w rachubę, jeśli nie najważniejszego, to w każdym razie bardzo ważnego czynnika: odporności ustroju. Czynnik ten, będący zagadkowym problematem, naukowo, zwłaszcza w gruźlicy, bardzo mało jeszcze wyjaśnionym, nieraz stanowi, niezależnie od rozległości zmian w płucach, o całym przebiegu leczenia. I dopiero *a posteriori* u chorych, u których pozornie jest najmniej szans wyleczenia, spostrzegamy dodatnie, czasem nawet bardzo pomyślne wyniki. Nic dziwnego, bo nie jest jeszcze rzeczą dowiedzioną, czy toksyny TBc są endo- czy egzo-toksynami: nie jest rzeczą dowiedzioną również, przy jakich warunkach biologicznych tworzą się antytoksyny gruźlicze i jaki zachodzi stosunek między niemi a toksynami. Znamy tylko pobieżne działanie toksyn z ich ujemnego wpływu na czynności ustroju i powiadamy, że tenże ustrój wytwarza antytoksyny, skoro przebieg kliniczny leczenia jest pomyślny.

Ale jest to czysta empirya.

Zastrzeżenie powyższe tembardziej musimy utrzymać, iż stojąc na gruncie faktycznym widzimy, całą sztuczność klasyfikacyi T u r b a n a, gdy chodzi o zasadniczą rzecz, a mianowicie o przypuszczalne rokowanie, na niej oparte. W żadnem z poprzednich sprawozdań bowiem nie mieliśmy tylu chorych w III. okresie, co obecnie; liczba ich wynosi 33% ogółu (w I sprawozdaniu 26%, w II — 18%, w III — 24%). Tymczasem w żadnem

sprawozdaniu nie mieliśmy takich dobrych wyników, gdyż odsetek polepszeń całej liczby 405 chorych wynosi obecnie 82·8 prc. gdy w poprzednich sprawozdaniach wynosił okrągło 80 prc., a zauważyć należy, iż odsetek wyraźnej poprawy jest obecnie największy, stanowiąc 68 prc. (Dawniej wynosił 55 prc. 63 prc. i 67 prc.). Nad to musimy położyć szczególny nacisk na tę okoliczność, że obecnie u 134 chorych w III okresie mamy 48·5 prc. wyraźnej poprawy (13·4 prc. względnej), gdy w poprzednich trzech sprawozdaniach liczby kolejno były następujące: 17 prc., 28 prc., 36 prc. Wyniki takie mogą wydać się paradoksalne; dadzą się one wytłómaczyć tem, że choć mieliśmy największą w porównaniu z ubiegłymi latami liczbę chorych w III okresie, nie mieliśmy natomiast w leczeniu chorych w stanie rozpaczliwym, beznadziejnym[4]). I właśnie ci chorzy z III okresu, u których, kierując się zmysłem klinicznym, przypuszczaliśmy istnienie pewnego zapasu sił odpornych — pomimo częstokroć bardzo nieobiecujących pozorów — ci chorzy, wzięci na próbę, doznali po upływie krótszego lub dłuższego czasu, takiej poprawy, jakiej w poprzednich sprawozdaniach zapisać nie mogliśmy. W liczbie zaś 134 w III okresie mamy czwartą część (34 chorych) z bardzo rozległemi zmianami naciekowemi w jednem lub obu płucach, a wśród nich 15 z wysokiemi przy początku leczenia gorączkami. Jednak ostateczne wyniki u tych chorych okazały się bardzo pomyślne.

Ta okoliczność tłómaczy nam poniekąd, dlaczego mieliśmy tak stosunkowo nieznaczną liczbę przypadków ze zniknięciem TBC, a z drugiej strony takie dobre wyniki ze zniknięciem gorączki. Jeśli ta ostatnia, — pomijając gorączkę przyrody czysto nerwowej, jak n. p. w histeryi, — ma być wyrazem intoksykacyi ustroju, to nic dziwnego, że w miarę jego uodpornienia pod wpływem leczenia może ona zniknąć prędzej u chorego w III. okresie, posiadającego odpowiedni zapas sił żywotnych, niż u chorego w I. okresie z pozornie nieznacznemi zmianami, ale którego tkanki nie mają wielkiej wartości biologicznej. Tak ma się rzecz wedle naszego rozumienia z materyałem klinicznym, stanowiącym przedmiot niniejszego sprawozdania.

W związku z tem nasuwa się pragnienie, aby sprawa odporności ustroju była naukowo i teoretycznie wyjaśniona, aby zapomocą metod chemiczno-bakteryologicznych można było u danego chorego określić ilość antytoksyn lub ciał ochronnych, krążących w danej chwili w sokach ustroju, ich wzrastanie pod wpływem leczenia higieniczno-dyetetycznego lub połączonego ze swoistem, stosunek tych antytoksyn do toksyn i t. d. Tym sposobem można byłoby mieć niejako podstawę dla oryentowania się z góry w ewentualnym przebiegu leczenia, a nie sądzić o odporności ustroju *post factum*, na zasadzie wyników już otrzymanych.

Dla uzupełnienia obrazu wyników leczniczych musimy dodać jeszcze niektóre ważne szczegóły. Na pierwszem miejscu krwioplucia i krwotoki, a następnie sprawę gruźliczą w krtani.

Już w poprzednich sprawozdaniach staraliśmy się zwalczać przesądy, rozpowszechnione nietylko wśród laików, lecz i w kołach lekarskich, że klimat wysokogórski wpływa szkodliwie na chorych, mających skłonność do krwioplucia. Właściwie mówiąc, nie spotykaliśmy nigdzie argumentów naukowo sformułowanych i popartych statystyką z dziedziny odpowiednich spostrzeżeń klinicznych. Przytaczaliśmy natomiast na poparcie naszego zapatrywania liczby statystyczne prof. Eggera z Arosy (1850 m. wysokości) Turbana z Davos (1650 m.) i innych, które gołosłownym twierdzeniom przeciwników gór wyraźnie zaprzeczają. Moglibyśmy je poprzeć jeszcze długoletniemi spostrzeżeniami takich klinicystów, jak bracia Carl i Lucius Spengler z Davos, lub lekarzy sanatoryalnych z Leysin (1400 metr.). Ale mniejsza o to, mamy nasze własne liczby, które łącznie w 4 sprawozdaniach obejmują 1052 chorych (w I. 227 chorych, w II. 191, w III. 229, i w IV. 405) i przedstawiają się, jak następuje:

Krwioplucia i krwotoki

	przed przybyciem do sanatoryum	powtórzyły się w sanatoryum	poraz pierwszy w sanatoryum
I sprawozd.	u 34% ogółu chor.	18%	u 2·7% z całej licz. chor.
II »	» 36% » »	18%	» 0·8% » » » »
III »	» 31% » »	18%	» 2·0% » » » »
IV »	» 43% » »	20%	» 2·6% » » » »

[4]) Właściwie mówiąc, przysyłają nam jeszcze takich chorych, jednak mniej niż dawniej, — ale w Zakładzie ich nie zatrzymujemy, uważając to dla nich za bezcelowe, a dla Zakładu za szkodliwe.

To samo da się mniej więcej powiedzieć o obawach, dotyczących rzekomo ujemnego wpływu gór na gruźlicę krtani. Już w poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że mieliśmy przypadki bardzo ciężkich gruźliczych powikłań w krtani, przysyłane do Sanatoryum przez wybitnych specyalistów laryngologów. Już ta okoliczność powinnaby do pewnego stopnia złagodzić strach na tym punkcie przed górami. Naturalnie to samo, co się dzieje z płucami, dzieje się i z krtanią. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy wpływ dodatni naszego klimatu w przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani i naodwrót. Przewidzieć z góry, kiedy i u jakiego chorego sprawa miejscowa w krtani polepszy się, niepodobna. Zależy to w znacznej mierze od poprawy stanu ogólnego, ta zaś od odporności ustroju. Zresztą, poza obrębem płuc, polepszenie się sprawy gruźliczej, usadowionej w różnych innych narządach (gruczoły, kości, otrzewna i t. d.) z wyjątkiem opon mózgowych[5]) i rozsianej gruźlicy prosówkowej, również zależy przeważnie od odporności ustroju, nie mówiąc naturalnie o niezbędnych zabiegach chirurgicznych, lub fizyczno-chemicznych[6]). Oczywiście cały szereg indywidualnych właściwości chorego odgrywa tutaj nieraz główną rolę i rozstrzyga wbrew powziętym z góry przewidywaniom, jaki klimat dla jego krtani, względnie i dla płuc, będzie odpowiedni. W każdym razie wyniki lecznicze w gruźlicy krtani do najgorszych nie należą. W pierwszych dwóch sprawozdaniach były nawet bardzo pomyślne, co zależy, rzecz prosta, od jakości materyału klinicznego. Przedstawiają się one statystycznie, jak następuje: Gruźlica krtani w stosunku do całej liczby chorych wynosi 11 prc.; z tego polepszenia doznało 40 prc. chorych, bez zmiany pozostało 44 prc., pogorszenie nastąpiło u 16 prc.

Tu z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach gruźlicy, które stoją w bliższym związku z przebiegiem leczenia podstawowej sprawy.

Z powikłań takich zauważyliśmy: zapalenie gruźlicze otrzewnej (1 przypadek), gruźlica jelit (14), przetoka ropno-kałowa w jelitach (1), gruźlica oka (1), błony śluzowej nosa (1), gruźlica narządu moczowo-płciowego (1), zapalenie gruźlicze opon mózgowych (1), próchnienie kręgów (1), wrzód gruźliczy na języku (1), przetoka odbytnicy (1), ropień kostny (2), gruczoły zropiałe (2), zgorzel płuc (1), odczyn dwuazowy (16), białkomocz (8), cukrzyca (5), choroba Basedowa (1), wybitna błednica (2), ciężka niedokrwistość (1), wrzód żołądka (1), kamica żółciowa (2), tętniak tętnicy głównej (1).

Nakoniec przytaczamy spostrzeżenia, na które zwracaliśmy uwagę czytelnika od początku naszych sprawozdań, a dotyczące ognisk gruźliczych: w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu, oraz spostrzeżenia, dotyczące specyalnej postaci suchego zapalenia opłucnej. Możemy tylko dosłownie powtórzyć to, cośmy pisali w III. sprawozdaniu, a mianowicie, że ogniska te wyprzedzają sprawę w szczytach, lub pojawiają się samodzielnie przy niezajętych szczytach, z natury są uporczywe, skłonne do rozpadu i wolniej się poprawiają, niż ogniska szczytowe. Przyczyna takiego usadowienia się ognisk jest nam nieznana. O suchem zapaleniu opłucnej, które tak często pojawia się przy gruźlicy płuc, powtarzamy znowu to samo, cośmy dawniej mówili, że spostrzegana przez nas postać odznacza się pewnemi właściwemi cechami, a mianowicie: usadawia się ogniskowo, na nieznacznej czasem przestrzeni (paru lub kilku cm kwadr.), zjawia się nieraz przelotnie, tarcie i ból ustępują bowiem w ciągu kilku godzin, czasem zaś powtarzają się albo znikają na stałe; czasem takie ograniczone zapalenie opłucnej przerzuca się na inne miejsce, daleko topograficznie od pierwszego ogniska położone; wreszcie objawy podmiotowe wcale nie pozostają w stosunku do zajętej przestrzeni lub chory wcale na nic się nie skarży i takie zapalenie opłucnej daje się wtedy wykryć dzięki tylko dokładnemu badaniu chorego.

Zaznaczamy, że liczba chorych z ogniskiem tylnem w prawem płucu wynosiła 26, z ogniskiem przednim w lewem płucu 13, razem 39, co stanowi 9,5% ogółu chorych. Zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 62 chorych, czyli przeszło 15%.

Przechodzimy wreszcie w krótkich słowach do ogólnych wniosków. Zadanie nasze jest tu znacznie ułatwione, gdyż przy

[5]) Ostatniemi czasy klinika zapisuje przypadki wyleczenia gruźliczego zapalenia opon, przypisując dodatnie wyniki w niektórych razach systematycznie powtarzanym nakłuciom lędźwiowym.

[6]) Tutaj wspomnimy o bardzo dodatnich wynikach helioterapii w gruźlicy gruczołów, stawów, kości, otrzewnej itd., jakie mogliśmy osobiście stwierdzić w klinice Dr Rollier w Leysin.

omawianiu każdej poszczególnej pozycyi podawaliśmy wnioski, jakie same z odpowiednich liczb wypływały. Ogółem wyniki obecne są lepsze, niż we wszystkich poprzednich sprawozdaniach, gdyż sprowadzając je do jednego wspólnego mianownika, widzimy stosunkowo największą liczbę polepszeń u ogółu chorych. W liczbę tę zaś wliczona jest największa dotąd liczba polepszeń w III. okresie przy bezwzględnie i względnie największej liczbie chorych z tegoż okresu. Jest to wynik nader pomyślny. Świadczy o tem, iż metoda higieniczno-dyetetyczna jest pewnym, wypróbowanym środkiem przeciw gruźlicy płuc[7], że środek ten przy umiejętnem i sumiennem stosowaniu w zamkniętym zakładzie może jeśli nie wyleczyć, to w każdym razie przedłużyć życie nawet u tej wyżej wymienionej kategoryi chorych w III. okresie, która posiada dość energii życiowej dla odniesienia choćby czasowego zwycięstwa nad zarazkiem choroby i jego toksynami. Śledząc przebieg leczenia u tej kategoryi chorych, nie wątpimy ani na chwilę, że pozostawieni na pastwę leczenia lekarstwami u siebie w domu, padliby w krótkim czasie ofiarą gruźlicy. Upoważnia nas do takiego twierdzenia ta okoliczność, iż wśród najbardziej pozornie chorych w III. okresie spotykamy niemal 60% ludzi zamożnych, zamieszkałych na wsi, wśród czystego wiejskiego powietrza, przy największych wygodach, w otoczeniu rodzinnem i t. d. I ci właśnie chorzy przybyli do Zakładu z największemi zmianami w płucach[8].

Jeśli z jednej strony wyniki jakościowe są zadowalniające, to znów z drugiej strony wyniki ilościowe, czyli frekwencya chorych, jest niemniej zadowalniająca. Zestawiając liczby z pierwszego i obecnego sprawozdania, widzimy, iż frekwencya ta wzrosła w stosunku 4·2 do 6·4.

Z liczb tych wynika bezpośrednio wniosek, że Zakład się rozwija, zapewne dlatego, że jest instytucyą pożyteczną i spełnia przyjęte na siebie zadanie.

Prawda, iż na początku swego istnienia musiał wyrabiać sobie prawo obywatelstwa, walcząc z uprzedzeniami. Przedewszystwiem, jako zakład polski, musiał być uważany za gorszy, niż podobne zakłady zagraniczne, które dlatego tylko uchodzą za lepsze, iż są zagraniczne. Powoli ostre kąty tego przesądu siłą faktów zaczęły się ścierać, ale nie są jeszcze ostatecznie zaokrąglone. Powtóre uprzedzenie do tutejszego klimatu, a szczególnie do halnych wiatrów i do..... okresu topnienia śniegów.

Co się tyczy owych wiatrów, już kilkakrotnie zaznaczaliśmy, ż w przekonaniu ludzi, znających sprawę, nie mają one realnego znaczenia. Jakkolwiek bowiem są bardzo przykre, jednak, zgodnie ze spostrzeżeniami meteorologicznemi, pojawiają się średnio w ciągu kilkunastu dni w roku, czasem w ciągu kilku godzin tylko nocą lub podczas dnia. Wówczas stanowią istotną przeszkodę dla werandowania, ale zbyt krótkotrwałą, aby w ciągu leczenia mogła być poważnie brana w rachubę. — O okresie topnienia śniegu, który ma być niebezpieczny dla zdrowia, dlatego, iż — jak utrzymują — trwa dłużej, niż na nizinach, możemy śmiało twierdzić, iż dzieje się wręcz przeciwnie. Jest tu pomieszanie pojęć: długości zimy z okresem topnienia śniegu. Śnieg istotnie trwa dłużej i to naturalne, bo im wyżej, tem chłodniej. Natomiast sam okres topnienia śniegu jest wyraźnie krótszy, niż na nizinach, i to także naturalne, gdyż insolacya jest silniejsza, a powietrze suchsze. Podziwiać nawet potrzeba, jak nadzwyczaj szybko znikają grube warstwy śniegu pod wpływem wspomnianych wyżej czynników fizycznych. Na okoliczność tę zwrócił już dawno uwagę Lauth w znanem swem i bardzo ciekawem dziełku. (»Traitement de la tuberculose par l'altitude«. Paris 1896). Kto jednak temu nie wierzy, niech tu przyjedzie podczas okresu topnienia śniegu, a nie wątpimy, że się naocznie przekona o słuszności naszego twierdzenia.

Słówko na zakończenie.

Zakład nasz przebył już ogniową próbę niewiary społeczeństwa do instytucyi rodzimej. Nie będziemy wdawali się w ocenę czynników psychologicznych, które na ten sceptycyzm się składają. Dziś jest faktem, iż Zakład stopniowo się rozwija i jest nadzieja, że i nadal rozwijać się będzie. Przemawia za tem zaufanie, jakiem obdarza Zakład inteligentna część społeczeństwa naszego i życzliwość szerokich grup lekarzy polskich. Zadaniem ciała lekarskiego w Sanatoryum jest spełnianie niełatwych obowiązków, jakie nań nakłada sumienne i umiejętne prowadzenie Zakładu. Możemy z głębokiem przekonaniem powiedzieć, że w granicach naszych skromnych sił zadanie to spełniamy i nadal spełniać będziemy.

[7] Leczenia swoistego z Tbk nie bierzemy obecnie w rachubę, gdyż dotyczy ono tylko 10 chorych, czyli zaledwie 4% ogólnej liczby.

[8] Przypominamy, iż ta kategorya chorych stanowi 34 wśród ogólnej liczby 134 chorych w III. okresie.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie za r. 1907, (szóste z rzędu) opracowane przez radcę Dr Zagórskiego i Dr Tellera, świadczy o wydatnych postępach w działalności miasta na polu sanitarnem i zapowiada rychłe urzeczywistnienie się bardzo doniosłych projektów asanizacyjnych. Na pierwszem miejscu stoją tu wodociągi. Ukończywszy prace wstępne, uchwaliło miasto ich budowę kosztem 2,308.000 kor.; uchwała ta czeka obecnie na zatwierdzenie sejmu. Z innych prac na tem polu wymienić należy dalszą regulacyę potoku Mikoszki,(wydano na to w r. 1907 30.412 K.), powiększenie sieci kanałów o dalsze 350 m. (przeszło 8.000 K.), ścieki, bruki, chodniki. Na konserwacyę bruków wydało miasto w r. 1907 5.573 K., na drogi szutrowane 10.860 K., na czyszczenie miasta (ulic) 16.679 K., wywóz nieczystości 1.342 K. i t. d. Rozpoczęto roboty około nowego cmentarza i budowli, na nim powstać mających. Oddano do użytku nowy, wzorowy budynek szkolny. Śmiertelność wynosiła w r. 1907 14·5‰. Sprawozdanie podaje wykaz przyczyn śmierci, dalej dane o chorobach nagminnych, które występowały w r. 1907 tylko sporadycznie, przytacza zarządzenia, wydane z powodu zagrażającej cholery, ogólną statystykę ruchu chorych w 5 miejscowych szpitalach, szczepienia ospy, stanu zdrowia młodzieży szkolnej, wiadomości o nadzorze nad zakładami przemysłowymi i środkami żywności i t. p. Całe sprawozdanie świadczy bardzo dodatnio o energii i pracy biura sanitarnego. *R.*

Konkurencya w zawodzie lekarskim. Sąd krajowy w Norymberdze rozpatrywał niedawno sprawę następującą: Pewien dentysta ułożył się ze swoim asystentem w ten sposób, że ten przyrzekł przez 3 lata nie osiedlić się ani w mieście N., ani też w promieniu 12 kilometrów od tegoż miasta, w przeciwnym razie zapłacić miał 10.000 marek odszkodowania. Asystent po pewnym czasie osiedlił się w mieście, a wtedy sąd w pierwszej instancyi przyznał owemu dentyście odszkodowanie w kwocie 7.000 marek, natomiast w drugiej skargę jego odrzucono, a to na tej podstawie, że praktyka lekarska nie jest podobnem zarobkowem zajęciem, jak kupiectwo i t. p., z tego też powodu konkurencya nie wchodzi tu rzeczowo w rachubę. Osoba, mająca dyplom, ma prawo wykonywać wszędzie praktykę i nie wolno nikomu, a zwłaszcza koledze, w tem go w żaden sposób krępować. *K.*

Ciekawe zestawienie strat w wojnie rosyjsko-japońskiej podał generalny lekarz armii japońskiej Dr Koike. W ciągu 21 miesięcy wojny uległo zranieniu 220.812 ludzi, z tego umarło 47.387. Lekarzy ogółem było 4.517, z tego zraniono 104, a zabito 19. W lazaretach i szpitalach leczono 236.223 chorych, wysłano do Japonii 320.000. Rosyan w japońskich szpitalach leczono 77.803. Służba sanitarna japońska składała się z 33.697 osób. Każdy żołnierz japoński dostał broszurkę o higienie na wojnie. Pożywienie żołnierzy składało się z ryżu (1 kg na osobę), 360 gm świeżego mięsa bez kości i jarzyn, prócz tego 2 razy na tydzień 200 gr sakke (wódka z ryżu) i często słodkie potrawy. Wolno było żołnierzom pić tylko przegotowaną wodę lub herbatę. W porównaniu z wojną chińską śmiertelność zmniejszyła się 33 razy, a skłonność do chorób 6 razy. Te dobre sanitarne wyniki odnieść należy do energicznej działalności i doskonałej organizacyi służby sanitarnej, jakoteż współdziałania wojska i ludu japońskiego. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. Od 10 do 23 maja 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Lwowie 1, pow. Bóbrka (Brzozdowce 7, Hranki 3), Bohorodczany (Dźwiniacz 3, Kosmacz 1, Sołotwina 1), Brzeżany (m. Brzeżany 1), Buczacz (Trościaniec 12, Międzygórze 2, Uście zielone 1), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 6), Horodenka (Daleszowa 4), Jaworów (Czernilawa 4, Drohomyśl 7, Siedliska 2), Kamionka (Majdan stary 4), Lisko (Dzwiniacz dolny 7), Mościska (Czerniawa 3, Sądowa wisznia 8), Przemyślany (Poluchów w. 1), Rawa

(Biała 6, Zamek 1, Werchrata 1, Kamienna góra 4, Ulicko seredkiewicz 2), Rohatyn (Bursztyn 1), Skałat (Panasówka 1, Iwanówka 9, Połupanówka 3, Stary Skałat 3, Okno 3, Grzymałów 1), Sokal (Sokal 8, Spasów 1, Tartaków m. 3), Stryj (Tuchla 3), Stanisławów (Komarów 3), Zborów (Pleśniany 10, Presowce 8), i o 3 przypadkach ospy w pow. Chrzanów (Alwernia 2, zawleczone z Kwaczały), Podgórze (Podgórze 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 17. do 23. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 44, nieżywo 5; zmarło osób 53 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 17 (5), zapalenia płuc 6, błonicy 1 (1), płonicy 2, odry 1 (1), duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. do 23. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (tem obcych 2 † 1), krztuśca 4, płonicy 2, odry 10 † 1 (— † 1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. do 23. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych —), krztuśca 3, płonicy 19 † 2 (4 † 1), odry 10, duru brzusznego 2 (1), duru osutkowego 2 (2), nagm. zapalenia opon 2 † 2. *Dr Leg.*

Śmiertelność w m. Łodzi w kwietniu 1908 wynosiła 720, z tego 338 (36)[1] wypada na choroby zakaźne, zaś 382 (89) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 14 (3): dorośli 84 (9) — razem 98, gruźlicze zapalenie opon 26 (5):4 (1) — 30, ospa 98 (2):1 — 99, odra 6 (1):0 — 6, dur brzuszny 5 (1):5 (1) — 10, zapalenie płuc 65 (8):8 — 73, błonica 6 (2): 0 — 6, płonica 2 (1):0 — 2, krztusiec 3:0 — 3, zakażenie połogowe 0:6 (2) — 6, inne 3:2 — 5; razem dzieci 228 (23): dorosłych 110 (13).

B) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 47 (11): 2 — 49, nieżyt dróg oddechowych 25 (3):0 — 25, wady serca 3: 35 (13) — 38, uwiąd starczy 0:29 (9) — 29, nieżywo urodzonych 50 (4), rozmaite 103 (24):82 (24) — 185, z przyczyny niewiadomej 3:0; razem dzieci 231 (42): dorośli 151 (47). *Dr Bartoszewicz.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Sprawa ustalenia bytu Pogotowia ratunkowego nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Obecnie lekarze Pogotowia oświadczyli Zarządowi miasta, że gotowi są utrzymać na własną rękę Pogotowie w tym samym lokalu, jeżeli miasto zapewni Pogotowiu tę kwotę, jakiej żąda Poliklinika za utrzymanie Pogotowia (20,000 K).

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschod.-gal. w d. 13. V. 1908 przyjęto sprawozdanie prezydenta z ostatniego posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, zatwierdzono taryfę lekarzy w Przemyślu, rozpatrywano zatarg lekarzy z Kasą chorych w Drohobyczu i kilka spraw honorowych.

— Według »Tygodnika lek.« (21) znajduje się w Wiedniu na 2,019 słuchaczy medycyny 150 z Galicyi.

Warszawa. Komitet badania i zwalczania raka organizuje w dalszym ciągu komitety dzielnicowe. Polskie Towarzystwo lek. w Kijowie wybrało komisyę z 4 członków, która zorganizuje sekcyę przeciwrakową w Towarzystwie. W Poznaniu postarał się Dr Chłapowski, aby w urzędowym schemacie statystycznym niemieckim wprowadzono rubryki »rasa« i »wyznanie«, oraz uzyskał materyał statystyczny, zebrany w poznańskim zakładzie patol. przez Prof. Lubarscha i Bussego i materyał ten odpowiednio zużytkuje. Na Wołyniu wydał Dr Poczobut z Łucka własnym kosztem schematy statystyczne według wzoru warszawskiego i rozesłał je lekarzom, praktykującym na Wołyniu. (»Gaz. lek.« 20).

— Magistrat warszawski otrzymał z zapisu Konstantego Rakowskiego 10,000 rubli na przytułki położnicze i 20,000 rubli na dom wychowawczy przy szpitalu Dz. Jezus.

— Wydział dobroczynny magistratu uchwalił zamiast istniejących obecnie 6 przytułków położniczych, mogących pomieścić rocznie tylko 3,339 rodzących (na 40,000 zgłaszających się!), utworzyć 3 Zakłady położnicze po 30 łóżek. Koszt budowy każdego takiego zakładu obliczono na 35,000 rb., utrzymanie na 14,000 rb. rocznie.

— Zmarły niedawno nestor dentystów warszawskich Wilhelm Scheller (ur. w Brunszwiku 1819) zostawił szereg zapisów dobroczynnych. Między innemi zapisał 1,000 rb. warszawskiemu Tow. odontologicznemu, z czego połowę postanowiono przeznaczyć na powstającą Kasę samopomocy, 350 rb. na wydawnictwo podręcznika chorób zębów i jamy ustnej, rozpoczęte przez ś. p. Dra Dzierżawskiego i Prof. Łepkowskiego, a 150 rb. na wydanie mianownictwa dentystycznego polskiego.

— Na I. posiedzeniu nowozawiązanego Towarzystwa lekarskiego w Siedlcach w d. 9. V. b. r. wybrani zostali prezesem Dr Anastazy Sawicki, wiceprezesem Dr J. Szawelski, sekretarzem Dr Wąsowski. Wykłady na posiedzeniu mieli Dr J. Pruszyński i Dr Korybut-Daszkiewicz z Warszawy. Towarzystwo odebrało od wielu polskich Towarzystw i od Redakcyi »Przeglądu lek.« listy i telegramy powitalne.

— Komisye przeciwcholeryczne w Częstochowie uchwaliły wybrać Komitet sanitarny, czuwający nad ogólnym stanem sanitarnym miasta nietylko w czasie zagrażającej cholery, lecz stale. Do Komitetu wybrano Dr Kohna, Dr Nowaka, pp. Waręskiego, Kwiatka i Slaskiego, oraz jako prezesa, ks. Awałowa. Nadto należą do Komitetu z urzędu: prezydent miasta, lekarz miejski (Dr Marczewski) i budowniczy miejski.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Delegatami Towarzystwa lekarskiego lwowskiego do Polskiego Komitetu Zjazdu są prezes Prym. Dr Pisek i Dr W. Ziembicki, delegatem Towarzystwa lekarzy galicyjskich Prof. Dr Paweł Kučera, Towarzystwa naukowego warsz. p. Zygmunt Woycicki, a Towarzystwa higienicznego warszawskiego Dr Stanisław Kurtz.

Z różnych stron. W komisyi budżetowej parlamentu austryackiego podniósł minister oświaty konieczność większych ofiar na wychowanie dzieci, słabo rozwiniętych umysłowo, dalej doniosłość fizycznego wychowania młodzieży, w którym to celu mają być nauczyciele umyślnie kształceni, wreszcie wspomniał o zamierzonych badaniach statystycznych co do odżywiania się dzieci szkolnych.

— Rada pracy w Wiedniu zajmuje się od dłuższego czasu sprawą ubezpieczenia robotników na starość. Zdając z obrad tych sprawę w »Grundfragen der sozialen Versicherung in Oesterreich« wspomina Dr J. Baernreither, iż oparcie nowego ubezpieczenia o istniejącą już instytucyę Kas chorych natrafia na trudności, iż co do lekarzy nie uzyskano jeszcze ostatecznych wyników, iż jednak jego zdaniem powinniby lekarze w sprawie tej otrzymać należne stanowisko, a zarazem uzyskać możność zawodowego wykształcenia się przez utworzenie na wszechnicach katedr medycyny społecznej. Wielką trudność stanowi też sprawa szkód, jakieby lekarze ponieśli pod względem materyalnym przy zaprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia. Rada pracy pozostawia ugodzenie się o wynagrodzenie porozumieniu Kas chorych z lekarzami, zaleca jednak wydanie ogólnych przepisów, normujących tę sprawę.

— Towarzystwo zwalczania partactwa w Wiedniu rozwija żywą działalność przez odczyty, broszury i t. d. Doskonałym środkiem walki okazały się publiczne »dysputy« lekarzy ze zwolennikami t. zw. naturalnego leczenia. Prezesem Towarzystwa obrano profesora patologii doświadczalnej, Dra Biedla.

— Na wydziałach lekarskich w Niemczech było w ostatnim półroczu zimowem 7,768 słuchaczy (o 670 więcej, niż w r. z.).

— Wśród chorych w szpitalach niemieckich było przed laty 30 chorych na kiłę 2,5%, obecnie jest 1,5%. Trędowatych żyje w Niemczech 28. Liczba leczonych w szpitalach na zapalenie wyrostka robaczkowego wzrosła od r. 1903 (8,412) do 1906 (16,781) w dwójnasób, śmiertelność spadła z 9,46 na 6,68%; śmiertelność z tej choroby jest największa w wieku młodszym (10—25 r. ż.).

— Miss Florence Nightingale, niezmiernie zasłużona w sprawie opieki nad chorymi i rannymi, obecnie 87-letnia staruszka, została mianowana przez króla angielskiego jednym z 20 rycerzy »orderu zasługi«, a przez miasto Londyn obywatelką honorową; międzynarodowa konferencya Czerwonego Krzyża postanowiła w r. z. utworzyć międzynarodowy medal zasługi imienia wielkiej filantropki.

— Międzynarodowe Towarzystwo urologiczne z siedzibą w Paryżu, właśnie się zawiązujące, zbierać się będzie na zjazdy co 3 lata; najbliższy zjazd odbędzie się w Paryżu z początkiem października. Prezesem biura zjazdu jest Prof. Albarran, wiceprezesami Prof. Posner z Berlina i Prof. Watson z Bostonu.

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.

Ludność w Łodzi w roku 1907 wynosiła 348,997, w tem polaków 155,886, rosyan 9,398, niemców 94,284, żydów 79,785. Podług wyznań dzieliła się na: katolików 131,275, prawosławnych 9,241, maryawitów 29,620 (?), protestantów 88,992, starozakonnych 79,785. Urodzeń było w r. 1907 — 21,399, z tego 611 nieślubnych, a zmarło 8,285 osób. Przyrost ludności wynosił więc 13,114, urodzeń więcej niż śmierci i 455 nowoprzybyłych, razem 13,569 (?), czyli 3,8%.

Liczby te są oparte na danych urzędowych, ale pozostawiają zapewne wiele do życzenia pod względem dokładności.

Mianowani: Dr Pęski dyrektorem kliniki chirurgicznej w Charkowie; Dr Jan Nolken asystentem kliniki neurol., a Dr Jan Kostecki elewem kliniki chorób dzieci w Krakowie;

Dr Grazzi profesorem nadzw. laryngologii w Pizie, Dr Perroncito profesorem nadzw. parazytologii w Turynie.

Zmarli: Dr Fryderyk Janeczek, prezes państwowego Związku organizacyi lekarskich austr. i organizacyi dolnoaustr., wielce zasłużony w ruchu zawodowym, .w 41 r. ż. w Herrenbaumgarten; chirurg Dr Gigli we Florencyi.

Redakcya otrzymała: Beck: Über die Ermüdbarkeit des Nerven. »Arch. f. d. ges. Phys.« 1908. — Dobrzycki: Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko. Warszawa. Wende i Sp. 1908. — Pawiński: Angina pectoris w świetle przeszłości. »Pam. Towarz. lek. warsz.« 1908.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w maju 1908: *Gazeta lekarska Nr 17—19:* Cykowski: Obrót zapobiegawczy. Biernacki (dok.). Rzętkowski (dok.). Gluziński (dok.). Wernic L.: Serodyagnostyka syfilisu oraz wartość próby Kleusner-Kreibricha. Goldberg: O leczeniu ambulatoryjnem wrzodów goleni. Wretowski: Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate. Maszewski: Nowy sposób radykalnej operacyi przepukliny pachwinowej u dzieci. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 18—21:* Arnstein: O dwóch nowych źródłach solanki w Ciechocinku. Hertz: O proteolitycznym odczynie jałowej ropy. Rosenthal: Samodzielnie trzymający się rozszerzacz dla powłok brzusznych. Janowski: Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymywanych przez przełyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa oraz parę uwag o bradykardyi. Grosglik: Przypadek guza gruczołu krokowego o niezwykłym przebiegu. Endelmann: W sprawie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. — *Tygodnik lekarski Nr 18—21:* Czyżewicz jun.: Hyperemesis gravidarum. Slęk: O ostrej niedrożności jelit w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Starzewski: Kilka uwag o szpitalnictwie niemieckiem. Rosmarin: Rzut oka na endemię kiły w powiecie kossowskim. Wachholz: Z kazuistyki t. zw. otruć mięsem. Smużyński: Przypadki ostrej wewnętrznej niedrożności jelit i kiszek, leczone w klinice chirurgicznej we Lwowie. Maszewski: O otrzymywaniu drobnych ilości soku żołądkowego w pewnych stanach chorobowych. — *Nowiny lekarskie Nr 5:* Żołątkowski: Przyczynek do kwestyi choroby posurowiczej. Rubin (dok.). Bolewski: Dwa przypadki ropnia płatu skroniowego, pochodzenia usznego. Dziembowski: O rozpoznawaniu choroby Weila.—*Czasopismo lekarskie Nr 4:* Rosenblatówna: Przyczynek kliniczny do symptomatologii myxoedema infantum. Raszkes: (dok.). Goldberg: Przyczynek do leczenia ropni. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz., zesz. I:* Łuczycki: Przyczynek do nauki o wpływie chorób zakaźnych na powstawanie zaburzeń umysłowych. Pawinski: Angina pectoris w świetle przeszłości. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Postęp okulistyczny Nr 3:* Machek: O zmianie refrakcyi oka w niektórych przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej. Rumszewicz: Jeszcze o szklistem zwyrodnieniu spojówki. — *Przegląd higieniczny Nr 5:* Karwowski: O seksualnem wychowaniu młodzieży. Czerszykówna (c. d.). Maślanka: (c. d.). — *Zdrowie Nr 5:* Kucharzewski: W sprawie wód mineralnych naturalnych krajowych. Chodecki: Alkoholizm a prostytucya. Lekarz: Kropla mleka w Dąbrowie. — *Kronika dentystyczna Nr 5:* Krakowski: Przyczynek do etyologii, symptomatologii i profilaktyki rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej. — *Głos lekarzy Nr 9—10:* Mikołajski: 1) Oferta Kółek rolniczych. 2) Nowsze usiłowania zmierzające do zwalczania partactwa leczniczego. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). 4) IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. 5) Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Wątorek: Podstawy finansowe Tow. wzaj. pomocy lek. — Próby zbliżenia wzajemnego lekarzy narodowości słowiańskich. — Klęsk: W kwestyi materyału opatrunkowego.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 3. czerwca o godzinie 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Porządek dzienny: 1) Prof. Ciechanowski przedstawi preparaty anatomiczno-patologiczne. 2) Prof. Kader przedstawi chorych, operowanych w klinice.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Regulin (Helfenberg) z agaru i wyciągu kaskary, jestto środek regulujący wypróżnienie, działający szybko, pewnie i nieszkodliwy. Brak smaku ułatwia zażywanie go nawet przez najkapryśniejszych chorych. Klimek (»Allg. med. Zeitg.« 1907, 8) stosował regulin w licznych przypadkach i uważa przetwór ten za pewny i wolny od wszelkiego działania szkodliwego, odpowiedni w lżejszych i średnio ciężkich przypadkach zaparcia. Tosamo sądzi Leo (»Münch. med. Wochs.«), Mollweide (»Therap. Monatshefte), Schellenberg (»Deut. med. Wochs.«) i i. *S. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 6 czerwca 1908. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

W działaniu przypuszczalnych trucizn, powstających w samym ustroju, na układ nerwowy, występuje na jaw podobieństwo ze znanem dobrze działaniem toksyn drobnoustrojowych. Ale tak samo, jak jady bakteryi wpływają nietylko na istotę nerwową, mogą i jady ustrojowe szkodzić także innym tkankom i wzniecać przez to objawy inne, nie nerwowe, a przynajmniej nie przeważnie nerwowe. Powstają wtedy obrazy, które przypominają żywo zatrucia toksynami bardzo jadowitych bakteryi, zwłaszcza ropnych, spostrzegane w przebiegu ropnicy, złośliwego zapalenia osierdzia, płonicy i t. d. Wyrazem ich zewnętrznym jest tak zwana skaza krwotoczna, która się objawia występowaniem krwawych plam na skórze, a czasem także krwotokami z narządów miąższowych. Na to. że to samo przydarzać się może także w następstwie samozatrucia, zdaje się wskazywać następujący przypadek, spostrzegany na moim oddziele:

Vidak V., lat 43, krawiec, nieżonaty, wyznania prawosławnego, przyjęty na oddział 8 stycznia 1908 r.

Od 3 tygodni czuje się niedobrze, nie ma apetytu, doznaje odbijań, gniecenia w dołku; w brzuchu częste przelewania, od czasu do czasu rodzaj kurczowych bolów; stolec zaparty; chory nie wychodzi po 4 do 5 dni, a wypróżnienia następują tylko po leku przeczyszczającym, zwykle po soli karlsbadzkiej, która tutaj jest w powszechnem użyciu jako środek domowy. Przy tem miewa chory nieokreślone bole w kończynach i klatce piersiowej i traci siły. 8. I. rano spostrzegł chory wybitnie krwawe zabarwienie moczu, dziąsła zaczęły również krwią broczyć, a na skórze kończyn dolnych pojawiły się plamiste krwawe miejsca. Zaniepokojony tymi objawami, zgłosił się chory do mnie po południu w godzinie przyjęć i za moją radą wpisał się na oddział. Z innych szczegółów wywiadowczych zasługuje na uwagę, że chory prowadził od dawna życie nieporządne, nie miał właściwie stałego mieszkania, żywił się niezdrowo, ale za to wypijał co dzień najmniej pół litra wódki i litr wina, jak sam powiada, a według podania jego brata znacznie więcej. Ważniejszych chorób oprócz zimnicy, przed 12 laty, nie przebywał.

S t a n o b e c n y: Wzrost więcej niż średni, budowa kośćca dobra. Twarz zapadnięta, blada. Na skórze kończyn dolnych gęsto obok siebie rozsiane, mniejsze i większe wybroczyny; w niektórych miejscach zlewają się ze sobą i tworzą spore plamy. Głównie są wybroczynami pokryte golenie na powierzchni przedniej i z boku. Podobny obraz na kończynach górnych. Na skórze brzucha i tułowia tylko tu i owdzie wystąpiły drobne podbiegnięcia. Spojówki blade z żółtaczkowym odcieniem, po stronie lewej mała wybroczyna podspojówkowa. Źrenice równe, dość szerokie, oddziaływają na światło należycie. Dziąsła barwy prawidłowej, nieobrzękłe, zęby przeważnie zdrowe, nie chwieją się. Mimo to wyraźne broczenie krwi, widoczne w części błony śluzowej, przylegającej do zębów. Błona śluzowa gardła żółtawo-różowa. Na podniebieniu parę drobnych wybroczyn. Cuchnienie z ust, chwilami jakby woń acetonu. W narządzie oddechowym i w narządzie krążenia zmian nie ma. Brzuch wzdęty, miernie bolesny. W żołądku pluskanie; w jelitach grubych kruczenie, w jelicie esowatem zbity kał. Wątroba macalna, o brzegu okrągłym, bolesnym. Uwagę zwraca znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, szyjnych, pachowych, pachwinowych i nad przegubem łokciowym. Ciepłota ciała z dnia poprzedniego po południu wahała się około 37·4° C., w czasie badania rano wynosiła 37° C., tętno 88.

M o c z, ciemno czerwony od wynaczynionej krwi, zawiera po odsączeniu wyraźny ślad białka; w osadzie ciałka krwi; wałeczków krwawych lub śródbłonkowych, ani śródbłonków nerkowych nie znaleziono: pojawiały się tylko nieliczne wałeczki szkliste.

K r e w nieco bledsza, c. wł. 1·54 (Hammerschlag), hemoglobiny 85%, l. c. czerwonych 3,000.000, białych 2.800. W preparatach barwionych znaleziono wyraźny niestosunek ilości ciałek wielojądrzastych do jednojądrzastych; obraz przypominał limfocytozę krwi, spostrzeganą u chorych na dur.

Z dalszego przebiegu zasługują na podniesienie następujące szczegóły, zapisane w historyi choroby:

10. I. Chory żali się na znaczny ból w okolicy wątroby. Żółtaczkowe zabarwienie spojówek cokolwiek wyraźniejsze. Wątroba przy obmacywaniu bardzo tkliwa. W nocy dość obfite wymioty; w zwymiotowanej treści krew. Po wlewaniach do kiszek wypróżnienie dość skąpe, kał silnie cuchnący, krwawy. Krew w moczu i krwawienie z dziąseł utrzymują się. Ciepłota ciała prawidłowa. Stan ogólny chorego lichy.

12. I. Chory kilkakrotnie odkrztusił krew, zresztą stan taki sam, jak poprzednio.

14. I. Bole w okolicy wątroby znacznie mniejsze, wątroba mniej tkliwa, jeszcze wyraźnie macalna. Chory żali się na szarpiące bole w mięśniach klatki piersiowej, zwłaszcza zaś w okolicy łopatek. Wymioty krwawe nie powtórzyły się, w stolcach pojawia się krew w ilości małej, mocz jaśniejszy, krwawienie z dziąseł mniejsze. Na skórze nie pojawiły się nowe wybroczyny, dawniejsze zmieniają barwę.

15. I. Stan ogólny znacznie lepszy. Barwa moczu prawie zupełnie prawidłowa. W stolcu krwi nie było, krwawienie z dziąseł mniejsze. Wątroba mniej tkliwa, zmalała. Poprawa postępuje rychło, chory domaga się jedzenia, czuje się silniejszym.

19. I. W wilię opuszczenia szpitala, zapisano: Stan podmiotowy zupełnie dobry. Wyraz twarzy swobodny, skóra o zdrowym kolorycie. Krwawienia ustąpiły zupełnie. Gruczoły chłonne zmalały tak, że teraz szukać ich trzeba, obrzęk wątroby ustąpił również prawie zupełnie. Mocz prawidłowy. Skład krwi prawidłowy.

R o z p o z n a n i e opiewało: *Morbus maculosus Werlhofii probabiliter ex autointoxicatione e tractu intestinali.*

Zanim wolno było przyjąć w tym przypadku samozatrucie jako prawdopodobną przyczynę choroby, należało wyłączyć wszystkie inne czynniki szkodliwe, które według obowiązujących zapatrywań wzniecać mogą objawy plamicy krwotocznej. Wspomnimy tylko o tych, które wydawać się mogły prawpodobne.

W pierwszym rzędzie zastanowić się należało nad możliwością jakiejś choroby zakaźnej. Dla tej nie było podstaw ani w wywiadach, ani w wyniku badania przedmiotowego. Chory nie wspominał zupełnie o dreszczach, gorączce, ani potach, a zapytany o te szczegóły wprost im zaprzeczył. Badanie nie wykryło znamion przebytej umiejscowionej choroby, a za ważny szczegół poczytywać trzeba tę okoliczność, że mimo znacznego obrzęku wątroby, śledziona zupełnie nie była powiększona.

Dla drugiej sprawy, dla zatrucia, w szczególności zepsutymi pokarmami, nie było również żadnych podstaw.

Pozostawały dwie jeszcze możliwości: choroba krwi, albo mówiąc wyraźniej białaczka, i nowotwór *(lymphosarcoma)*, usadowiony w wątrobie i gruczołach.

Pytanie co do białaczki rozstrzygnąć przyszło łatwo na podstawie badania krwi. Ilość ciałek białych nietylko że nie była większa od prawidłowej, ale nawet znacznie mniejsza. W obrazie drobnowidowym preparatów barwionych nie spotkano zupełnie ciałek, cechujących białaczkę.

Najdłużej trzeba było zaczekać z rozstrzygnięciem ostatniej wątpliwości. Obrzęk wątroby i gruczołów chłonnych były w każdym razie bardzo podejrzane. Dalszy przebieg choroby pokazał, że powiększenie tych narządów nie zależało od rozwoju tkanki nowotworowej, lecz było następstwem jakiegoś podrażnienia i ustąpiło rychło wraz z podrażnieniem. Należało więc ostatecznie rozjaśnić tylko pochodzenie istot drażniących. Cały obraz choroby, jej powstanie, przebieg i rychłe pomyślne zejście mówiły, że przyczyna nie może być stała. Wprost więc przez wyłączenie nawet trzeba było upatrywać ją w zaburzeniach w zakresie narządu pokarmowego. Były one ostatnią, bezpośrednią przyczyną. Obok tego przyjąć jeszcze trzeba wpływ pośredni, działający przez dłuższy przeciąg czasu na ustrój chorego i podkopujący jego odporność. Dostrzedz go można w całym szeregu niepomyślnych czynników, które wynikały z niezdrowego sposobu życia, a o których wspomnieliśmy na wstępie historyi choroby, streszczając najważniejsze szczegóły z wywiadów.

Oprócz tych uwag, które wypływają z istoty obchodzącego nas w tej chwili przedmiotu, zasługują tu jeszcze na podniesienie pewne szczegóły ze względu na objawy samej plamicy. Do rzadszych należy obfite krwawienie z dziąseł, mimo, że dziąsła nie okazały zboczeń. Przez to krwawienie można było w pierwszej chwili myśleć o gnilcu. Nie godził się z tem jednak brak zmian w błonie śluzowej, tak znamiennych dla tej choroby. Po przejrzeniu dostępnego mi piśmiennictwa przekonałem się nadto, że i w plamicy krwotocznej w pojedynczych przypadkach spostrzegano sączenie się krwi z dziąseł. Nigdzie natomiast nie spotkałem wzmianki o obrzęku gruczołów chłonnych i o zmniejszeniu się ilości ciałek białych we krwi z równoczesnem przesunięciem stosunku między ciałkami wielojądrzastemi i limfocytami na korzyść limfocytów. Na razie ograniczam się tylko do stwierdzenia tych szczegółów, dotychczas, o ile osądzić mogę, nie uwzględnionych jeszcze. Być może, że stanowią one cechę pewnej tylko postaci plamicy krwotocznej, postaci, polegającej przypuszczalnie na samozatruciu. Niejakie podobieństwo mielibyśmy tu co do krwi ze zmianami, spostrzeganemi w przebiegu duru brzusznego i w zatruciu fosforem, o którem w ostatnich czasach ogłosił zajmującą pracę T. Pisarski.

Tych parę spostrzeżeń, streszczonych powyżej, nie daje zupełnego obrazu różnorodnych zboczeń, które powstawać mogą jako następstwo działania trujących połączeń, wytworzonych w ustroju przy niedokładnej wymianie materyi. Wystarczą one wszakże do tego, aby pokazać, że objawy samozatrucia mogą być nader różne, z drugiej strony dostarczają dowodów, że w pewnych przypadkach składać się mogą te objawy na jedną całość i odtwarzać obrazy ściślej określonych postaci chorobowych, które klinicznie lepiej pojąć i przedstawić można.

Przypadki tego właśnie rodzaju stanowią w każdym razie mniejszość spostrzeżeń. O wiele częściej zdarza się, że obraz samozatrucia nie posiada znamion znanych dokładniej jednostek patologicznych: dla choroby brakuje nazwy. A jednak trzeba ją nazwać. Wyjmuje się wtedy z całości jeden szczegół i tworzy rozpoznanie, które ani nie zadowalnia lekarza, ani nie określa należycie choroby.

Weźmy jako przykład przypadki powtarzającego się często zaparcia żywota z całym szeregiem tak zwanych objawów ogólnych, zwłaszcza u osób bardzo jeszcze młodych, a szczególnie u dorastających dziewcząt. Mniejsze lub większe zaburzenia w trawieniu stanowią tu regułę. Otóż na te zaburzenia zwraca się wyłączną uwagę i poczytuje się je za istotną chorobę, a co za tem idzie, za właściwy przedmiot leczenia przyczynowego. Nierzadko jest to słuszne. Ale każdy doświadczeńszy lekarz przyzna, że nie zawsze. W niejednym z takich przypadków zastanowić muszą zmiany w ilości i w wejrzeniu wydzielanego moczu, chwilowa obecność małych ilości białka, niestałe pojawienie się wałeczków szklistych, a nawet ziarnistych, a dalej powstawanie zmian naczynioruchowych na skórze, czy to w postaci przelotnego tylko zaczerwienienia pewnych obszarów skóry, czy też w postaci t. zw. naczynioruchowych osutek, jak pokrzywka, rumień nerwowy i t. d. Dla nich przynajmniej przyjąć trzeba, że zarówno niedowład kiszek, jak cały szereg innych przedmiotowych i podmiotowych przypadłości mieć musi jakąś przyczynę głębszą, że ta przyczyna nie leży w samym tylko narządzie pokarmowym, jako takim.

Często zwykło się mówić w takich razach o wpływach nerwowych. Sięgać do nich tem łatwiej, że wiemy o nich więcej, że powołać się możemy na ścisłe fizyologiczne doświadczenia, zajmujące się poznaniem wpływu, jaki drażnienie pewnych nerwów i pewnych obszarów ośrodkowego układu nerwowego wywiera na wydzielanie zaczynów trawiących, na naczynia krwionośne, na narząd ruchowy przewodu pokarmowego i t. d. Ale spytać się trzeba koniecznie, co te nerwy drażni w przypadkach owych nerwowych zboczeń w narządzie pokarmowym, co sprawia, że czynność ich staje się nieprawidłowa? Medycyna teoretyczna nie da nam na to pytanie odpowiedzi ścisłej i dokładnej. Pytanie jest jednak słuszne, codzienne życie lekarskie zmusza nas poprostu do tego, aby je postawić. A więc

medycyna praktyczna musi się sama starać, aby na nie odpowiedzieć. I odpowiedzieć może, jeśli, w braku innych podstaw, zwróci się do logicznej dedukcyi spostrzeganych zjawisk i do własnej intuicyi, która jednak nierzadko znajdzie oparcie o szczegóły, które i naukowej krytyce, wynikającej z doświadczeń i badań, stawić mogą czoło. Jeśli powiemy, że zboczenia czynnościowe zależą od działania związków, które powstały przy wymianie materyi i dalej się nie rozpadły, albo nie zostały według biologicznych zasad zobojętnione, to nie popełnimy bynajmniej przestępstwa wobec naukowych zapatrywań. Wszak medycyna teoretyczna nauczyła nas, że tak samo, jak powinowactwo chemiczne, istnieje także powinowactwo biologiczno-chemiczne, że na mocy tego powinowactwa niektóre komórki szczególnie łapczywie wiążą się z pewnemi ciałami. Jady tężcowe i jady wścieklizny gromadzą się w układzie nerwowym, jady błonicy uszkadzają z szczególnem upodobaniem mięsień sercowy, alkoloidy roślinne działają także przeważnie na układ nerwowy, o niektórych z nich, n. p. o strychninie i kokainie, wiemy już na podstawie ścisłych badań, wykonanych przez Torata Sano, że wiążą się z istotą nerwową rdzenia. Czy tego samego nie wolno powiedzieć o truciznach, wytworzonych w samym ustroju? Sądzę, że tak. Trucizn tych nie znamy co prawda dokładnie, ale wiemy że są, a tem samem, że mogą niekorzystny wpływ wywierać. Rodzaj tego wpływu dadzą nam poznać w pewnej przynajmniej mierze spostrzeżenia kliniczne, więc o takie spostrzeżenia starać się trzeba i więcej może, aniżeli dotychczas dziać się zwykło, zwracać uwagę na możliwość samozatrucia. W ten sposób sięgniemy nieraz głębiej w istotę choroby, a dla zupełnie ścisłych badań teoretycznych i więcej będzie zachęty i więcej materyału. Niewątpliwie będą także i korzyści praktyczne, bo przez głębsze wniknięcie w istotę choroby łatwiej będziemy mogli dać dobrą radę i rychlej przynieść istotną i trwałą pomoc.

Z pracowni chemicznej Zakładu fizyologii Prof. Dr Adolfa Becka we Lwowie.

O braku zależności pomiędzy indykanem moczu, a indolem w kale.

Podał

Wacław Moraczewski.

(Dokończenie.)

Badania nasze dotyczyły chorych i zdrowych. U zdrowych badaliśmy zawartość indolu w kale, a indykanu w moczu przy rozmaitych dyetach. N. p. przy dyecie mlecznej, w której po kolei zastępowaliśmy białko cukrem lub tłuszczem, t. j. dodawaliśmy do zwykłej porcyi 400 gr sera, 200 gr cukru, 100 gr tłuszczu. Taką zmienioną dyetę utrzymywaliśmy przez 3 dni. Oprócz tego badano wpływ kwasu solnego, ługu sodowego, urotropiny, gruczołu tarczowego, o czem przy omawianiu poszczególnych doświadczeń dokładnie opowiemy. Robiliśmy także doświadczenia z laktobacyliną przy dyecie mieszanej u ludzi zdrowych.

Doświadczenia na chorych dotyczyły przeważnie chorób wątroby i jelit: jak żółtaczka nieżytowa, stwardnienie wątroby, dur; badaliśmy także zatrucia, choroby wyniszczające i t. d.

Wyniki nasze zebraliśmy w tablicach, które po kolei objaśniać będziemy.

Tablica pierwsza obejmuje wyniki doświadczeń nad zdrowym ustrojem, żywionym przeważnie mlekiem z dodaniem sera, cukru lub tłuszczu. Nie oznaczaliśmy tu właściwie indolu, tylko urobilinogen i urobilinę w kale, a w moczu indykan i eterosiarkany. Z doświadczeń naszych wynika, że przy jednolitem wydzieleniu żółci odczyn Ehrlicha może dawać pojęcie o stopniu gnicia w kiszkach. Wniosek ten zrobiliśmy dopiero, porównując wyniki tu zawarte z późniejszemi naszemi doświadczeniami. Pomiędzy urobiliną a urobilinogenem panuje pewien antagonizm. ponieważ pierwsza tworzy się z drugiego; mimo tej zależności, dadzą się jednak pewne wnioski wysnuć. N. p. dodatek cukru do pożywienia podnosi stale ilość urobiligenu, a zmniejsza ilość urobiliny. Masło zdaje się raczej zmniejszać urobilinogen, a powiększać urobilinę. Zaparcie stolca niema na barwiki wpływu, natomiast przy rozwolnieniu zmniejsza się urobilinogen, a powiększa urobilina; nie można zatem zgodzić się na zdanie, jakoby w świeżym kale był tylko urobilinogen, a z czasem tworzyła się urobilina, raczej rzecz się ma odwrotnie. Nie wynika stąd wcale, żeby nie mieli słuszności autorowie, którzy zauważali znikanie odczynu Ehrlicha w rozczynach alkoholowych kału. Odczyn ten znika, ustępując miejsce urobilinie, ale jest to sprawa wtórna, nie mająca nic wspólnego z ilością, zawartą w kale.

Tablica pierwsza objaśnia bardzo dobrze wpływ rodzaju żywności na wydzielenie indykanu. Cukier zmniejsza ilość, masło powiększa, ser zmniejsza również, jeżeli uwzględnimy ogólną ilość azotu. Porównywany z ilością azotu indykan przy cukrze raczej się powiększa, a w każdym razie często stwierdzane zmniejszenie jest zmniejszeniem bezwzględnej, nie względnej jego ilości.

Zależności pomiędzy barwikami moczu i barwikami kału, t. j. między urobiliną kału i moczu wykryć się nie dało.

Tablica II zawiera wyniki badania chorych. Ponieważ znaczna ich część cierpiała na zaburzenia w wydzielaniu żółci, zatem odczyn Ehrlicha świadczy głównie o ilości zawartej żółci i wniosków, dotyczących gnicia kiszkowego, wysnuwać nie pozwala. Przy zatrzymaniu wydzielania żółci zarówno ilość urobiliny, jak i ilość urobilinogenu maleje i po wyzdrowieniu obie ilości się podnoszą. Wszelka gorączka zmniejsza wydzielenie, które po ustąpieniu gorączki się wzmaga, jak widać na przykładzie duru.

Zależność urobiliny moczu od urobiliny kału jest i tu mało widoczna. Urobilina moczu powiększa się w gorączce niezależnie od ilości zawartej w kale. Przy żółtaczce ilości urobiliny nie zawsze są wzmożone.

Indykan w moczu prawie zawsze ulega zwiększeniu przy żółtaczce, przyczem siarczany aromatyczne powiększają się niejednolicie. Można przypuszczać, że stosunek indykanu do siarczanów aromatycznych zmienia się tam, gdzie indykan nadmiernie bywa zwiększony. Świadczy to o tem, że może nie cały indykan wiąże się z kwasem siarczanym; że albo zmniejszają się ilości innych aromatycznych składników moczu, albo występuje obok indykanu kwas glikuronowy, który w części zastępuje kwas siarczany. Dość, że wszędzie tam, gdzie indykan jest powiększony, widzimy wprawdzie równocześnie powiększenie siarczanów, ale powiększenie to nigdy nie odpowiada stosunkowi prawidło-

wemu. Kiedy indygo do siarki ma się zazwyczaj jak 1:1, tu może dochodzić do 2:1 albo i 3:1.

W tablicy III umieściliśmy obok liczb, wyrażających odczyn Ehrlicha, liczby indolu, znalezionego w kale. Liczby te otrzymaliśmy nie tą metodą, którą opisaliśmy na wstępie, tylko inną. Destylat z kału wyciągaliśmy eterem w przyrządzie Hugershoffa, a wyciąg eteryczny, zawierający indol, odparowywaliśmy przy ciepłocie pokojowej i zgęszczaliśmy z paradimetylamidobenzaldehydem. Otrzymany barwik oznaczaliśmy spektrofotometrycznie. Był to więc ten sam odczyn Ehrlicha, wykonany z oczyszczonym indolem. Ilości indolu, otrzymane w ten sposób, są o wiele mniejsze od liczb, wyrażających odczyn Ehrlicha, co wynika z poprzednio omówionej różnicy. Odczyn Ehrlicha nie jest bowiem tylko odczynem indolowym, ale raczej odczynem urobilinogenu. Co więcej, odczyn ten daje bezpośrednio w kale bardzo słabe zabarwienie nawet tam, gdzie indolu jest dużo, a urobilinogenu wcale niema (brak żółci — *acholia).*

Mimo to jest pewien związek między temi liczbami tam, gdzie wydzielenie żółci jest jednostajne i gdzie odczyn

Tablica I.

Data	Dyeta mleczna w warunkach prawidłowych	Indol w kale (Ehrlich) %	Azot w kale %	Indykan w moczu %	Azot w moczu %	Urobilin w moczu %	Urobilin w kale %	Ilość kału %	Ilość moczu %	Siarka aromatyczna %	Części suche kału %	Azot w kale %	Azot moczu dziennie %
22/XI	Mleko, chleb, masło	0,224	0,9358	0,0070	1,085	0,00066	0,099	400	1600	—	24,12	3,88	17,365
2/XII	Mleko i chleb	0,333	1,0899	0,0070	1,617	0,00364	0,1894	231	1200	—	23,44	4,65	19,404
12/XII	Mleko, chleb, ser	0,321	1,2903	0,0050	1,870	0,000945	0,1015	226	1460	0,00409	22,48	5,74	27,289
8/I	Mleko i chleb	0,0623	0,9634	0,0025	0,903	0,00189	0,5499	310	2210	0,00321	22,20	4,34	20,956
10/I	Mleko i chleb (3 wypróżnienia)	0.275	0,8546	0,9033	1,125	0,00087	0,4715	270	1500	0,00367	18,66	4,58	16,875
14/I	Mleko i chleb (3 dni zatrzym. kału).	0,234	1,2105	0,0024	0,950	0,00207	0,2995	453	1730	0,00305	24,96	4,85	16,591
9/II	Mleko, chleb i ser	0,246	1,1412	0,0036	1,120	0,00215	0,2549	246	2010	—	21,82	5,23	23,52
11/II	Mleko, chleb i masło	0,295	0,9636	0,0035	0,983	0,0009	0,093	287	1830	0,00354	23,11	4,17	17,988
29/II	Mleko, chleb i masło	0,1611	0,9632	0,0022	1,008	0,00131	0,6574	217	1500	0,00353	23,96	4,02	15,12
2/III	Mleko, chleb i ser	0,5915	1,0516	0,0015	1,740	0,00131	0,293	315	1650	0'00345	22,47	4,68	27,71
5/III	Mleko i chleb	0,468	1,2085	0,0032	0 980	0,00062	0,1136	320	1750	0,00306	24,41	4.91	17,15
13/III	Mleko, chleb i cukier	0,282	0,3404	0,0040	1,290	0,00137	0,0268	462	1250	0,00392	6.92	4,92	14,87
14/III	Mleko, chleb i cukier	0,832	1,0617	0,0016	1,365	0,00134	0,0851	192	1180	0,00388	19,13	5,55	16,08
20/III	Mleko, chleb, słonina	0,256	0,801	0,0016	1,015	0,000912	0,0685	273	1625	0,00391	22,50	3,56	16,54
28/III	Mleko, chleb, cukier	1,042	0,8364	0,0013	0,875	0.000526	0,0789	280	2290	0,0029	20,91	4,00	19,047
14/XI	Mleko, chleb, masło	0,4045	1,0869	0,0040	1,092	0,000731	0,0780	260	1600	0,00346	25,16	4,35	17,47
17/XI	Mleko, chleb HCl 100 gr $^1/_{10}$ n.	0,372	1,022	0,0020	0,997	0,000791	0,0591	240	1600	0,0025	21,48	4,76	15,96
21/XI	Mleko, chleb	0,388	0,8713	0,0035	0,9695	0,600445	0,0951	315	1740	0,0035	20,03	4,54	16,86
24/XI	Mleko, chleb NaOH $^1/_4$ n. 100.	0,2439	0,8488	0,0055	1,227	0,00154	0,0121	250	1350	0,00356	29,38	4,38	15,21
2/XII	Mleko i chleb	0,4205	1,2996	0,0035	1,379	0,001208	0,2307	250	1230	0,0043	22,16	5,91	16,96
6/XII	Mleko, chleb, masło	0,2413	0,7668	0,0065	0,875	0,001423	0,2906	330	1500	0,00417	21.54	3,01	13,12
8/XII	Mleko, chleb, cukier	0,3443	0,9146	0,0040	0,742	0,00154	0,0329	270	1830	0,00389	22,93	3,98	12,57
10/XII	Mleko, chleb, cukier	0,7840	0,9298	0,0030	0,700	0,001175	0,0587	220	1400	0,09352	21,38	4,16	9,14

Tablica II.

Rodzaj choroby	Indol w kale (Ehrlich) %	Azot w kale %	Indykan w moczu %	Azot w moczu %	Urobilin w moczu %	Urobilin w kale %	Ilość kału	Ilość moczu	Siarka aromatyczna	Cząstki stałe w kale	% czotu w kale
Rozwolnienie (prawidłowe)	0,0210	0,8205	0,0098	1,4855	0,00727	0,262	—	—	—	15,60	5,267
Roślinna dyeta (warunki prawidł.)	0,0328	0,3721	0,0040	1,414	0,00105	0,158	585	900	0,0062	12,72	3,857
Dziecko, r. m., 9 l.	0,1450	0,8817	0,0056	1,137	0,00082	0,0765	—	—	0,00411	18,18	4,88
„ r. ż., 7 l.	0,3000	1,1771	0,0045	0,896	0,00082	0,1123	—	—	0,00377	24,32	4,79
Goraczka, dziecko, 7 l.	0,5088	—	0,0030	1,190	—	0,1459	—	—	0,00359	—	—
Zapalenie płuc, r. m., 30 l.	0,1470	0,5966	0,0050	1,655	0,00173	0,298	—	—	0,00697	15,62	3,82
Dur brzuszny, r. m. I tydzień	0,208	0,21286	0,0050	2,1333	0,00319	0,0233	1,000	—	0,00602	3,45	6,17
„ „ „ „ II „	2,706	0,7404	0,0090	1,484	0,00515	0,146	75	—	0,00935	19,85	3,73
„ „ „ „ III „	0,5201	0,5447	0,0015	0,630	0,00151	0,0899	180	—	0,00293	22,42	2,43
Niedokrwistość, r. ż. Zatwardzenie	0,4692	2,0925	0,0027	—	0,00137	0,2211	75	—	0,00478	40,83	5,12
„ „ „ „	1,437	1,3753	0,0055(?)	1,148	0,002318	0,7815	120	—	0,00219	22,51	6,11
Nowotwór złośliwy, r. ż.	0,3835	1,2409	0,0035	0,504	0,00098	0,1984	80	—	0,0028	21,74	5,708
„ wątroby, r. m. (bez żółtaczki)	1,230	0,6623	0,0075	1,557	—	0,1412	220	—	0,01268	18,76	3,53
Nowotwór wątroby, r. ż. (żółtaczka).	0,0408	0,9664	0,0030	0,997	0,00150	0,0423	50	—	0,0033	22,58	4,28
„ „ „ „ „	0,0531	0,9452	0,0375!	1,064	0,00357	0,0404	50	—	0,01253	27,32	3,46
Stwardnienie wątroby, r. ż.	0,2137	1,3034	0,0105	0,840	0,00173	0,3213	175	—	0,00611	18,41	7,08
„ „ r. m.	0,4205	0,7797	0,0087	0,791	0,00245	0,3625	215	—	0,00634	23,00	3,39
„ „ r. m.	0,901	0,9106	0,0150	1,435	0,00345	0,756	—	—	0,00644	16,32	5,58
„ „ r. m.	0,1796	0,800	0,0055	1,169	0,00428	0,0448	212	—	0,00609	14,78	—
„ „ r. ż.	0,1443	0,6569	0,0035	0,861	0,90464	0,0902	138	—	0,00300	15,83	4,15
Żółtaczka nieżytowa, r. m.	0,2530	0,6368	0,0110	1,2425	0,00058	0,2810	270	—	0,00746	13,28	4,75
„ „ r. ż.	0,1040	0,6461	0,0150	0,756	0,00274	0,0318	—	—	0,01031	19,60	3,27
„ „ I tydzień	0,0766	0,8677	0,0085	0,8925	0,00183	0,190	—	—	0,00725	20,18	4,03
„ „ II tydzień	0,0520	0,8496	0,0082	0,8242	0,00115	0,4654	—	—	0,00317	14,09	6,03
Kamienie żółciowe, r. ż.	0,5364	0,4696	0,0068	0,700	0,00245	0,0490	—	—	0,00500	14,63	5,21
Achylia gastrica, r. ż.	0,9930	0,5849	0,0050	0,315	0,0055	0,0887	190	—	0,00258	14,48	4,04
Cukrzyca, r. m.	0,1190	0,6027	0,0020	0,441	0,000373	0,0993	30	—	0,00590	16,58	4,00
Cukrzyca, r. m.	0,0647	0,7309	0,0155	2,0307	—	0,0665	340	—	0,01071	8,67	8,42
Cukrzyca, r. m.	0,0713	0,7293	0'0043	0,420	0,000202	0,1311	70	—	0,00147	11,15	6,55

Ehrlicha wyraża mniejszą lub większą ilość wytworzonego urobilinogenu. Ta ilość jest potrochu jak indol wyrazem gnicia, jak to z pierwszej tablicy widzimy.

W tablicy III zawarte są wyniki badań indolu w żółtaczce przed i po jej ustąpieniu. Wynika z nich, że indol w kale prawie zawsze powiększa się w czasie trwania acholii, a maleje po jej ustąpieniu [2]). Indykan w moczu zachowuje się tak samo. Nie należy jednak przypuszczać, że zależność taka świadczy o przenikaniu indolu do tkanek, bo nietylko zdarzają się takie przypadki, w których mimo zmniejszenia indolu po ustąpieniu żółtaczki indykan się powiększa, ale i sama ilość indykanu w moczu zdaje się mieć inne źródła, o których zaraz mówić będziemy.

We wszystkich zaburzeniach czynności wątroby stwierdza się obfity indykan w moczu mimo, że indol kału bardzo się waha. Indol kału, jak uczą nasze doświadczenia późniejsze, zależy głównie od jakości pokarmu, a indykan w moczu od stanu wymiany materyi. Naprzykład przy gorączce spotykamy bardzo obfity indykan, obok nieznacznej ilości indolu.

Uderzający jest wzrost wydzielania indykanu przy zatruciu fosforem i przy gruźlicznym nieżycie jelit. W pierwszym przypadku badaliśmy mocz i kał zaraz po otruciu i w dziesięć dni potem i zauważyliśmy, że indykan zmniejszył się znacznie w moczu mimo, że indol w kale raczej się przy obfitszem odżywianiu powiększył. W przypadku gruźlicy było dziennie 5 płynnych wypróżnień, mowy więc niema o wessaniu z jelit, tembardziej, że wysoka liczba azotu świadczy o złem chłonieniu; mimo to indykan dochodzi do najwyższych ilości, jakie w moczu spotykać można.

Wpływ laktobacyliny na zdrowych, którą podawano w postaci mleka kwaśnego nie dał się uwidocznić. Wprawdzie stwierdzaliśmy chwilowe zmniejszenie indolu w kale i indykanu w moczu, ale wahaćby się można co do przyczyn tego zmniejszenia. W drugim przypadku nie można było nawet tego przejściowego zmniejszenia w kale i w moczu zauważyć. Natomiast stwierdzono wybitne zmniejszanie się barwików kału. Liczby urobiliny wyraźnie spadają w obu badanych przypadkach. Nie można jednak stanowczo twierdzić, że zmniejszenie to stoi w związku z podawaniem laktobacyliny.

W tablicy IV zamieszczone są wyniki badań ustroju prawidłowego. Stałą dyetą była dyeta, składająca się z 2—3 litrów mleka i 350—400 gr bułki. Przy tej dyecie, dość obfitej w węglowodany, ilość indolu w kale jest znaczniejsza, niż przy dyecie mieszanej. Ilość indykanu zaś zachowuje się wprost przeciwnie, o czem świadczą liczby, zawarte w trzeciej i czwartej tablicy. Dodatek 200 gr sera wywołuje stosunkowe zmniejszenie indolu w kale i takież zmniejszenie indykanu w moczu mimo, że bezwzględna ilość się zwiększa. Dodanie 100—200 gr masła powiększa indol w kale i w moczu. Cukier zmniejsza indykan w moczu, szczególnie bezwzględną jego ilość, natomiast bardzo znacznie powiększa indol kału.

Zażywanie urotropiny, którą podawaliśmy w ilości bardzo znacznej (4—5 gr dziennie aż do wywołania szczypania w pęcherzu i w odbytnicy) zupełnie nie wpływa na ilość indolu w kale, natomiast znacznie obniża indykan moczu, zarówno w stosunku do azotu, jak i bezwzględnie. Doświad-

[2]) Indol w kale zwiększa się wogóle przy dyecie obfitującej w tłuszcz.

Tablica III.

Rodzaj choroby	Ilość kału	Części stałe %	Azot części stałych %	Ehrlich Rent. %	Indol %	Urobilina kału %	Ilość moczu %	Azot moczu %	Indygo moczu %	$BaSO_4$ %	Urobilina moczu %
Stan prawidłowy. Dyeta mleczna	304	20,9	4,31	0,790	0,0068	0,254	1070	1,347	0,00286	0,0177	0,0015
„ 200 gr. cukru	434	14,26	4,86	0,508	0,0069	0,138	1050	1,435	0,0052	0,0241	0,0015
Zatrucie fosforem	73	20,0	7,35	0,250	0,0015	0,498	1000	1,82	0,0186	0,0790	0,0042
po 10 dniach	30	16,8	7,4	0,340	0,0031	0,154	1000	0,93	0,0063	0,0242	—
Żółtaczka nieżytowa	90	20,4	3,71	0,043	0,0029	0,021	—	0,593	0,0028	0,0143	0,00664
po 10 dniach	—	11,70	4,52	0,110	0,00104	0,090	—	0,602	0,0042	0,0211	0,0040
Prawidłowy (dyeta roślinna)	420	9,49	5,29	0,580	0,0017	0,225	1200	0,658	0,0027	0,0285	0,0012
Żółtaczka nieżytowa	80	24,08	5,13	0,085	0,6041	0,054	—	0,717	0,0166	0,0425	0,0042
po 10 dniach	150	10,48	—	0,720	0,0014	0,185	—	0,595	0.0031	0,0614	0,00143
Żółtaczka	150	16,70	9,54	0,410	0,0053	0,142	1000	0,519	0,0043	0,0290	0,0020
Gorączka (sepsis)	70	32,9	—	0,270	0,0016	0,0705	—	0,700	0,0073	0,0667	0,0084
Żółtaczka	300	23,3	5,00	0,310	0,0019	0,183	1000	1,704	0,0044	0,0404	0,0085
Żółtaczka po 10 dniach	150	22,84	7,40	0,731	0,0009	0,364	1100	1,505	0,0029	0,0252	0,0017
Nowotwór (Żółtaczka)	120	13,8	8,47	0,013	0,0015	0,016	1000	1,26	0,0090	0,0447	0,0041
po 10 dniach	200	15,4	5,00	—	0,0013	0,009	—	0,665	0,0050	0,0210	—
Nowotwór wątroby	200	15,9	7,23	0,041	0,0008	—	—	0,575	0,0058	0,0213	0,0015
Błednica (zatwardn.)	60	45,17	2,38	0,071	0,0066	0,145	—	0,787	0,0081	0,0535	—
Stwardnienie wątroby	130	13,07	3,76	0,0250	0,0016	0,040	—	0,609	0,0057	0,0188	0,0011
Żółtaczka nieżytowa	200	25,9	2,45	0,036	0,0019	0,073	—	1,015	0,0053	0,0332	—
Gruźlica (rozwolnienie)	500	6,73	7,99	0,029	0,0010	6,053	—	1,015	0,0189	0,0548	—
Prawidłowy (mieszana)	—	11,62	7,59	0,602	0,0026	0.587	1800	1,320	0,0041	0,0248	0,0014
„ „	290	16,26	6,47	0,360	0,0031	0,201	1800	1,120	0,0055	0,0259	0,0013
„ Laktobacylina	320	17,77	6,94	0,170	0,0019	0,309	2050	0,892	0,0059	0,0241	—
„ „	240	16,51	6,88	0,180	0,0013	0,168	2000	0,763	0,0039	0,0193	0,0013
„ „	410	10,20	6,09	0,850	0,9041	0,311	1900	0,630	0,0029	0,0250	—
„ Mleko i chleb	90	20,2	4,70	0,640	0,0010	0,412	1000	1,505	0,0104	0,0373	—
„ „ 200 gr cukru	80	18,6	5,70	0,410	0,0014	0,369	1000	0,848	0,0028	0,0286	—
Prawidłowy (mieszana)	—	32,6	11,07	0,650	0,0022	0,414	820	2,018	0,0100	0,0420	0,0025
„ „	—	30,2	6,90	0,866	0,0022	0,846	900	1,890	0,0058	0,0593	0,0028
Laktobacylina	—	35,2	6,34	0,640	0,0015	0,240	800	2,17	0,0150	0,0720	0,0015
„	—	27,7	6,58	0,511	0,0020	0,169	—	1,505	0,0100	0,0532	0,0017
„	—	35,4	6,44	1,090	0,0048	0,176	900	1,515	0,0103	0,0517	0,0018
„	—	32,9	6,12	0,712	0,0025	0,700	1200	1,26	0,0033	0,0420	—

Tablica IV.

L. porz.		Ilość moczu	% N w moczu	Cały N w moczu gr	Indygo %	Siarka kwas aromaty %	Ilość kału gr	% części stałych	% azotu części stałych	Cała ilość kału gr	Cała ilość azotu gr	Cała ilość indolu gr	Cała ilość indyga
1	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300—400 bułki	1,800	1,24	22,32	0,0025	0,0242	90	31,8	4	28,62	1,144	0,005	0,0450
2	Zmęczenie	1,100	1,694	18,63	0,0029	0,0254	—	—	—	—	—	0,01885	0,0319
3	Zatwardzenie	1,700	1,137	19,33	0,0027	0,0262	290	27,8	3.54	80,62	2,823	0,01885	0,0469
4	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300—400 bułki Zmęczenie.	700	1,911	13,37	0,0046	0,0455	190	20,02	4,42	38,00	1,679	0,0068	0,0322
5	2 l. ml., 300 gr. bułki . . Głód.	1,000	1,242	12,42	0,0056	0,0371	—	—	—	—	—	—	0,0560
6	$2^{3}/_{4}$ l. mleka, 400 gr bułki .	1,400	1,38	19,32	0,0049	0,0315	160	30,55	3,83	48,80	1,854	0,0070	0,0680
7	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 300 gr bułki 250 gr cukru.	1,300	1,218	15,83	—	0,0254	—	—	—	—	—	—	—
8	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 300 gr bułki 250 gr cukru.	1,100	1,513	16,64	0,0040	0,0367	130	22,05	5,05	28,66	1,456	0,00777	0,0454
9	—	—	—	—	—	—	200	14,72	4,58	29,44	1,348	0,01040	0,0
10	Po cukrze	1,200	1,228	14,74	0,0036	0,0307	50	20,08	1,81	10,08	0,18?	0,0034	0,0432
11	3 l. mleka, 400 gr bułki .	1,950	1,202	23,43	0,0093	0,0378	350	19,22	4,32	67,27	2,825	0,0209	0,1767
12	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 300 gr bułki, 500 gr sera	2,300	1,73	39,79	0,0023	0,0252	75	22,35	3,72	16,76	0,619	0,0026	0,0529
13	3 l. mleka, 400 gr bułki .	2,000	1,12	22,40	0,0058	0,0302	400	22,18	4,09	88,72	3,636	0,0209	0,1160
14	2 l. mleka, 300 gr bułki, 150 gr masła	1,900	1,05	19,95	0,0062	0,0328	290	19,55	4,27	50,39	2,116	0,0209	0,1178
15	2 l. mleka, 300 gr bułki, 500 gr sera	2,000	2,005	40,06	0,0052	0,0252	225	20,28	5,76	45,62	2,600	0,0225	0,1040
16	$2^{1}/_{4}$ l. mleka, 400 gr bułki .	2,000	1,365	27,30	0,0054	0,0212	90	13,12	4,83	9,80	0,473	0,0061	0,1080
17	2 l. ml., 300 gr b., 200 gr c.	1,050	1,421	14,91	0,0050	0,0449	310	19,58	5,65	60,69	3,399	0,0298	0,0525
18	„ „ „ „ „ „ „ „	1,250	1,234	15,27	0,0053	0,0353	85	29,00	5,48	24,65	1,331	0,00576	0,0622
19	2 l. mleka, 300 gr bułki, 150 gr masła	1,350	1,035	13,97	0,0049	0,0272	110	23,3	4,64	25,63	1,189	0,0124	0,0661
20	2 l. mleka, 300 gr bułki, 200 gr cukru	1,500	1,001	15,00	0,0058	0,0232	140	12,56	5.01	17,584	0,8792	0,0075	0,0870
21	$2^{1}/_{2}$ l. mleka, 350 gr bułki .	1,800	1,001	18,01	0,0035	0.0202	200	23,33	4,06	46,66	1,894	0,0132	0,0630
22	2 dn. Urotropina	1,900	1,239	23,54	0,0029	0,0197	200	20,92	4,11	41,84	1,719	0,0135	0,0551
23	4 dn. Urotropina , . . .	1,900	1,26	23,94	0,0023	0,0215	170	23,90	5,19	40,63	2,108	0,0109	0,0437
24	Gruczoł tarczowy	1,500	—	—	0,0032 0,0041	—	190	—	—	—	—	0,0138	0,0378
25	Gruczoł tarczowy	2,400	1,144	27,45	0,0068	0,0239	240 206	20,36	5,42 4,34	— 41,94	— 1,820	0,0126 0,0106	0,1536
26	Gruczoł tarczowy	2,200	1,12	24,64	0,0089	0,0240	200	20,50	4,30	41,00	1,763	0,0109	0,1958
27	Mieszana przeważnie . . . słodka i mączna	1,000	1,057	10,57	0,0084	c,0444	435	18,00	3,71	78,30	2,904	0,0270	0,0840
28	Przeważnie mączna . . .	2,500	0,623	15,58	0,0040	0,0243	320	20,40	4,12	65,28	2,689	0,0206	0,1000
29	„ , urotropina . .	2,100	0,721	15,14	0,0031	0,0225	350	14,87	3,82	52,045	1,822	0,0209	0,0651
30	Przeważnie białkowa . . .	2,700	1,064	28,72	0,0061	0,0274	230	19,29	5,89	44,367	2,609	0,0067	0,1647
31	Dodatek mącznych	1,350	1,054	14,17	0,0047	0,0473	290	24,18	5,54	70,02	3,878	0,0071	0,0634

Tablica V.

L. porz.		% azotu w moczu	% indyga w moczu	% kwasu siarkowego	Ilość kału gr	Ilość indolu absolutna	% substancyi suchej	% N w substancyi suchej	Ilość absolutna substancyi	Ilość absolutna N	Ilość indolu na 1 gr substancyi
1	Dur brzuszny I	1,267	0,0080	0,0367	100	0,0039	3,67	5,88	3.67	0,215	0,0010
2	Dur brzuszny II	1,365	0,0083	0,0590	115	0,0066	13,40	6,37	15,41	1,036	0,0004
3	Dur brzuszny III	0,371	0,0030	0,0184	140	0,0180	23,80	6,21	33,32	2,069	0,0006
4	Dur brzuszny I	0,7	0,0036	0,0276	300	0,00588	4,31	5,29	12,93	0,559	0,0004
5	—	1,02	0,0097	0,0586	—	—	—	—	—	—	—
6	Dur brzuszny I	1,8148	0,0080	0,0370	320	0,0036	4,0	3,96	12,8	0,499	0,0003
7	Dur brzuszny II	1,085	0,0055	0,0332	90	0,00308	13,66	—	12,2	—	0,0002
8	Dur brzuszny (nawrót) III .	1,05	0,0075	0,0631	500	0,00852	4,08	4,19	20,4	0,838	0,0004
9	Cukrzyca	0,8365	0,0065	0,0370	17	0,0005	27,66	4,83	4,7	0,225	0,0001
10	Cukrzyca . . . . . , . .	0,8715	0,0053	0,0700	95	0,0021	22,66	6,36	21,52	1,356	0,0001
11	Cukrzyca	0,581	0,0047	0,0262	195	0,00463	21,53	6,45	41,9	2,681	0,0001
12	Białaczka	1,449	0,0090	0,0682	72	0,0093	17,91	7,00	12,8	0,89	0,0007
13	Żółtaczka	0,840	0,0080	0,0521	90	0,01333	27,3	3,21	24,57	0,784	0,0005
14	Rak wątroby. Żółtaczka . .	1,19	0,0100	0,0557	290	0,00732	3,09	4,11	9,00	0,369	0,0008
15	Żółtaczka	0,665	0,0113	0,0347	200	0,0223	20,31	3,33	40,62	1,351	0,0005
16	Żółtaczka	0,742	0,0115	0,0463	140	0,0091	18,57	3,75	25,9	0,971	0,0003
17	Dur brzuszny D.	0,266	0,0035	0,0110	120	0,0028	18,75	5,69	22,5	1,252	0,0001
18	Dur brzuszny (ozdrowieniec) .	0,189	0,0036	0,0130	180	0,0131	20,22	5,53	36,0	1,98	0,0003
19	Gruźlica	1,155	0,0281	0,1412	200	0,0137	12,47	6,63	24,94	1,043	0,0005
20	Żółtaczka	0,717	0,0093	0,0300	135	0,0087	13,24	3,58	17,82	0,623	0,0004
21	Pies { 100 gr mięsa . . . 170 gr węglowod. . 800 gr wody . . .	0,465 0,339	0,0030 0,0031	0,0098 0,0128	87	0,0012	44,02	4,07	38,28	1,528	0,00003
22	Pies, węglowodany . . . . (gorączka)	1,764	0,0063	0,0229	35	0,0011	28,17	3,25	9,8	0,318	0,0001
23	Krowa	0,948	0,0620	0,3440	1,130	—	14,36	1,23	16,27	1,946	—

czenie to uczy, że mylnem jest przekonanie, jakoby urotropina zmniejszała ilość indykanu przez zmniejszanie gnicia w jelitach. Urotropina wpływa tylko na wymianę materyi i wydzielenie indykanu jest wyrazem pewnego rodzaju wymiany materyi.

Podawanie w ciągu 3 dni gruczołu tarczowego doprowadziło do wielkich ilości indykanu, nie wpływając wcale na gnicie w kiszkach. Indol w kale raczej się trochę zmniejszył, a indykan w moczu wzrósł nietylko bezwzględnie, ale i w stosunku do azotu, który jak zawsze przy podawaniu gruczołu wydzielał się obficiej. To doświadczenie na nowo dowiodło niezależności indykanu od gnicia w kiszkach, pozwoliło nam sądzić inaczej liczby znalezione i szukać innych źródeł indykanu.

Badanie kału nie daje nam bowiem pewnych wyników. Znaleziony indol może świadczyć o gniciu, ale równie dobrze o złem wessaniu. Jeżeli indolu jest dużo, to zachodzi pytanie, czy się równie dużo wessało, czy raczej nie dlatego jest go dużo, że wessanie jest niedokładne. Jeżeli indolu jest mało to znowu nie wiemy, czy dlatego mało, że gnicie jest małe, czy dlatego, że wszystek uległ wessaniu. Samo zatem oznaczenie indolu bez krytycznego rozpatrywania wymiany materyi może nas doprowadzić do błędnych lub niepewnych wniosków. Mało indolu w kale świadczyć może o wielkiej ilości indykanu, albo o małej. I odwrotnie: dużo indolu może iść w parze z małą ilością indykanu lub z wielkiemi jego ilościami. Wszystko się da wytłómaczyć.

Wnioski nasze nabierają pewności, jeżeli do jednorazowego spostrzeżenia dołączymy doświadczenie. Jeżeli przekonamy się, że przy roślinnej i mięsnej dyecie stale zwiększa się indykan w moczu, a maleje w kale, wtedy musimy przyznać, że zachodzą tam inne czynniki. Jeżeli dodatek węglowodanów zawsze powiększa indol w kale, a zmniejsza indykan moczu, to znowu musimy szukać innych przyczyn, nie tylko przypuszczać, że przez węglowodany zmienia się wsysanie indolu, bo dlaczegożby miało mięso pomagać wsysaniu, skoro przy mięsnej dyecie więcej jest niewessanego azotu, niż przy węglowodanowej.

Spostrzeganie poucza nas raczej o innej rzeczy: oto że rodzaj dyety jest w związku z wydzieleniem indykanu bez względu na gnicie w kiszkach. Przy pożywieniu czysto białkowem jest najmniej indykanu, najmniej ubocznych wytworów spalania w stosunku do azotu mimo, że bezwzględna ilość jest wielka. Przy żywieniu się cukrem, a szczególniej tłuszczami ilość indykanu się powiększa tak, jak powiększa się ilość amoniaku, acetonu, szczawianów, niespalonego azotu w formie oksyproteinowych kwasów i t. d. Że przypadkowo znajdziemy przytem więcej indolu w kale, to na wniosek nasz nie wpłynie, bo wiemy z liczb, że bezwzględna ilość indolu jest zbyt wielka w kale, aby porównać się miała z bezwzględnie małą ilością indykanu. Równoległość ilości indolu i indykanu tak samo mylić może, jak ich niezgodność. Z zestawienia naszego wynika, że głównym, choć niezbadanym czynnikiem jest rodzaj wymiany materyi, albo rodzaj spalania w wątrobie. Wessanie w jelitach może dostarczać pewien zapas indolu, który czasami może wpływać na ilość indykanu, ale istnieją niezaprzeczenie czynniki silniejsze.

Zestawimy raz jeszcze wyniki naszych doświadczeń, obliczając ilość indykanu na 1 gr. azotu w kale i w moczu.

Dyeta białkowa							
Ilość dzienna azotu	40—39,	ilość indyk.		0,0026,	indolu	0,008
Dyeta węglowodanowa	27—22	»	»	0,0045	»	0,006
	19—18	»	»	0,0025	»	0,007
	15—10	»	»	0,0050	»	0,008
Dyeta cukrowa	16—14	»	»	0,0038	»	0,008
» tłuszczowa	19—13	»	»	0,0056	»	0,010
Gruczoł tarczowy	27—24	»	»	0,0070	»	0,006
Urotropina	23—24	»	«	0,0021	»	0,007

To zestawienie dowodzi, że mimo tworzenia średnich liczb z szeregów doświadczeń, stałych zależności między indolem a indykanem wykryć nie można.

Zmęczenie może wywołać większe zmiany w wydzieleniu indykanu, niż dyeta, i przy tej samej ilości indolu w kale indykan zmieniać się może. Zbyt wielka ilość cukru w dyecie sprawia takie same zmiany, jak niedostateczna ilość, mimo że indol kału pozostaje bez zmiany. Należy pamiętać, że każde z tych doświadczeń trwało najmniej trzy dni. Liczby otrzymane są zatem liczbami średniemi, z których tworzymy nowe średnie.

Do podobnych wniosków wiedzie rozpatrywanie tablicy V. Zebrane tu spostrzeżenia duru brzusznego wykazują wielką ilość indykanu w początkach choroby mimo, że wypróżnienia są płynne i wsysanie upośledzone. Bezwzględna ilość indolu jest mała, chociaż w stosunku do ilości części stałych nazwaćby ją można wielką. Przyznajemy chętnie, że w durze w kiszkach napotykamy dużo indolu, zachodzi jednak pytanie, czy dlatego, że się nie wessał, czy dlatego, że gnicie jest większe. Najprawdopodobniej wchodzą w grę oba czynniki. Moglibyśmy zatem przypuszczać, że wielka ilość indykanu moczu jest tylko skutkiem obfitości indolu w kale. Badanie w dalszym przebiegu choroby uczy jednak inaczej, bo zaraz w następnym tygodniu widzimy znacznie mniejszą ilość indykanu w stosunku do części stałych, a indykan moczu zmianie nie uległ. Natomiast w trzecim tygodniu, zapewne pod wpływem lepszego odżywiania, indol w kale się powiększa zarówno bezwzględnie, jak w stosunku do części stałych, a indykan w moczu znacznie się obniża — W przypadku (B) drugim podwyższenie się gorączki wywołuje powiększenie indykanu w moczu, odpowiadające powiększeniu azotu, a indol w kale pozostaje bez zmiany. W dalszych przypadkach indykan zawsze idzie w parze z azotem moczu, nie z indolem w kale, co szczególniej widać u ozdrowieńców (D). W obu przypadkach cukrzycy znaleźliśmy znaczną ilość indykanu w moczu mimo bardzo małej ilości indolu w kale zarówno względnej, jak bezwzględnej. Wobec tego, co mówiliśmy wyżej, jest to zupełnie zrozumiałe. Pożywienie mięsne i roślinne daje małą ilość indolu w kale, a cukrzyca, szczególniej w wieku młodym, połączona z chudnięciem, doprowadza do rozkładu tkanek. Indykan jest tu raczej wyrazem ostatniego, niż skutkiem zawartości indolu w kiszkach, którego ilość we wszystkich trzech spostrzeżeniach jest mała i jednakowo mała w stosunku do części stałych. Możnaby z niejaką słusznością twierdzić, że przy stałej dyecie jest stała ilość indolu bez względu na indywidualny stan kiszek. Nigdzie bowiem w naszych spostrzeżeniach (prócz na osobniku zdrowym) niema tej stałości

w stosunku indolu do azotu, co w cukrzycy, i nigdzie też dyeta nie jest tak jednolitą, jak w tej chorobie.

W białaczce widzieliśmy znaczną ilość indykanu w moczu i znaczną ilość indolu w kale, nie wahamy się jednak twierdzić, że źródeł indykanu szukać należy w rozkładzie tkanek, a nie we wzmożonem gniciu w jelitach.

Następne bowiem spostrzeżenie stwierdza znacznie większą ilość indykanu w moczu obok znacznie mniejszej ilości indolu. Wszystkie żółtaczki okazują wprawdzie niezbyt dużą, ale w każdym razie znaczną zawartość indolu w kale, znowu prawie wszędzie jednaką w stosunku do azotu i części stałych. Tylko w przypadku rozwolnienia ilość indolu jest trochę większa i większa jest ilość azotu w kale prawdopodobnie wskutek złego chłonienia; zresztą prawie wszędzie na 1 gr. azotu przypada 0,017 indolu. Indykan w moczu jest o wiele wyższy, niż w innych chorobach i wogóle indykan przy zaburzeniach wątroby najbardziej zwracał uwagę badaczów. Można przypuszczać, że indykan jest skutkiem nietyle nieprawidłowego spalania, ile raczej niedostatecznego rozkładu w wątrobie. Wątroba wpływa rozkładająco i budująco na mnóstwo składników. Syntezy i analizy odbywają się w niej zawsze. Bardzo być może, że upośledzenie jej czynności wyraża się niedostatecznem niszczeniem indolu, wskutek czego znajdujemy w moczu nadmiar indykanu. Bardzo za tem przypuszczeniem przemawia nasz przypadek zatrucia fosforem, przy którem widzieliśmy wielkie ilości indykanu, bardziej jeszcze wszystkie zaburzenia czynności wątroby, w których stale był zwiększony indykan. Zwiększenie to ustępowało wraz z ustępowaniem choroby. Zmniejszenie żółtaczki szło w parze ze zmniejszeniem indykanu. Bardzo być może, że wpływ środków rozwalniających na zmniejszenie indykanu polega na szybszem krążeniu żółci. Czynnik ten w każdym razie obok przyspieszenia ruchu jelit rozważyć należy. W jednym wypadku ciężkiej przewlekłej żółtaczki chronicznej u 13-letniej dziewczynki mogliśmy zmienić dyetę, a z nią ilość indolu w kale. Mimo to ilość indykanu nie zmieniła się wcale, świadcząc, że podlega ona głębszym, nie dającym się zmienić wpływom. Gruźliczy nieżyt jelit wykazuje jak poprzednio wielkie ilości indykanu, obok małych ilości indolu, który wobec częstych wypróżnień wessać się nie może. (Obs (9) gruźlica).

Do powyższych spostrzeżeń dołączyliśmy trzy doświadczenia na zwierzętach. Badaliśmy kał i mocz psa, który karmiony był od dłuższego czasu pewną oznaczoną ilością mięsa i węglowodanów. Mocz badaliśmy dwa razy i znaleźliśmy prawie te same ilości indykanu. Kał badany raz jeden i stanowiący całą ilość, zebraną w ciągu kilku dni, zawierał bardzo niewielkie, ale przecie wyraźne ilości indolu. — Drugie badanie dotyczyło psa, który przebył operacyę i gorączkował. Odżywiano go wyłącznie mąką kukurydzianą. Indykan w moczu trochę zwiększony, indol w kale niewielki, ale wyraźny.

Chcieliśmy z tymi wynikami porównać wymianę materyi u krowy. Mocz zawierał ogromne ilości indykanu, co jest rzeczą ogólnie znaną. W kale nie wykryliśmy wcale indolu. Braliśmy do destylacyi duże ilości i badaliśmy najczulszą metodą. Możemy zatem przypuścić, że wytwarzanie indykanu związane jest z przemianą tkankową, a nie zawsze jest wynikiem przesiąkania indolu kiszkowego.

Na tem zakończyliśmy na razie nasze badania. Dużo pozostaje do wyjaśnienia; chcieliśmy tylko kilkoma spostrzeżeniami zachwiać wiarę w pochodzenie indykanu i wskazać drogi, któremi do wyjaśnienia tej zawiłej sprawy iść można.

Wyniki naszych badań dają się wyrazić w następujący sposób:

1) W ustroju prawidłowym ilość indolu w kale wzrasta z ilością pokarmów mącznych, a maleje przy odżywianiu białkiem.

Ilość indykanu moczu nie odpowiada ilości indolu w kale; przeciwnie, maleje przy węglowodanach, a wzrasta przy odżywianiu białkiem.

2) Nadmiar masła wpływa na powiększenie się ilości indykanu i indolu, co poczęści tłomaczy znaczne ilości indolu w kale bezżółciowym (acholicznym).

3) Urotropina zmniejsza ilość indykanu w moczu, nie zmieniając ilości indolu w kale.

4) Gruczoł tarczowy zwiększa ilość indykanu w moczu, nie zmieniając ilości indolu w kale.

5) Gorączki, zatrucia i choroby wyniszczające powiększają ilość indykanu w moczu bardzo silnie; ilości indolu w kale nie odpowiadają temu powiększeniu.

6) W durze brzusznym ilości indykanu idą równolegle z ilościami azotu wydzielonego, a nie z ilością indolu w kale.

7) W żółtaczkach bywa dużo indolu w kale i dużo indykanu w moczu, który utrzymuje się stale, mimo zmniejszenia indolu. Prawdopodobnie ilość indykanu zależy od upośledzenia czynności wątroby.

8) W moczu psa jest mało indykanu, w kale psa mało indolu.

9) W kale krowim niema wcale indolu, a w moczu krowim bardzo dużo indykanu.

10) Ilość indykanu przewyższa czasami odpowiadającą mu zazwyczaj ilość siarczanu.

Praca ta wykonaną zostaław zakładzie fizyologicznym prof. Adolfa Becka i miło mi wyrazić prof. Beckowi najszczersze podziękowanie za zajęcie się nią i pomoc, której mi nigdy nie odmawiał.

Wielce zobowiązany jestem Prof. Drowi Gluzińskiemu i Wiczkowskiemu, oraz ich asystentom Drom Franke, Czerneckiemu, Selzerowi za dostarczanie mi materyału klinicznego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Benderski. **O miękkim i sztywnym (nerwowym) brzuchu.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Autor dzieli oporność brzucha na prawidłowo miękką, t. j. taką, przy której obmacanie narządów wewnętrznych może być łatwo dokonane, na chorobowo miękką, której stopień może być oczywiście różny, oraz na twardą, również o różnem nasileniu. Ze stopnia oporności wnosić można często o rodzaju cierpienia. Brzuch chorobowo miękki zdarza się zazwyczaj przy chorobie Glenarda obniżonej wątrobie, nerce wędrującej, dalej przy rozstępie mięśni prostych, przepuklinach pępkowych itd. Brzuch twardy jest zazwyczaj wyrazem silnej drażliwości nerwowej i towarzyszy zazwyczaj cierpieniom natury nerwowej. *Schudmak.*

F. Lejars. **Punkty bolesne wśród zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Sem. médic.* Nr 11, 1908). Do ostatnich cza-

sów głoszono, że bolesność punktu Mac Burneya dowodzi zajęcia wyrostka robaczkowego. Tymczasem nowsze badania dowiodły, że punkt Mac Burneya nie zawsze odpowiada wyrostkowi, zwrócono zaś uwagę na t. zw. punkt Lanza, który leży w miejscu, gdzie się schodzi pierwsza trzecia z drugą trzecią częścią linii, łączącej poziomo oba przednie górne kolce k. biodrowej. W ostatnich zaś czasach zwrócił uwagę Morris na trzeci punkt bolesny, położony podobnie, jak punkt Mac Burneya na linii, łączącej górny przedni kolec z pępkiem, ale 4 ctm. poniżej pępka, który to punkt bolesny nietylko można stwierdzić wśród ostrego zapalenia wyrostka, ale co ważniejsza, nawet w toku zapalenia przewlekłego. Morris zwraca uwagę, że jego punkt bolesny zjawia się po prawej stronie wyłącznie w toku zapalenia wyrostka robaczkowego; natomiast w toku zapaleń jajowodów, macicy, lub jakiejkolwiek sprawy toczącej się w głębi miednicy, zjawiają się dwa symetrycznie ułożone punkty bolesne po jednej i po drugiej stronie pępka. L. zaleca także bardzo sposób badania, podany przez Rovsinga: uciskając zwolna od dołu ku górze okolicę kiszki zstępującej, a ewentualnie i od prawej ku lewej poprzeczną część okrężnicy, wywoływa się ból w okolicy kiszki ślepej, w sąsiedztwie punktu Mac Burneya, o ile wyrostek lub kątnica są zajęte. Żadnego bolu nie wywołuje ten sposób badania wśród innych schorzeń jamy brzusznej. Jest to sposób badania niejako z odległości. Bole wywołują cofające się guzy w jelicie grubem. Chorych, u których przypuszcza się zapalenie kątnicy lub wyrostka, powinno się badać wszystkimi wyżej podanymi sposobami. Z tego, który punkt jest bolesny, można w pewnej mierze wnosić i o ułożeniu wyrostka robaczkowego, pod tym względem trzeba jednak jeszcze dalszych doświadczeń.
Stahr.

Prof. Rosenheim. **Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor jest stanowczym zwolennikiem wczesnego zabiegu w cięższych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka. Leczenie olejem rącznikowym niejednemu choremu znaczną może przynieść szkodę, a nie jest wskazane, ponieważ lekkie objawy zaparcia u chorych, leczonych ciepłymi okładami, spokojem, ograniczeniem dyety i makowcem, nie dają dostatecznej podstawy do chwycenia się tego, wedle zdania R., bądźcobądź obosiecznego leku.
Dr Skórczewski.

Jan Brodzki. **Badania doświadczalne ciśnienia krwi i wpływu pokarmów na toż ciśnienie przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (*Dt. Arch. f. Klin. Med.* T. 93, 1908). Autor badał wpływ pożywienia, w szczególności soli kuchennej na ciśnienie krwi w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek; poprzednio już zdawał sprawę z podobnych badań w 25 przypadkach ostrego zapalenia nerek na 27 Zjeździe balneologicznym w Dreznie w r. 1906. B. starał się wywołać przedewszystkiem t. zw. naczyniowe zapalenie nerek (*nephritis vasculosa*), dlatego, że czynność naczyń nerkowych jest w ścisłym związku z ogólnem ciśnieniem krwi. Jak wtenczas w przypadkach ostrego zapalenia nerek, tak i teraz w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek przekonał się, że ciśnienie krwi bywa nie wielkie, tak, że przez to cała teorya francuska o ciśnieniu (Beaujard, Ambard, Cimber) wobec tych wyników upada. B. wykonywał badania przy trojakiem pożywieniu: 1) przy zwyczajnem pożywieniu, 2) przy czystem roślinnem pożywieniu z dodatkiem soli kuchennej, 3) przy czystem pożywieniu mięsnem z dodatkiem soli. Spostrzeżenia trwały 60—66 dni. Naprzód badano prawidłowe ciśnienie krwi w tętnicy szyjnej lub udowej za pomocą manometru rtęciowego. Potem wstrzykiwano co 2. dzień jady, wywołujące toksyczne zapalenie nerek, następnie zwierzęta zamykano w klatce, i podawano im pożywienie jednego z 3 wymienionych typów. Wydzielony mocz codziennie badano co do ilości, co do białka i mikroskopowo. Po 66 dniach mierzono ciśnienie krwi powtórnie, ewentualnie i trzeci raz. Do wywołania toksycznego chronicznego zapalenia nerek używano uranu i aloiny.
Dr J. Brodzki (Cudowa-Helouan).

Friedmann. **Fosfatometr oraz niektóre szczegóły dotyczące wydzielania się w moczu kwasu fosforowego i t. zw. fosfaturyi.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr 15). F. podaje przyrząd własnego pomysłu, pozwalający oznaczyć ilościowo fosforany w moczu w sposób prosty i łatwy z dostateczną dokładnością. Fosfatometr ten wyrabia Altmann (Berlin, N. W. 6. Luisenstr. 47). Osad fosforanów w moczu uprawnia jedynie do przyjęcia fosfaturyi wrzekomej; wywołuje ten objaw przedewszystkiem zmniejszenie kwaśności w moczu; spotykamy więc objaw ten po wymiotach, obfitych libacyach. wprowadzeniu alkaliów lub organicznych kwasów, przy nieżytach jelit u dzieci, wreszcie w neurastenii płciowej. O fosfaturyi prawdziwej mówić należy wtedy, gdy dobowa ilość fosforanów wydzielonych jest nieprawidłowo wielka (ponad 4 gr na 24 godzin). Objaw ten występuje w przebiegu przewlekłych zapalnych spraw w kościach, w gruźlicy, błednicy, oksaluryi i skazie moczanowej, oraz w przebiegu spraw nerwowych, przebiegających z przygnębieniem. Odwrotnie spotykamy przy pewnych chorobach zmniejszenie się ilości wydzielanych drogą moczu fosforanów, przedewszystkiem w przebiegu krzywicy, białaczki, ostrego zaniku wątroby i przewlekłego zapalenia nerek.
Dr M. Godlewski.

Gluziński: **W sprawie wydzielania chlorków w moczu przy schorzeniach nerek.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1908, Nr 14). Na podstawie ścisłego badania klinicznego, wysnuwa G. z przytoczonych szczegółowych historyi chorób następujące wnioski: 1) W przebiegu miażdżycy tętnic nerkowych oraz marskości nerek pojawiają się okresy zatrzymania chlorków w ustroju, którym towarzyszy ciężki obraz kliniczny ogólnego schorzenia. Występują wymioty, przyczem ilość kwasu solnego w wymiocinach niekiedy stale wzrasta, oraz wygórowane pragnienie. Brak bolów głowy i nieprzytomności, brak bolów mięśniowych. Ten stan chorobowy, który G. nazwał w przeciwstawieniu do zwyczajnej mocznicy — mocznicą bezchlorkową (*uraemia achlorica*) może po kilku dniach przejść pomyślnie lub też zakończyć się śmiertelnie przy potęgującem się osłabieniu i niepokoju i utracie przytomności bez drgawek. 2) Na kilka dni przed wystąpieniem zwyczajnych objawów klinicznych ostrego zapalenia nerek pojawia się grupa objawów chorobowych, jako okres zwiastunowy ostrego zapalenia nerek, nazwany przez G. okresem bezchlorkowym bez białkomoczu (*stadium achloricum sine albumine*). Przejawia się on ogólnem osłabieniem, wymiotami, śladami obrzęków, np. na twarzy, zmniejszeniem się ilości i zmętnieniem moczu, zatrzymaniem chlorków i brakiem białkomoczu, przy równoczesnej obecności wałeczków szklistych i ziarnistych i krwinek czerwonych w osadzie. Dlatego poleca G. systematyczne badanie moczu podczas okresu wyzdrawiania w płonicy. 3) Należy przypuścić, że tym objawom chorobowym odpowiada w nerkach stan, analogiczny do miąższowego zwyrodnienia, zachodzącego przy chorobach zakaźnych. 4) Nie należy bezwarunkowo przechodzić do porządku dziennego nad udziałem zmienionych nerek przy zatrzymaniu chlorków w przebiegu ostrych chorób zakaźnych.
Dr Blassberg.

Schlesinger. **Pochodzenie zaczynu diastatycznego we krwi i stosunek jego do cukrzycy.** (*Deut. med. Wochensch.* 1908, Nr 14). Do oznaczania ilości zaczynu diastatycznego we krwi posługuje się S. swoją metodą, polegającą na barwnej próbie Lugola, występującej w rozczynach skrobi z dodatkiem surowicy krwi, które poprzednio przez ściśle określony czas trzymano w ciepłocie 40° C. Im więcej dodano surowicy, tem więcej przez to dodano zaczynu; zaczyn działając zmienia skrobię i próba Lugola jest ujemna. Używając kilku rozcieńczeń, oznacza S. ilość rozczynu zapomocą obliczenia. Zdolność diastatyczna surowicy krwi u rozmaitych gatunków zwierząt waha się bardzo znacznie, między 25—250, przytem jest zazwyczaj dla każdego gatunku stała; u człowieka jest ona bardzo niska (10—25). Po podwiązaniu przewodu Wirsunga u zwierzęcia, stwierdził S. zwiększenie się do 10-krotne zdolności diastatycznej już trzeciego dnia po zabiegu; następnie jednak zdolność diastatyczna słabła i wreszcie wracała do granic prawidłowych. U zwierząt, u których wycięto trzustkę, stwierdzał S. znaczne zmniejszenie się zdolności diastatycznej krwi już w 24 godzin po wycięciu. S. sądzi, że zaczyn diastatyczny pochodzi po większej części z trzustki; nasuwa mu się przypuszczenie, czy zdolność diastatyczna wątroby nie pochodzi jedynie od zawartości krwi w wątrobic.
Dr Skórczewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w dniu 9. marca 1908.

1) Przyjęto sprawozdanie prezesa R. dw. Dra Merunowicza z wyborów do Rady państwa z kuryi większych posiadłości w Stryju, w których prezes brał udział, jako reprezentant większej posiadłości w Morszynie.

2) Uchwalono prowadzić w tym roku zakład kąpielowy w Morszynie we własnym zarządzie; kierownictwo zakładu powierzono Drowi Romanowi Hinzemu ze Lwowa; ze względu na powszechną drożyznę podniesiono ceny w Morszynie o 10%.

3) Przeprowadzono rozprawę ofertową co do poddzierżawy prawa propinacyi w Morszynie.

4) Celem uczczenia jubileuszu cesarza uchwalono na powiatowe przytulisko dla chorych i kalek w Stryju 100 K.

5) Udzielono zapomóg 6 wdowom po lekarzach, 2 sierotom i 1 choremu lekarzowi w łącznej kwocie 940 K. Podanie 1 wdowy po lekarzy o stałą pensyę uchwalono w myśl statutu przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu.

Posiedzenie w dniu 16. maja 1908.

1) Uchwalono wysłać delegacyę na Zjazd lekarzy i przyrodników do Pragi.

2) Zatwierdzono umowę Towarzystwa ze Skarbem Państwa co do poszukiwań kainitu w Morszynie.

3) Uchwalono przyspieszyć budowę pomnika ś. p. Władysława Jasińskiego.

4) Wyrażono podziękowanie koledze Prof. Antoniemu Noga Marsowi za dar 1,100 K na fundusz jego imienia i p. Maryanowi Krzyżanowskiemu, nowonabywcy apteki Mikolascha, który z okazyi nabycia apteki złożył na rzecz wdów i sierót po lekarzach 1,000 K.

5) Na wniosek sekcyi przemyskiej postanowiono odświeżyć akcyę połączenia istniejących towarzystw lekarskich.

6) Udzielono zapomogę 1 wdowie po lekarzu w kwocie 160 K.

7) Na wniosek kol. Festenburga i Merunowicza uchwalono przystąpić w drodze właściwej do zmiany statutu w tym duchu, iżby także pełnoletnie sieroty po lekarzach mogły korzystać z funduszów towarzystwa, skoro się okaże, że są niezdolne do zarobkowania. Sekretarz gen.: *Dr S. Świątkowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII. Posiedzenie naukowe d. 15. maja 1908.

I. Dr Rydygier jun. omawia pokrótce **rany postrzałowe wątroby,** ich rodzaje, objawy i leczenie. Następnie omawia przypadek rany postrzałowej u chłopca 11-letniego. W przypadku tym nie było obrazu ciężkiego schorzenia. Zdjęcie rentgenowskie wykryło kulę poniżej 12 żebra. Wkrótce wystąpił odgłos bębenkowy w linii pachowej przedniej i ciepłota między 37—38°. Przypuszczano odmę opłucną otorbioną. Nakłuciem wydobyto ropę. Resekowano żebra, ropę wypuszczono; odgłos bębenkowy ustąpił. Ropa była zmieszana z krwią i żółcią. Po 3 miesiącach chory opuścił klinikę w dobrym stanie. W przypadku tym podnieść należy pomyślne zakończenie sprawy, co przy ranach wątroby jest rzadkością. — W dyskusyi zabierali głos: Dr Stachiewicz, Obtułowicz, Prym. Pisek i Prof. Rydygier.

II. Dr Czyżewicz jun. przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem** sposobem Sellheima. Badanie chorej stwierdziło zmięknienie kości bardzo wysokiego stopnia. Płód w położeniu poprzecznem, bole porodowe, część pochwowa prawie zanikła, a ujście zewnętrzne wygodnie drożne dla dwóch palców. Chora podała, że wody odpłynęły; wewnętrznie zaś nie można się było dostać do pęcherza. Cięcie przeprowadzono w linii środkowej brzucha niżej pępka, odsunięto dolny załamek otrzewnej z pęcherza moczowego, a następnie z łatwością pęcherz od ściany szyi macicy. Wreszcie nacięto podłużnie szyję macicy, zaczynając na 1 cm powyżej ujścia zewnętrznego, a kończąc tuż poniżej silnego przyczepu otrzewnej do macicy. Z łatwością po przebiciu pęcherza płodowego wydobyto płód, a w 3 minuty zabiegiem Credego łożysko. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Wykonana operacya różniła się tem od sposobu Sellheima, że zamiast poprzecznego cięcia skóry użyto podłużnego. Jestto wogóle ósmy przypadek operowania ściśle zewnątrzotrzewnego, a pierwszy w Austryi. Prelegent podaje w końcu dzisiejszy stan nauki o cięciu cesarskiem przez szyję macicy. — W dyskusyi Dr Bocheński, omawiając zachowanie się macicy w drugim okresie porodowym, przyznaje, że sposób Sellheima jest do pewnego stopnia fizyologicznym. Dobra jest modyfikacya Fromego. B. zwraca uwagę na niekorzystne powikłania sposobu Sellheima, n. p. przy łożysku przodującem. Brak krwawienia w przypadku Dra Czyżewicza trzeba odnieść do tej szczęśliwej okoliczności, że pęcherz był zachowany.

III. Dr L. Feuerstein: **O seryodyagnostyce w zastosowaniu do kiły.** Po krótkiem omówieniu bakteryologicznej metody rozpoznawania kiły zapomocą wykrycia krętka bladego i prób Neissera i Wolf-Eissnera, wyłuszcza prelegent w krótkości główne podstawy serodyagnostyki wogóle. Na zasadzie swoistej precypitacyi oparli swe próby serodyagnostyczne Fornet i Szereszewski, którzy ogłosili sposób rozpoznawania kiły, względnie wiądu rdzenia lub porażenia postępowego przez wiązanie surowicy chorego na kiłę we wczesnych okresach ze surowicą chorego na wiąd, resp. porażenie postępowe. Przy sprawdzaniu tego sposobu spostrzegał prelegent rzeczywiście powstawanie strątów przy takiem postępowaniu, ale okazało się w dalszym ciągu, że strątów tych za swoiste nie można uważać, że występują one również często przy mieszaninie surowic dwóch chorych na kiłę, albo 2 chorych na porażenie postępowe, wogóle dwóch surowic o rozmaitym ciężarze gatunkowym. Ze swoistą precypitacyą również nic nie mają wspólnego inne próby precypitacyjne, ogłoszone później. Z prób tych zajmował się prelegent głównie odczynem Klausnera, polegającym na rozcieńczaniu surowicy badanej wodą przekroploną, próbą Sachsa i Altmanna (dodanie 20% wyskoku) i wreszcie próbą lecytynową Porgesa i Meiera. Pierwsze dwie są zupełnie bezużyteczne, próba lecytynowa natomiast dała prelegentowi na 41 badanych przypadków kiły 25 razy wynik dodatni, na 14 przypadków kontrolnych ani razu wyniku dodatniego nie było; między kontrolnymi przypadkami nie było jednakowoż gruźlicy, która ma podług niektórych autorów bardzo często dawać wynik dodatni. Próbę lecytynową zmienił F. o tyle, że dla otrzymania dobrej zawiesiny rozpuszczał najpierw lecytynę w małej ilości eteru, potem dopiero dodawał odpowiednią ilość fizyologicznego rozczynu, aby uzyskać zawiesinę 0,2%. Po omówieniu zasady, na której Wassermann oparł swą próbę serodyagnostyczną, i obecnego stanu tej próby, zdaje prelegent szczegółowo sprawę z przebiegu swych doświadczeń pod tym względem. Jako »antygen« używał prelegent wyłącznie wyskokowego wyciągu ze serca morskiej świnki, resp. ze serca ludzkiego; oba wyciągi okazały się zupełnie odpowiednie. Stosunek ilościowy odczynników użytych do próby był następujący: 0,1 badanej surowicy, 0,1 wyciągu, 0,5 dopełniacza (1:10), 0,5 amboceptora hemolitycznego (w rozcieńczeniu, odpowiadającem 3-krotnej sile hemolitycznej), 0,5 zawiesiny krwinek czerwonych barana 4-procentowej. W żadnym przypadku kontrolnym nie otrzymał prelegent powstrzymania hemolizy. W 3 badanych przypadkach płonicy hemoliza wystąpiła nader wybitnie. W jednym przypadku duru plamistego wynik był dla przypadkowego błędu technicznego niepewny. Surowicy duru powrotnego nie mógł prelegent, mimo starań, uzyskać; doświadczenia należałoby jeszcze w tym kierunku uzupełnić. W zakończeniu omawia prelegent doniosłość próby Wassermanna ze stanowiska klinicznego.

Witold Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie d. 25. kwietnia 1907.

Walne zebranie było zarazem obchodem 50-letniego istnienia Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Uświetnili je swojem przybyciem z Krakowa Prof. Dr Kostanecki, Prof. Dr Klecki, Prof. Dr Ciechanowski, Doc. Dr Dobrowolski, Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dr Borzęcki, oraz Dr Kozerski z Warszawy. Prócz tego ze wszystkich okolic Księstwa Poznańskiego i Prus królewskich zjechali się lekarze w liczbie około 80.

1) Prezes Wydziału Radca Dr Franciszek Chłapowski wita drogich i miłych gości z Krakowa i Warszawy, wyrażając radość z ich przybycia, poczem proponuje na przewodniczących Walnego Zebrania Prof. Dra Kostaneckiego, Dra Borzęckiego i Dra Kozerskiego, oraz Dra Laskowskiego, seniora lekarzy wielkopolskich.

2) Prezes Radca Dr Chłapowski zdaje treściwie sprawę z 50-letniej działalności Wydziału, który wyłonił się z pierwotnego Wydziału przyrodniczego. Wydział lekarski ze wszystkich Wydziałów Tow. Przyj. Nauk był najżywotniejszy. Długi szereg odczytów i demonstracyi, liczne prace naukowe, bądź to w organie swym »Nowinach lekarskich«, bądź w pismach zagranicznych drukowane, świadczą, że Wydział stał na wysokości swego zadania.

3) Prof. Dr. Kostanecki wygłasza odczyt: **O sztucznem dzieworodztwie,** który w całości wyjdzie w »Nowinach lek.«

Za niezmiernie ciekawy odczyt, objaśniony znakomicie doskonałemi tablicami, podziękowano prelegentowi gorącymi oklaskami.

4) Dr Wojciech Grabowski przedstawia guz z powikłaniami w błędniku usznym.

5) Dr Chrzanowski przedstawia: a) okaz **mięśniaka macicy**, wyjętego nadpochwowo, wagi 6 funtów, b) okaz **mię-**

śniaka **torbielowego**, 20 funtów ważącego. Istniał on 6 lat bez większych objawów i sprawiał wrażenie torbieli jajnika. Przy operacyi okazało się, że jest to ogromny mięśniak, krwawiący bardzo łatwo, a zawierający liczne torbiele. Wyjęcie udało się po kilku godzinach z wielkim trudem. Operowana w 3 tygodnie wyjechała zdrowa do domu. c) **Torbiel skórzastą** wielkości głowy noworodka, zawierającą cuchnący, brązowy płyn z zębami i włosami, a powikłaną z rakiem. Zejście śmiertelne.

6) Dr Szuman z Torunia pokazuje **torbiel skórzastą**, zawierającą wielką ilość kulek tłuszczowych. Nad powstaniem tych kulek wszczęła się ożywiona dyskusya, w której Dr Święcicki zaznacza, że pierwszy Rokitańsky opisał tego rodzaju torbiel. Olshausen tłómaczy powstawanie kulek tłuszczowych w torbieli przez wpływ okręcenia szypułki torbieli. Fraenkel opisuje trzy takie przypadki. Bylicki z Ziembickim opisali przypadek podobny. Sam S. leczył chorą, przysłaną przez Dra Smólkowskiego z taką torbielą. Do roku 1895 opisano 11 przypadków. Przy chorobach wątroby spostrzegał Dobrowolski podobne twory.— Doc. Dr Dobrowolski podnosi rzadkość przedstawionego przypadku i zaznacza, że nowszych tłómaczeń powstania tych kulek brak.—Prof. Dr Ciechanowski wspomina, że trzy tygodnie temu widział w zakładzie Prof. Browicza taki sam przypadek. W kulkach znaleziono mikroskopowo tylko tłuszcz i cholestearynę.—Dr Szuman obstaje przy swojem zapatrywaniu, że kulki tworzą się przez nagły napływ wysięku wodnistego do tłuszczu narośli przy skręceniu szypuły.

7) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy,** z którego nastąpiło przebicie do pęcherza. Chodziło **o promienicę.**

W dyskusyi Prof. Dr. Ciechanowski podaje, że w materyale sekcyjnym krakowskim promienica nie jest zbyt częsta. Spostrzegał przypadek promienicy wyrostka robaczkowego, obok promienicznych ropni wątroby.

8) Dr Chrzanowski przedstawia fotografie świetlane z szeregu operowanych przez siebie narośli itd. Fotografie odznaczają się tem, że w barwach naturalnych oddają oryginały.

9) Nastąpił odczyt Radcy Dra Panieńskiego: **O leczeniu niedomóg sercowych**, (Część pierwsza), oraz 10) referat Dra Gantkowskiego: **Pogląd na działalność miejskiej stacyi dla alkoholików.** Oba te odczyty ukażą się w »Nowinach Lekarskich«.

Z Walnem Zebraniem połączone było zwiedzenie miejskiej »Kuchni mlecznej« (Kropli mleka) dla dzieci, szpitalika św. Józefa, oraz osobliwości miasta. Poprzedziło zaś naukowe Zebranie Walne Zgromadzenie Pomocy koleżeńskiej, któremu przewodniczył Prof. Dr Klecki.

Po zakończeniu Walnego Zebrania Wydziału sporządzono wspólną fotografię, poczem odbyła się wspólna uczta w Bazarze, na której miejscowi Koledzy mieli sposobność wyrażenia wdzięczności gościom z Galicyi i Królestwa za uświetnienie obchodu. Ogólnie uwydatniło się pragnienie, żeby częściej nas odwiedzali nasi bracia z za słupów granicznych, niosąc do nas światło nauki i ciepło serc współczujących.

Dr. Adam Karwowski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22. kwietnia 1908 r.

1. Arnstein. **O nowych źródłach solanki używanej do picia w Ciechocinku, ich leczniczem znaczeniu i stosowaniu w cierpieniach narządu trawienia.** Dotąd stosowano wewnętrznie dwa rodzaje solanki ciechocińskiej, mocniejszą przeszło 2·5 prc. i słabszą 1·5 prc. W ostatnich latach odkryto dwa nowe źródła solanki z zawartością soli 1 prc. i 0·3 prc.; solanki te czerpane są u źródła, następnie nasyca się je kwasem węglowym, butelkuje i oddaje do handlu pod nazwą solanki Nr 10 (1 prc.) i Nr 8 (0·3 prc.). Te nowoodkryte solanki, wskutek nieznacznej ilości chlorku sodu i nasycenia ich kwasem węglowym, bardzo są zbliżone do znanych solanek europejskich, jak Kissingen, Homburg itp.; to też powinny one wyrugować te wody zagraniczne. W celu ścisłego określenia wpływu tych solanek na ustrój, prelegent wraz z kol. Róbinem przeprowadził szereg badań nad solanką 1 prc. gazowaną.

Wyniki tych badań są następujące: 1) Bezpośredniego wpływu ani na czynność żołądka chemiczną, ani na mechaniczną, gazowana solanka 1 prc. nie wywierała. 2) W przypadkach upośledzonego chemizmu pod wpływem tej solanki po pewnym czasie czynność wydzielnicza się wzmaga; przy dłuższem jednak używaniu występuje znowu spadek kwaśności treści żołądkowej, nieraz poniżej pierwotnego poziomu.

Spostrzeżenia nad działaniem solanki przy cierpieniach żołądka stwierdziły, że: 1) w nieżytach z upośledzonym chemizmem (*gastritis mucosa subacida*) w znacznej większości przypadków występowała wyraźna poprawa, objawy podmiotowe zmniejszały się, zaparcia znikały, chemizm żołądka się wzmagał; 2) w nerwicach żołądkowych tak przy prawidłowej, jak przy upośledzonej czynności wydzielniczej wpływ 1 prc. solanki gazowanej był mniej pewny.

W cierpieniach jelit dodatni wpływ 1 prc. solanki gazowanej zauważono przedewszystkiem przy przewlekłem zaparciu stolca. Prelegent sądzi, że 1 prc. solanka gazowana ciechocińska powinna wśród solanek europejskich zająć jedno z pierwszych miejsc, a u nas zastąpić powinna dotychczas szeroko stosowane solanki, jak kissingeńską, homburską i t. p.

W dyskusyi przytacza K. Ciągliński niedawno ogłoszoną pracę Meinela z Wiesbadenu, który na jednym coprawda, lecz za to bardzo szczegółowo opracowanym przypadku dowiódł, iż przy użyciu solanek kwas solny w żołądku znacznie wcześniej zaczyna się wydzielać, prędzej dosięga swego »maximum«, które znów jest większe, niż bez solanek. — Moraczewski (ze Lwowa) podaje wyniki własnych doświadczeń, dokonanych przed laty na klinice Gluzińskiego we Lwowie, które dążyły do określenia zależności między ilością kwasu solnego w treści żołądkowej, a ilością spożytej soli kuchennej rsp. chloru. Liczne spostrzeżenia dowiodły, że niema tu żadnej prostej zależności. Chorzy z silną stałą nadkwaśnością pomimo długotrwałego stosowania dyety prawie zupełnie pozbawionej chloru, wcale tej nadkwaśności się nie pozbywali. — Grundzach przypomina pracę Rejchmana i swe spostrzeżenia nad działaniem na żołądek stężonych rozczynów solnych (2—3—5% i więcej); badania te stwierdziły wytwarzanie bardzo wielkich ilości śluzu na zdrowych nawet błonach żołądkowych. — Landstein zwraca uwagę na nieścisłość doświadczeń prelegenta, który przystępował do badań nad solanką po jednorazowem zbadaniu treści żołądkowej chorego. Wiadomo powszechnie, jak często treść żołądkowa zmienia się u jednego i tego samego osobnika w różnych okolicznościach. Należało przed rozpoczęciem prób z solanką dokonać kilku conajmniej badań treści i liczbę średnią przyjąć za normę. Prelegent badania swe nad solanką Ciechocińską zwrócił jedynie w kierunku jej wpływu na wydzielanie, się soku żołądkowego, tymczasem w toku badań okazało się, że wpływ jej dodatni na podmiotowe objawy chorobowe polegać musi na czemś innem, skoro n. p. chorzy z niedomogą wydzielniczą żołądka, pomimo, że stopień kwaśności treści żołądkowej spadał, czuli się lepiej, a nawet zupełnie objawy chorobowe tracili.—Pruszyński podnosi okoliczność, że przy stosowaniu wód mineralnych często nie można zdać sobie sprawy, na czem polega ich działanie. Tem trudniej ocenić nasze wody których dotychczasowe rozbiory są bardzo nieścisłe. Prócz zawartości soli odgrywają tu bardzo ważną rolę i jony; nie bez wpływu są i inne domieszki mineralne, zawarte w solance, a także jej odczyn itp.—Starkiewicz podaje, że jakkolwiek pospolicie przyjmuje się, iż kwas węglowy ma podnosić wydzielniczą zdolność żołądka, to jednakże niedawno przeprowadzone przez niego i kol. Bełkowskiego badania stwierdzić tego nie zdołały.—Anastazy Landau dodaje, że do omawianych już przez innych mówców przeciwwskazań stosowania solanki zaliczyć należy biegunkę oraz skłonność do niej. Daleko większą przyszłość mieć będzie 0,3% solanka ciechocińska, jako nie drażniąca i izotoniczna.

2) K. Rzętkowski: **W sprawie leczenia otyłości.** Prelegent omówił głównie znaczenie tyreoidyny. Na zasadzie własnych badań dochodzi R. do wniosku: 1) że tyreoidyna w 80% przypadków obniża wagę; 2) że działa ona moczopędnie, wywołując wzmożone wydzielanie N z moczem, nie wskutek wypłukiwania zatrzymanego N z ustroju, lecz z przyczyn głębszych (rozpad białka ustrojowego); 3) na wydzielanie z moczem kwasu moczowego endogen tyreoidyna nie działa; 4) w porównaniu z jodotyryną tyreoidyna działa słabiej; 5) wpływ tyreoidyny na układ krwionośny jest nieznaczny. Badania w tym względzie polegające na oznaczaniu u chorych ciśnienia tętniczego maksymalnego, minimalnego, oraz amplitudy przy pomocy przyrządu Riva-Rocciego stwierdziły, że tyreoidyna nie wywiera w tym kierunku żadnego wpływu. Dawka, stosowana przez prelegenta, wynosiła 0·3—6 proszków dziennie. Żadnych ubocznych objawów R. nie spostrzegał.

W dyskusyi zabierało głos kilku mowców. Gdy jedni oddają pierwszeństwo w działaniu na zmniejszenie otyłości tyreoidynie, inni przenoszą w tym względzie jodotyrynę. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Odczyt S. Trzebińskiego, wygłoszony na posiedzeniach d. 5. XII. 1907, 5. III. i 2. IV. 1908 r.: **Psychoza i neuroza w belletrystyce polskiej.**

Zamiarem prelegenta nie jest systematyczny przegląd całej polskiej belletrystyki z psychiatrycznego punktu widzenia, lecz tylko sprawozdanie z szeregu przygodnie zebranych literackich wrażeń. Psychiatryczne rozpoznanie różniczkowe, sprawiające nieraz znaczne trudności już wtedy, kiedy chodzi o przeprowadzenie go w zastosowaniu do realnych chorych, staje się jeszcze trudniejszem tam, gdzie chodzi o psychopatów z belletrystyki, o których wiemy tylko tyle, ile za stosowne uznał powiedzieć nam autor, traktujący rzecz często epizodycznie, a zawsze pod innym, niż nasz, kątem widzenia. Z tem wszystkiem należy podjąć próbę uporządkowania tego materyału według jego przynależności do pewnych znanych w nauce grup chorobowych, gdyż inaczej moglibyśmy się zgubić wśród licznych, bezładnie rozrzuconych przypadków.

Najprzód należy rozpatrzeć grupę, znaną lepiej w belletrystyce, niż w psychiatryi współczesnej, a obejmującą postacie z obłąkaniem, skonstruowanem sztucznie, według szablonu monomanii, który, zarzucony oddawna w nauce, przecież jeszcze nie przestał pokutować wśród publiczności. Wspólne cechy tej »literackiej« psychozy są mniej więcej następujące: 1) psychiczny uraz, jako jedyna przyczyna choroby, 2) nagły wybuch obłąkania pod wpływem wyżej wymienionego czynnika, 3) pomieszanie, polegające na wypełnieniu duszy chorego wyobrażeniami, bezpośrednio z owego psychicznego urazu wypływającemi. Jednym z najwięcej znanych prototypów takiego obłąkania jest Szekspirowska Ofelia. W naszej literaturze do tej kategoryi należą z dawniejszej poezyi i powieści: Aldona z »Mindowe« Słowackiego, Ksenia ze »Żmii« tegoż autora, Żona z »Nieboskiej Komedyi« Krasińskiego, Gustaw z »Dziadów« i Karusia z »Romantyczności« Mickiewicza, oraz wszyscy obłąkani, których historye opowiada nam Sztyrmer w powieści »Frenofagiusz i Frenolesty«. Z nowszej belletrystyki »Hrabia August« z powieści Mańkowskiego. Daleko więcej zbliżony do rzeczywistości jest już przebieg obłąkania pana Kitajgrodzkiego w Kaczkowskiego »Mężu Szalonym«.

Dalej spotykamy się z całym szeregiem postaci, których pomieszanie wybucha wśród objawów ostrego obłędu, z omamami, przywidzeniami, zanikiem zmysłu oryentacyjnego, nieraz zaś z pobudzeniem ruchowem, skierowanem ku niszczeniu wszystkiego, co się około chorego znajduje. Jako przyczyna występuje i tu przedewszystkiem uraz psychiczny, a więc silny afekt; żal, przestrach, zawiedziona miłość i t. p., chociaż w niektórych przypadkach widzimy też współdziałanie innych czynników etyologicznych, n. p. fizycznego wyczerpania albo psychopatycznego usposobienia. Tutaj należą: Leon ze »Snu Srebrnego Salomei« Słowackiego, Aneta z powieści Kraszewskiego »Jasełka«, Danusia i Siegfried von Loeve z Sienkiewiczowskich »Krzyżaków«, Dziki juhas z Tetmajera »Zbioru opowiadań Tatrzańskich«, stary Adler z »Powracającej Fali« Prusa, »Głupia Baba« ze zbioru nowel Gustawa Daniłowskiego, a nareszcie Młoda z Wyspiańskiego »Klątwy«. Chcąc pomieścić wyżej wyliczone osobistości w pewnych znanych działach chorobowych, trzebaby w niektórych przypadkach myśleć o psychozach inanicyjnych (z wycieńczenia), w innych o psychozach okresowych maniakalno-depresyjnych, o przedwczesnem otępieniu, a nawet (n. p. u Anety) o histeryi. W rzeczywistości zresztą ostry uraz psychiczny bywa bez porównania rzadziej, niż w belletrystyce przyczyną choroby umysłowej. Przemawiają za tem obok innych spostrzeżeń wyniki pracy Dra Władyczko »Duszewnyja zaboljewania wo wremia osady Port-Artura«. Z pośród chorych, spostrzeganych przez autora, kierownika oddziału psychiatrycznego w oblężonej twierdzy, wstąpiło na tenże oddział przez cały czas oblężenia wszystkiego 20 takich chorych, których obłąkanie wybuchło podczas wyżej wspomnianego okresu, a więc mogło pozostawać w pewnej względem towarzyszących mu duchowych wstrząśnień zależności. Otóż nawet, gdybyśmy podwoili tę liczbę wobec tego, że niektóre przypadki mogły dla różnych przyczyn przez oddział nie przechodzić, a więc nie figurować w statystyce, to zawsze jeszcze otrzymamy dopiero 40 przypadków na 52,000 ludzi, wchodzących w skład garnizonu, a więc znacznie mniej, niż 1‰. Przedwczesne otępienie *(dementia praecox)*, zdaje się, możnaby stwierdzić u »Starszego dziecka«, jako przyczynę zagadkowego samobójstwa w »Godzinie Myśli« Słowackiego, utworze, będącym zresztą, jak wiadomo, historyą przyjaciela poety, Ludwika Spitznagla, a także u Sewera Stamierowskiego w powieści Rodziewiczównej »Ona«.

Paranoikiem jest bezwątpienia Stary Hoff w Prusa »Pałac i rudera«, bezimienny waryat z Syrokomli »Melodyi z domu obłąkanych«, oraz może chory z Michałowskiego »Pamiętników obłąkanego«. Podobnymi zaś do paranoików są też zaliczeni do pierwszej grupy pensyonarze zakładu Bonifratrów z »Frenofagiusza« Sztyrmera.

Z bezwładem postępującym spotykamy się w »Bez dogmatu« (Davis), w »Zmierzchu« Krzywoszewskiego (mąż pani Maryi). Paralitykami są też zapewne Orłowski z »Fermentów« Reymonta i Olszewski z Belmonta »W wieku nerwowym«. W tej ostatniej powieści oprowadza nas autor po zakładzie obłąkanych, dając nam krótkie, lecz na ogół nader trafne, ścisłe i istotę rzeczy uwzględniające, pod względem psychiatrycznego prawdopodobieństwa bez porównania od Sztyrmerowskich wyższe, charakterystyki poszczególnych chorych.

Dalej widzimy otępienie niewiadomego pochodzenia (Pan Jacek z »Chłopów« Reymonta), zaburzenia psychiczne wskutek uszkodzenia głowy (Boryna z »Chłopów«, Mularz z Prusa »Lokator poddasza«, oraz Zawiłowski z »Rodziny Połanieckich« Sienkiewicza), popędową psychozę na tle zwyrodnienia (Głupia Zośka z »Placówki« Prusa), a nareszcie stany halucynacyjne (w »Kordyanie« Słowackiego, pod wpływem silnego afektu i w »Lambro« tegoż autora, wskutek otrucia makowcem!).

Wspomniawszy o teoryi histeryi, postawionej przez Freuda, prelegent przytacza kilka powieści, w których występują histeryczki, zatrzymując się nad powieścią Gabryeli Zapolskiej »W przedpieklu«, oraz nad studyum Przybyszewskiego »Synagoga Szatana«. Blizko histeryi stoją stany hypnotyczne; opis takiego stanu znajdujemy w Prusa »Faraonie«. W nowszej belletrystyce naszej wysuwają się na pierwszy plan zamiast właściwych chorób umysłowych t. zw. stany pośrednie, czyli przejściowe (Uebergangs-Zustände), stojące na granicy pomiędzy zdrowiem duchowem a psychopatyą. Roją się od takich postaci: »Próchno« Berenta, oraz powieści Przybyszewskiego, n. p. »Homo Sapiens«, »Synowie Ziemi« i inne, a cechę charakterystyczną ich stanowi przedewszystkiem zamknięcie się w sferze swej własnej indywidualności i dążenie do bezwzględnego jej rozwinięcia, jako jedyne hasło życiowe. Tem tłómaczy się brak etycznych aspiracyi w postępowaniu, oraz sprowadzenie sztuki jedynie tylko do sensacyi i nastroju. Jako dalsze następstwa podobnego światopoglądu występuje nadmierne rozwielmożnienie się w życiu i sztuce sfery czynników płciowych, oraz dążność do nadużywania sztucznych podniet, a więc tytoniu, wyskoku, morfiny, kokainy i t. p.

Czy potrzebujemy uciekać się do psychopatyi po wytłómaczenie postępowania Ewy z »Dziejów Grzechu« Żeromskiego, tego prelegent nie chce stanowczo rozstrzygać. Zdaje mu się jednak, że taka interpretacya nie leżała w intencyi autora, który peryodyczne wahania etyki bohaterki przedstawia, jako skutek działania raczej psychologicznego, niż psychopatycznego prawa. Studyowanie wyżej wspomnianych przejściowych stanów w życiu i literaturze może mieć także praktyczną doniosłość. Przekonawszy się bowiem, że w wielu przypadkach występowanie ich nie może być uważane, jako dziedziczna lub rozwojowa konieczność, tylko jako skutek działania różnych, dających się usunąć okoliczności, możemy prowadzić owocną pracę w celu zmniejszenia ich, dzisiaj niestety nadmiernie wielkiej i ciągle jeszcze rosnącej ilości. (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Stanisławski uważa, że należałoby jeszcze wspomnieć o Ewuni i księdzu Piotrze z »Dziadów«, oraz o niektórych postaciach z powieści Bolesławity, n. p. »Dziadunio«, dalej o czwartej żonie z »Bolesława Śmiałego« Wyspiańskiego, a wreszcie może także o Konradzie z »Wyzwolenia«. Przytem byłoby do życzenia, aby ktoś poddał należytemu oświetleniu z psychiatrycznego punktu widzenia nietylko postacie, występujące w poezyi i powieści, lecz także niektórych autorów oraz ludzi, którzy wywarli znaczny wpływ na umysły współczesnych sobie autorów, n. p. Towiańskiego. — Łążyński wspomina o książce Żmudzkiego »Posiew krwi« osnutej na tle wypadków ostatniej wojny, gdzie występuje zbiorowa psychoza. — Rumszewicz zaznacza, że do wywoływania wstrząsów psychicznych podczas ostatniej wojny przyczyniał się proch bezdymny, przerzucanie pocisków, które razić mogły zupełnie niespodzianie nawet ludzi za okopami ukrytych. — Obniski odpowiada, że jego zdaniem wstrząs psychiczny powinienby raczej być mniej wybitnym u ludzi rażonych znienacka, niż u takich, którzy ujrzawszy dym działowego wybuchu, przez kilka lub kilkanaście sekund w najwyższem napięciu wyczekują spadnięcia i eksplozyi pocisku. — Hoene robi uwagę, że prelegent nie wspomniał o kilku nowszych, odnoszących się do jego tematu, autorach. — Topolnicki w odpowiedzi Stanisławskiemu stwierdza, że na śliską drogę wchodzi ten, kto wszędzie chce się doszukać obłędu. Mo-

glibyśmy w ten sposób dojść do tego, że trzebaby wszystkich naszych wielkich ludzi uważać za waryatów. Rzeczywiście trwałe obłąkanie rzadko kiedy występuje nagle pod wpływem ostrego psychicznego urazu, natomiast wyżej wspomniany czynnik przyczynowy odgrywa poważną rolę przy powstawaniu histeryi. — Taraszkiewicz zwraca uwagę prelegenta na Ewę w »Dziejach grzechu«.

Prelegent: Widzenia i przeczucia Ewuni oraz księdza z »Dziadów« pojął i przedstawił Mickiewicz, jako jasnowidzenia, co się zaś tyczy nieuwzględnienia całego szeregu psychopatycznych lub nerwowo chorych postaci z naszej belletrystyki, to prelegent zastrzegł się na wstępie, że wykład jego całego materyału nie wyczerpuje, lecz nie mając żadnej pretensyi do zupełności, ma być tylko sprawozdaniem z mniej lub więcej przygodnych literackich wrażeń. Konrad z »Wyzwolenia«, to symbol, i wskutek tego trudno dla niego znaleźć miejsce w ramach dzisiejszego wykładu. Również nie wchodziło w zakres wykładu omawianie psychiki autorów. *M. Łażyński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy odbył w d. 29. V. b. r. posiedzenie; przyjęto sprawozdanie z czynności w r. 1907, które będzie przedstawione Walnemu Zgromadzeniu. Walne Zgromadzenie uchwalono zwołać na 27. VI. b. r. — Na posiedzeniu zaś Wydziału w d. 3. VI. udzielono 2 zapomóg, uwolniono kilku kolegów od wkładek, uchwalono zająć się sprawą jednego z kolegów w stosunku do pewnej kasy chorych i udzielić »Głosowi lekarzy« 500 K. subwencyi. Rozpatrzenie sympatycznej myśli ściślejszych stosunków z pokrewnemi Towarzystwami, poruszonej przez kolegów przemyskich, na razie odroczono. *R.*

Do organizacyi wzywa lekarzy galicyjskich w przekonywającym wywodzie Dr Weinsberg w »Głosie lekarzy« (Nr 11). Wielokrotnie podnosiliśmy potrzebę załatwienia tej pierwszorzędnej sprawy, która obecnie wskutek uchwał Izb rękodzielniczych o kasach majsterskich staje się wprost piekącą. Toteż obojętność, okazywana dotąd w tej sprawie przez większość kolegów, jest równie niezrozumiałą, jak godną ubolewania. *R.*

Izbę lekarską zachodnio-galicyjską zawiadomił Wydział powiatowy sanocki o rozpisaniu konkursu na posadę okręgową w Jaśliskach z terminem do 15. VII. 1908.

Domy lekarskie, t. j. rodzaj wspólnych prywatnych poliklinik, w którychby lekarze mogli na pewne godziny kolejno korzystać z pokojów ordynacyjnych, mieszkając w odleglejszych dzielnicach miasta, radzi urządzać Dr J. Zawadzki (Med. i kron. lek.) ze względu na wzrastającą drożyznę mieszkań w śródmieściu Warszawy. *R.*

Popieranie zdrojowisk polskich wzięła sobie bardzo do serca prasa codzienna warszawska i przeprowadza je wzorowo. Prócz całego szeregu luźnych artykułów urządzają dzienniki (np. »Głos warszawski« Nr 69 i nast.) rodzaj ankiety o wszystkich zdrojowiskach polskich, wynikowi jej poświęcając cały szereg numerów. *R.*

W sprawie mamek zarządziło austryackie ministerstwo handlu wraz z ministerstwem spraw wewnętrznych (D. p. p. 96. d. 7. V. 1908), że biurom pośrednictwa wolno przyjmować te tylko mamki, które świadectwem lekarskiem udowodnią dobry stan zdrowia i zdolność karmienia i że przed nastręczeniem mamki należy zarządzić ponowne zbadanie jej przez lekarza i doręczyć stronie, godzącej mamkę, wynik tego badania. Również wolno biurom stręczyć te tylko mamki, które przedłożą poświadczenie swej gminy, że oddały swe własne dziecko w należytą i pewną opiekę. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 24 do 30. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo —; zmarło osób 74 (w tem obcych 33), z nich z gruźlicy 18 (6), zapalenia płuc 6, odry 5 (5). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. do 30. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (tem obcych 1 † —), krztuśca 8, płonicy 6, odry 19 † 5 (8 † 5), duru brzusznego 2 (1), gorączki połogowej 1 (1). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Lekarze i przyrodnicy czescy gromadzą się dziś w Pradze poraz czwarty na ogólny Zjazd, by obliczyć swój naukowy dorobek i odbyć przegląd swych sił, a zarazem uczcić uroczyście ćwierćwiekową rocznicę otwarcia samoistnej czeskiej Wszechnicy i dwóchsetną rocznicę rozniecenia ogniska nauk przyrodniczo-technicznych na ziemi czeskiej.

Ze słuszną dumą mogą lekarze i przyrodnicy czescy obejrzeć się dziś wstecz na dzieła, których dokonali dla dobra swej ojczyzny, — z uczuciem sprawiedliwego tryumfu policzyć swe potężniejące szeregi, a śmiało i bez żadnych już obaw spojrzeć w przyszłość.

Odnosząc się do czeskich Zjazdów przyrodniczo-lekarskich od samego ich początku z niezmienną zawsze życzliwością i sympatyą, podzielają i tym razem lekarze i przyrodnicy polscy szczerze radość licznego zastępu swych czeskich kolegów, zgromadzonego dziś nad Wełtawą na obchód święta naukowego.

Podzielając z nimi również i pragnienie, aby nauki przyrodnicze i lekarskie w ziemiach czeskich i nadal bujnie rozwijały się i kwitły ku sławie i pożytkowi Narodu czeskiego, ślemy Zjazdowi serdeczne powitanie i życzenie, by dążenia kolegów czeskich do uzyskania nowych ognisk nauki, pomyślnie a rychło się spełniły.

Na XV. Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10. i 11. lipca r. b. w Krakowie, zgłoszono następujące wykłady:

1. Ludwik Rydygier sen. (Lwów): Chirurgia moczowodów (z przedstawieniem chorego).
2. Tenże: O gruźlicy kątnicy.
3. Tenże: O raku języka.
4. Antoni Rydygier jun. (Lwów): O nowotworach na kończynach (z przedstawieniem chorych, rentgenogramów i fotografii).
5. Tenże: Przyczynek do chirurgii wątroby (z demonstracyą rentgenogramów).
6. Tenże: Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów okrężnicy esowatej i odbytnicy.
7. Michał Jedlička (Lwów): Przyczynek do chirurgii śledziony.
8. Tenże: Przyczynek do leczenia promienicy (actinomycosis).
9. Tenże: O torbielach kostnych.
10. Jakób Selzer (Lwów): O wynikach ostatecznych po operacyach w przypadkach nerwobolu n. trójdzielnego.
11. Tenże: Urethrotomia externa — urethrotomia interna.
12. Tenże: O zapaleniu płuc, wikłającem przebieg pooperacyjny.
13. Tadeusz Ostrowski (Lwów): Wyniki chirurgicznego leczenia choroby Glénarda.
14. Tenże: O wynikach po operacyi Talmy w marskości wątroby.
15. Tenże: Myoma recti.

Komitet narodowy polski dla XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie (29. sierpnia do 4. września 1909) *ogłasza, co następuje:*

»Otrzymawszy mandat od Komitetu gospodarczego XVI. Zjazdu za pośrednictwem gen. sekretarza tegoż Zjazdu, Prof. Emila Grosza, do utworzenia Komitetu narodowego polskiego, podpisany prezes podjął się tego zadania w przekonaniu, że nie wolno nam uchylać się od udziału w międzynarodowych turniejach naukowych, chociażby z tego względu, by wszędzie, gdzie się do tego nadarza sposobność, zaznaczać naszą odrębność narodową i nasze naukowe stanowisko, w czem komitety pomocne być powinny i mogą.

Zwyczajem przyjętym i niejednokrotnie przez siebie praktykowanym udał się Prof. Wicherkiewicz i teraz do głównych Towarzystw lekarskich wszystkich trzech dzielnic naszych porozbiorowych z prośbą (i to dwukrotną) o wyznaczenie delegatów do Komitetu polskiego, ale dotychczas tylko krakowskie Towarzystwo lekarskie odpowiedziało na ten apel, mianując swych delegatów, a o lwowskiem dowiedzieliśmy się pośrednio, że uczyniło to samo. Wobec ponownego wezwania gen. sekretarza Zjazdu, niepodobna było zwlekać dłużej z krokiem stano-

wczym. Powołany przez Komitet gospodarczy Zjazdu prezes utworzył więc wraz z kolegami krakowskimi Komitet narodowy polski dla międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie, z dniem dzisiejszym rozpoczynający swą czynność.

Wiedząc z doświadczenia, jak trudno zgromadzić członków zamiejscowych na posiedzenia, pragniemy całą potrzebną agendę przyjąć tutaj na siebie, a dla ułatwienia porozumiewania się z innemi dzielnicami polskiemi prosimy raz jeszcze Towarzystwa lekarskie w Warszawie, we Lwowie i w Poznaniu, aby z łona swego wybrały 2—3 delegatów, którzyby stanowili subkomitety z wiceprezesami na czele. Zadaniem tych ostatnich byłoby znosić się bezpośrednio z Komitetem głównym krakowskim we wszelkich sprawach ogólnych czy zasadniczych przyszłego Zjazdu międzynarodowego.

Chcącym wziąć udział w Zjeździe, sekretarz Komitetu narodowego, Prof. Ciechanowski (Kraków, Wielopole 4), udzielać będzie chętnie informacyi i prześle ogłoszone dotychczas druki, jak: regulamin Zjazdu, pierwsze orędzie Komitetu gospodarczego Zjazdu, program tymczasowy, karty do zapisywania się i zgłaszania wykładów i t. d.

Kraków, w maju 1908.

Prezes: *Prof. Dr B. Wicherkiewicz*, c. k. Radca Dworu.
Wiceprezes: *Dr A. Kwaśnicki*, sekretarz: *Prof. Dr S. Ciechanowski*,
skarbnik: *Dr Eugeniusz Borzęcki*.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. VI. 1908 posiedzenie, na którem Prof. Ciechanowski przedstawił preparaty anatomiczno-patologiczne, a Prof. Kader, Dr Radliński, Nüssenfeld i Warzeszkiewicz przedstawili licznych chorych, operowanych w klinice chirurgicznej.

— W sprawie Parku Jordana zwołało Prezydyum miasta konferencyę, na której gronu zaproszonych radców miejskich przedstawiono sprawozdanie z ulepszeń i napraw w urządzeniu parku. Nadzór nad parkiem ma być powierzony stałej delegacyi, powołanej przez Radę miejską. (Należy mieć nadzieję, że do delegacyi tej powołani będą w liczbie odpowiedniej zawodowcy z kół lekarskich i przedstawiciele instytucyi lekarskich). Administracyę samego parku (drzew, trawników, ścieżek) oddano zarządowi ogrodów miejskich, kierownictwo zabaw p. Z. Wyrobkowi i pedagogowi p. St. Michalskiemu. Z zabaw korzysta dziennie 39 zastępów uczniów szkół ludowych i 34 zastępów gimnazyalnych, a w święta młodzież rzemieślnicza, razem około 2,000 młodzieży (o 100% więcej, niż w r. z.). Ponieważ dla tej liczby nie wystarcza 12 boisk w parku, przeto park ma być rozszerzony w kierunku ku miastu na części zakupionych przez miasto gruntów pofortyfikacyjnych.

— Do Komisyi sanitarnej miejskiej prócz dotychczasowych 7 członków-lekarzy, radców miejskich, uchwaliła Rada miasta zaprosić z poza swego grona: Prof. Browicza, członka Krajowej Rady zdrowia, Dra Bielańskiego, st. lekarza powiatowego, Prof. Kostaneckiego, członka Najwyższej Rady zdrowia, Prof. Łazarskiego, prezesa Komitetu szpitala św. Łazarza i Prof. Piltza.

— Instytucya »Kropli mleka« rozpoczęła po kilkotygodniowej przerwie nanowo działalność pod kierunkiem Dra Władysława Filipkiewicza.

— Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu krajowego odbył w dniu 1. VI. b. r. pod przewodnictwem Dra Kwaśnickiego posiedzenie, na którem referenci poszczególnych działów zdali sprawę z dokonanych dotychczas prac i z podjętych kroków. Zorganizowanie działalności systematycznej jest w toku i wkrótce zostanie ukończone.

— Dyplom doktorski uzyskali: p. Julian K. Solarski, rodem z Baranowa w Galicyi, p. Aron Schwarzbart, rodem z Chrzanowa i p. Fabian Gottfryd, rodem z Kalisza.

— W Tarnowie zbudowano z ofiar prywatnych i otwarto 17. V. b. r. dom dla nieuleczalnych o 30 łóżkach.

— »Sprawozdanie lekarskie o zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Truskawcu za r. 1907«, ogłoszone przez R. c. Dr Edw. Krzyżanowskiego, zasługuje na szczególne podniesienie przez to, iż wymienia dokładnie ważniejsze z potrzebnych jeszcze ulepszeń, jak gazowanie źródeł, wodociągi, odpowiedniejsze urządzenie kąpieli z kwasem węglowym, wprowadzenie kąpieli gorących powietrznych, parowych, świetlnych i t. d., ulepszenie borowinowych, założenie biura informacyjnego na dworcu kolejowym, ulepszenia w parku i inne. Zarazem porusza Dr Krzyżanowski ponownie doniosłą sprawę założenia »Związku zdrojowisk polskich« celem wspólnej pracy nad trwałym rozwojem naszych zakładów zdrojowych.

Lwów. W Nr 4. wydawanego przez siebie »Vocho de Kuracistoj« porusza Dr Mikołajski ze względu na udział różnych narodowości słowiańskich w IV. Zjeździe lekarzy i przyr. czeskich pytanie, czyby i dla lekarzy słowiańskich nie był na zjazdach dogodnym sposobem porozumiewania się język esperanto. W tymże zeszycie znajdują się artykuły Dr Szydłowskiego z Moskwy, Krukowskiego z Warszawy, korespondencye z Anglii, Kazania i t. d.

Warszawa. Uniwersytet warszawski ma być otwarty ponownie w jesieni r. b.

— W celu rozważenia przepisów o utrzymaniu klinik uniwersyteckich przy szpitalach miejskich mianowano komisyę, złożoną z inspektora lekarskiego Troickiego, Drów Pawińskiego, Janowskiego, Watraszewskiego i radcy prawnego Mrozowskiego.

— Na wystawę zdrojową w Ciechocinku wyjeżdża w czasie Zielonych Świąt z Warszawy wycieczka lekarska, na którą zapisało się przeszło 200 uczestników.

— W Otwocku otwarto 31. V. b. r. kolonię dla umysłowo chorych, założoną przez warszawskie Towarzystwo opieki nad ubogimi nerwowo i umysłowo chorymi izraelitami. Kolonia, na razie dla 40 mężczyzn, mieści się w pawilonie, zbudowanym kosztem 30,000 rb. wśród 30-morgowego folwarku, który nabyto za 16,000 rb. Pawilon dla kobiet będzie zbudowany wkrótce dzięki ofiarności p. H. Poznańskiego. Koszt utrzymania 40 chorych obliczono na 10,000 rb. rocznie. — Prezesem Towarzystwa jest Dr Goldflam.

Wilno. Na I. rocznem zebraniu Towarzystwa przyjaciół nauk, zagajonem przez wiceprezesa Dra Zahorskiego, mianowano członkami-korespondentami m. i. Dra J. Talko-Hryncewicza i Dra J. Bielińskiego.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Delegatami Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu są Dr Stanisław Łazarewicz i Dr Tad. Dembiński, delegatem Polskiego Związku lek. i przyr. w Petersburgu Prof. S. Zaleski, Akademii weterynarskiej we Lwowie Prof. A. Gizelt. — W czasie Zjazdu odbędzie się posiedzenie Komitetu lekarskiego słowiańskiego. — Na Zjazd zgłosiło się do d. 30. V. b. r. 820 uczestników; dziś liczba ich dobiega zapewne tysiąca.

Zmarli: Dr Józef Weigel, b. radny miasta, w 65 r. ż. we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.
Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rymanów.
Dr **Regiec Jan**.

Szczawnica.
Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.
Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 13. czerwca 1908. Nr 24

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej we Lwowie. Dyrektor: Prof. Prus.

»Odczyn kwaśny« i kwasy (kwas mleczny) w stosunku do przyswajania pokarmu w narządzie trawienia oraz przemiany chloru.

Podał

Prof. Edmund Biernacki.

W roku 1891 kontrolując i opracowując dalej w klinice Riegela jedno spostrzeżenie Stickera, stwierdziłem [1]) ostatecznie na podstawie licznych doświadczeń fakt, że pomiędzy trawieniem ustnem a żołądkowem istnieje ścisły związek, względnie, że sprawność ruchowa i wydzielnicza żołądka przy przejściu pokarmu przez jamę ustną jest daleko lepsza, niż jeśli pokarm wprowadzimy bezpośrednio do żołądka przez zgłębnik. W przeciwstawieniu do dawniejszych zapatrywań, a także do przekonania Stickera, dowiodłem, iż ślina sama odgrywa w sprawie powyższej rolę bardzo nieznaczną, chyba żadną, że znaczenie rozstrzygające posiada właśnie samo przejście pokarmu przez jamę ustną [2]). Stwierdziłem dalej, że jama ustna »stara się« nadać pokarmowi przeżuwanemu, — jak w mych doświadczeniach, mieszaninie białkowo-krochmalowej, — odczyn lekko kwaśny, — że nawet słabo zasadowy (od ługu) odczyn pokarmu nie jest odpowiedni dla żołądka, że przeciwnie czynność żołądka odbywa się najsprawniej przy odczynie lekko kwaśnym lub obojętnym. Wobec tej sumy faktów związek trawienia ustnego i żołądkowego sprowadziłem do zmian odczynu (zdobywanie odczynu lekko kwaśnego), jakim ulega pokarm przy przechodzeniu przez jamę ustną.

Zasadnicze me doświadczenia nad zależnością trawienia żołądkowego od ustnego zostały kilkakrotnie potwierdzone (n. p. przez A. Schulda [3]): tłumaczenie jednak mechanizmu tej zależności urobiło się w duchu znanych poglądów Pawłowa o oddziaływaniu »odruchowem« jamy ustnej na błonę śluzową — i z tego punktu widzenia cały szereg autorów (Schüle, Troller, Riegel i Scheuer i t. d.[4]) potwierdził na ludziach zjawiska podrażnienia »odruchowego« gruczołów żołądkowych przez przeżuwanie pokarmu w jamie ustnej. Z drugiej strony Pawłow, a po części i inni (Bickel) [5]) w doświadczeniach na psach nie mogli dostrzedz żadnej różnicy w sile wydzielania soku przy drażnieniu bezpośredniem błony śluzowej żołądka pomiędzy wodą, a rozcieńczonymi rozczynami kwasu solnego.

Wobec takiego stanu rzeczy moje doświadczenia i przypuszczenia co do roli odczynu kwaśnego w stosunkach pomiędzy jamą ustną a żołądkiem pozostały właściwie bez oddźwięku. A jednakże właśnie w ostatnich czasach znowu można rzucić pytanie, czy stosunki te i zależności ściągają się li tylko do odruchu — przedewszystkiem u ludzi, u których trawienie ustne zajmuje w całym akcie trawiennym niezawodnie więcej »miejsca«, niż u psa. Istotnie — w tej części współczesnej nauki o trawieniu, która dotyczy wpływu kwaśnej treści żołądka i kwasów, jako bodźców swoistych dla trzustki, już nastąpiła zmiana poglądów — i wpływ ten, który Pawłow sprowadzał także do odruchu, Bayliss i Starling [6]) tłómaczą »humoralnie«, to jest w duchu pojęć chemicznych, — »aktywowaniem« przez kwas »prosekretyny«, ciała obecnego w błonie śluzowej kiszek, na »sekretynę«, która już drogą krwi pobudza wydzielinę trzustkową.

Pomijając całą powyższą sprawę »odruchów« w akcie trawienia, pomijając zarazem widziane przezemnie nakwaszanie pokarmu, względnie, regulowanie odczynu pokarmu w jamie ustnej, co także jeszcze oczekuje dalszego opracowania, zasługiwać mogą ze swej strony na szczegółową uwagę te wyniki moich doświadczeń, które wskazywały na znaczenie odczynu kwaśnego dla sprawności żołądka. Podnieść właśnie muszę, że w przeciwstawieniu do ujemnych wyników Pawłowa co do znaczenia rozczynu HCl dla wydzielania żołądkowego u psa, w moich doświadczeniach na ludziach zdrowych i chorych różnice wpływu pokarmu słabo kwaśnego i słabo zasadowego na trawienie żołądkowe były zbyt wybitne, by wolno było uważać je za »quantité négligeable« i bliżej się nad niemi nie zastanawiać.

[1]) O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka. Przegląd lek. 1891. Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XXI, Heft 1 i 2.

[2]) Okoliczność powyższą podkreślam, ponieważ w najnowszej zbiorowej fizyologii W. Nagela referent fizyologii trawienia O. Cohnheim, zaznaczając, iż fakt oddziaływania jamy ustnej na żołądek znany był jeszcze przed Pawłowem, twierdzi (str. 524, tom II), iż związek ten wraz z Riegelem mylnie sprowadzałem do działania śliny.

[3]) Schuld: Inaugural-Dissertation, Leiden 1892.

[4]) Piśmiennictwo w tej sprawie p. H. Leo: Die Salzsäuretherapie, Berlin 1908, str. 10—12.

[5]) Bickel: Berl. klin. Wochs. 1905.

[6]) Por. Nagel: Handbuch der Physiologie des Menschen, 1907. T. II, str. 571—2.

Tego stanowczo nie wolno, bo z powyższem łączy się jeszcze jeden fakt, mianowicie: pokarm ludzki, pokarm przyrządzony, miewa prawidłowo odczyn kwaśny (względem papieru lakmusowego). Faktu tego możnaby, że tak powiem, oczekiwać naprzód, pamiętając, jak ważną rolę odgrywa w kuchni n. p. ocet: zresztą o stałej obecności odczynu kwaśnego w pokarmie naszym przekonałem się bezpośrednio przez liczne próby z papierem lakmusowym — różnych potraw, zup i t. d. Stopień odczynu kwaśnego jest tutaj naturalnie bardzo różny: n. p. zupy, sosy, kompoty, jarzyny przyrządzone bywają zazwyczaj wyraźnie kwaśne, natomiast ziemniak, chleb, bułka i t. d. słabo kwaśne. Wyjątki w tym kierunku stanowią właściwie tylko tłuste gatunki mięsa (gęsina, wieprzowina) i tłuste »naturalne« sosy (tłuszcz roztopiony) — które jakby nawet dawały odczyn lekko zasadowy. Jak wiadomo jednak, do tłustych gatunków mięsa, według zwyczajów gastronomicznych podaje się zazwyczaj kwaśne przystawki — kapusta, sałata z octem, pikle, kapusta czerwona, kompoty śliwkowe i t. d., faktycznie istnieje nawet u większości ludzi pociąg do tego rodzaju kwaśnych dodatków przy tłustem mięsie tak, że ostatecznie mieszanina przeżuwana w ustach jest także kwaśna. Chodzi teraz o to, czy, — pomijając poszczególne etapy trawienia, — trawienie żołądkowe, czynność wydzielniczą trzustki, — ten odczyn kwaśny ma cel i znaczenie względem ostatecznego wyniku trawienia, przyswajania pokarmu w narządzie trawienia, względnie, czy przez poszukiwanie w tym kierunku można się właśnie doszukać takiego celu i znaczenia w odczynie kwaśnym pokarmu ludzkiego? W celu wyjaśnienia także tego pytania przedsięwziąłem szereg doświadczeń na psach, u których badałem stan przyswajania w jelitach przy zmianie odczynu pewnego pokarmu, względnie stan przyswajania przy pokarmie wyraźnie kwaśnym w porównaniu z minimalnie kwaśnym i zasadowym. Badanie przeprowadzone było właśnie z punktu widzenia odczynu pokarmu, a nie działania kwasu czy zasady, ponieważ bynajmniej nie jest dowiedzione, że wynik ostateczny wypadnie dla ustroju jednakowo bez względu na to, czy kwas lub zasadę wprowadza się odrębnie od pokarmu, czy też zakwasza się lub alkalizuje sam pokarm. Otóż w doświadczeniach moich chodziło o zakwaszanie wzgl. alkalizowanie pokarmu; jedno i drugie uskuteczniano bezpośrednio przed karmieniem psów, zakwaszanie i alkalizowanie bardzo umiarkowanemi ilościami kwasu i zasady, by wyłączyć ich działanie toksyczne na błonę śluzową przewodu pokarmowego. Ze względu na to, iż kwaśność naszych pokarmów pochodzi zwyczajnie z kwasów organicznych, a wśród nich tak często z kwasu mlecznego, posługiwałem się do zakwaszania właśnie tym kwasem w ilościach 1,0—2,5 grm na dzień (do jednorazowego zakwaszenia) co, (przy moim preparacie kw. mlecznego) wytwarzało kwaśność pokarmu, odpowiadającą 10—20 cm^3 $^1/_{10}$ ługu normalnego. Zrobiłem także jedno doświadczenie z kwasem solnym (0,5—0,75 czystego kwasu *pro die*). Do alkalizacyi posługiwałem się $^1/_5$ normalnym ługiem sodowym w ilościach 10—15 cm. sz., co odpowiadało 0,08—0,12 czystego NaHO [7]). Oprócz tego zrobiono kilka doświadczeń z mlekiem kwaśnem Miecznikowa i ługiem: doświadczenia te, jako poruszające innego rodzaju pytanie, omawiam szczegółowiej na innem miejscu.

Przeciwstawienie różnych odczynów mogło być w doświadczeniach moich łatwe, ponieważ pokarm, podawany psom: mięso końskie z ryżem dla jednego, mięso końskie z ryżem i mamałygą dla drugiego, miał sam przez się odczyn minimalnie kwaśny: po dodaniu kwasu mlecznego lub ługu mieliśmy zupełnie wyraźny odczyn kwaśny czy zasadowy. Dodam, że psy jadły pokarm tak przyrządzony bez widocznej różnicy w łaknieniu. (C. d. n.)

7) Nie używałem w celu powyższym węglanu ani dwuwęglanu sodu, ponieważ w przytoczonej pracy o trawieniu ustnem spostrzegałem podobne działanie śniadania próbnego, lekko alkalizowanego $NaHCO_3$, jak lekko zakwaszonego, najpewniej wskutek pobudzającego działania kwasu węglowego, wyzwalającego się przy zetknięciu sody z kwasem solnym w żołądku.

O niektórych zaburzeniach czucia skóry, spostrzeganych również na tle skazy dnawej i gośćcowej.

Podał

Dr Stefan Filipkiewicz

lekarz ordynujący w Cieplicach Trenczyńskich.

Do objawów, towarzyszących cierpieniom gośćcowym i dnawym, należą zaburzenia czucia skórnego natury obwodowej, podmiotowo przez chorych rozmaicie określane. Jedni skarżą się na ziębienie, mrowienie, drętwienie, u innych nadczułość skóry w postaci pieczenia, palenia, kłucia dochodzi niekiedy do tego stopnia, że lekki dotyk przykre uczucie wywołuje, to znowu uczucie martwoty kończyn górnych lub dolnych, podczas dłuższego spoczynku się wzmagające, zmusza chorych do rozcierania miejsc zdrętwiałych, wykonywania ruchów, — niekiedy uczucie chłodu, zimna, zwłaszcza w kończynach dolnych, jest tak wygórowane, że najcieplejsze okrycie nie rozgrzewa, — zdarza się również, i to dosyć często, uczucie niepokoju w kończynach dolnych, występujące zwłaszcza przed snem, które zmusza do ciągłej zmiany położenia kończyn dolnych, chory szuka nadaremnie ułożenia dogodnego, a ściśle nie może określić przyczyny, gdyż ani ból, ani drętwienie temu nie towarzyszą. Objawy powyżej naszkicowane, są albo stałe, albo występują wybitniej w pewnych porach, zwłaszcza wiosną i jesienią, potęgują się przed zmianą atmosferyczną; sadowią się symetrycznie w obu kończynach lub ograniczone są do zajętych stawów, mięśni, przebiegu nerwów chorobowo dotkniętych i można śmiało powiedzieć, że nie ma reumatyka, któryby zaburzeń czucia skórnego nie doznawał.

W większej ilości przypadków objawy te towarzyszą znamiennym, badaniu łatwo dostępnym zmianom gośćcowym lub dnawym, a wtedy schodzą na drugi plan i nie wzbudzają ani zainteresowania rozpoznawczego, ani odrębnego leczenia nie wymagają; w miarę leczenia cierpień głównych ustępują, lecz nigdy równomiernie tak, że n. p. cierpienie stawu lub nerwu w znacznym stopniu się polepsza lub przemija, a zaburzenie czucia, jakkolwiek zmniejszone, długi czas jeszcze trwa. W rzadszych przypadkach zaburzenia czucia skóry dominują, zmuszają cierpiących do szukania rady, i w tym razie należy ścisłemu badaniu poddać chorego, na wywiadach nie polegać, gdyż podobne zaburzenia

i wielu innych cierpień, jużto systemu nerwowego, jużto zwapnienia naczyń są zwiastunami.

Są jednak zaburzenia czucia skóry typowe, tak co do umiejscowienia, jak i objawów podmiotowych, o tle chorobowem jeszcze nie ustalonem, które również rozwojowi skazy dnawej i gośćcowej towarzyszą, wybuch tychże na kilka lat poprzedzają. Są to dwie nader charakterystyczne jednostki chorobowe, które, przez autorów spostrzegane, osobne miano zyskały, t. j. *akroparaesthesia* [1]) i *meralgia paraesthetica* [2]).

Wiadomo, że kobiety w latach klimakterycznych bardzo często na skazę moczanową, w postaci przewlekłej, zapadają. W rzadkich wypadkach doznają początkowo uczucia usypiania, drętwienia w palcach obu rąk, mają wrażenie jakgdyby ręce były obrzmiałe, niekiedy towarzyszy kłucie w opuszkach, połączone z przeczulicą przy dotykaniu zimnych przedmiotów, a podczas oddawania się delikatnym robotom ręcznym uderza je niewytłómaczona niezgrabność, niesprawność. Wreszcie występują ataki nocne. Kobietę budzi ze snu uczucie martwoty w obu rękach, ten przykry objaw trapi ją nawet przez kilka godzin, w parze z martwotą uczucie opuchnięcia rąk i niesprawności palców się wzmaga, pod wpływem rozcierania, rozgrzewania, gimnastyki palców martwota przemija, zostawiając pewien stopień odrętwienia i niesprawności. Objaw powyższy, jakby obumarcia rąk, powtarza się niekiedy co noc, wreszcie znika bezpowrotnie po dłuższym lub krótszym okresie czasu, lub po pewnej przerwie ponawia się.

Badanie przedmiotowe, oprócz upośledzenia czucia dotyku, nic nieprawidłowego w tym okresie nie wykazuje. Brak sinicy i zmiany ciepłoty wyłącza chorobę Raynauda, obustronne pojawienie się odróżnia akroparestezyę od podobnych przypadów w zwapnieniu naczyń, od okresu zwiastunowego porażenia połowiczego, w tym razie bowiem objawy są jednostronne i zazwyczaj na całą kończynę się rozciągają.

Z pomiędzy spostrzeganych przypadków akroparestezyi, w których rozbiór moczu skazę moczanową wskazywał, wspomnę o trzech, które z roku na rok badałem i stwierdziłem u dwóch kobiet po roku, u trzeciej po dwóch latach, że z chwilą wystąpienia denniaków, tak typowo na granicy drugiej i trzeciej falangi się sadowiących, ataki nocne nie pojawiały się, odrętwienie i stężenie palców wśród spoczynku po kilku ruchach mijało.

Przyjąć więc należy, że niedostrzegalne na razie złogi soli moczanowych, zadrażniając końcówki nerwowe, w początkowym okresie pod postacią akroparestezyi dnę zwiastują.

[Nawiasem wspomnieć należy, że zmiany na rękach gośćcowe i dnawe, stawowe i okołostawowe, połączone są zawsze z mniej więcej wybitną parestezyą, ale tam, gdzie tło chorobowe jest wybadalne, tych zaburzeń czucia do akroparestezyi zaliczyć nie można — tu obrzęki surowicze, złogi okołostawowe, uciskając końcówki nerwowe do wytłómaczenia objawów wystarczają].

Meralgia paraesthetica dotyczy zaburzenia czucia w przebiegu nerwu skórnego udowego zewnętrznego (*nervus cutaneus femoris ant. ext.*). Nerw ten wychodzi ze splotu lędźwiowego, w przebiegu swym przebija poniżej *spina anterior superior* powięź szeroką i biegnąc po zewnętrznej stronie uda zaopatruje tamże gałązkami czuciowemi dolne dwie trzecie skóry. Dotknięci tą parestezyą, doznają na zewnętrznej stronie uda, tuż powyżej stawu kolanowego, uczucia odrętwienia; uczucie to potęguje się podczas ruchu i w wybitnych przypadkach przechodzi w tak dotkliwy, kłujący ból, że zmusza cierpiącego do spoczynku; w spoczynku, a zwłaszcza w położeniu poziomem, ból szybko mija, odrętwienie pozostaje. Meralgia pojawia się częściej jednostronnie, niekiedy obustronnie, lecz w stopniu niejednakowego nasilenia.

Badanie przedmiotowe wykazuje przytępienie czucia dotyku i bolu, które rozpoczynając się powyżej kłykcia zewnętrznego biegnie ku górze w kształcie elipsy i kończy się na granicy górnej trzeciej części uda. R o t h porównywa figurę parestetyczną do pilnika, trzonkiem ku górze zwróconego. W przypadkach własnych nadmienia, że ucisk w miejscu meralgią objętem bolu nie potęguje, że jednak uciskając nerw dośrodkowo, wywoływał ból poniżej *spina anterior sup.*, a więc w miejscu, gdzie nerw pod powięzią biegnie; tu szuka R o t h przyczyny i wnosi, że z powodu napięcia tkanin podczas ruchu ucisk na schorzały nerw się wzmaga, ból się potęguje; z chwilą spoczynku napięcie i ucisk ustają, ból przemija.

W zapiskach mych mam 21 zanotowanych przypadków meralgii. Dotyczą one mężczyzn w sile wieku. Tłem cierpienia była skaza dnawa w 8, a gościec w 13 przypadkach. W 15 z tych meralgia była lewostronna, w 6 obustronna, wybitniejsza na lewem udzie. Kiły, alkoholizmu, otyłości, zwapnienia naczyń, urazu, ani żylaków, przez autorów za przyczyny meralgii podawanych, w tych przypadkach nie stwierdziłem.

W trzech przypadkach skazy moczanowej, tylko na podstawie rozbioru moczu rozpoznanej, meralgia typowa trwała od 2 do 3 lat. Chorzy z powodu tego cierpienia do Cieplic przybyli; przytępienie czucia było znaczne, objawy podmiotowe wygórowane, wszelkie lecznicze zabiegi z wynikiem ujemnym. W pięciu przypadkach *arthritis urica chronica* trwała meralgia od 3 do 8 miesięcy, odrętwienie potęgowało się przy ruchu, lecz do przykrego bolu nie dochodziło. Przedmiotowo w tkance podskórnej wyczuwałem pod palcami nieliczne, drobne, zbite, obłe guzki, o powierzchni nierównej, a więc denniaki (*tophi arthritici*), tak często w przewlekłej dnie w tkance podskórnej wybadalne. Ucisk na te guzki odrętwienie potęgował, a nawet ból wywoływał.

W 7 przypadkach meralgii, towarzyszącej objawom gośćca przewlekłego, były dwa zastarzałe, według wywiadów powstały po nagłem zaziębieniu kończyn dolnych; zabiegi lecznicze bezowocne. Sześć było świeższych, o objawach nie zbyt dokuczliwych i w tych znalazłem na przestrzeni meralgią zajętej guzki podskórne gośćcowe (*nodositates subcutaneae rheum.* [3]).

W ostatnich latach śledziłem za meralgią zupełnie przedmiotowo i na 100 przypadków gośćca znalazłem u 5 tę charakterystyczną parastezyę. Tu zaburzenie czucia było

[1]) Nothnagel, Bernhardt, Gallois, Putman, Schwarz, Ormerod.

[2]) W. Roth, Bernhardt, Déjérine, Götz, Wedekind, Schlesinger.

[3]) Filipkiewicz: O guzach podskórnych na tle gośćca przewlekłego. „Przegląd lekarski“ 1889.

jeszcze tak nieznaczne, że do świadomości nie dochodziło. W trzech z tych ostatnich guzki podskórne wyczułem. Znamiennym okazał się ucisk na te guzki gośćcowe; tylko niektóre z nich odrętwienie potęgowały lub wywoływały. Świadczy to, że właśnie te guzki usadowiły się wzdłuż przebiegu nerwu. Obecność tak denniaków, jak i guzków gośćcowych pod płatem skóry meralgią dotkniętej zniewala do wniosku, że parestezya ta w danych przypadkach powstała na tle skazy moczanowej lub gośćca. Guzki te z chwilą powstania w okolicy nerwu lub na samej gałązce obojętne dla tak czułej tkaniny być nie mogą i albo wywołują zapalenie onerwia lub obejmując naokoło gałązkę uciskają ją w miejscu zetknięcia. W miarę zmian, wywołanych w nerwie, powstaną różne odcienia objawów podmiotowych. Jeżeli denniaki lub guzki gośćcowe ulegną wessaniu, czucie wraca powoli do stanu prawidłowego, jeżeli jednak usadowione wzdłuż nerwu guzki gośćcowe ulegną przemianie niejako bliznowatej t. j. ich tkanka granulacyjna zamieni się na tkankę łączną — niejako zasznuruje gałązkę nerwową i wywoła do pewnego stopnia zwyrodnienie, to objawy meralgii spotęgowane trwale pozostaną. Działanie denniaków jest nieco odmienne — tu strącają się sole w grudkach, działają jako ciała obce na otaczające tkaniny i wywołać muszą, jeżeli nie zapalny odczyn, to przynajmniej przekrwienie. W bezpośredniem zetknięciu z nerwem drażnią osłonkę lub strąciwszy się na obwodzie tegoż, uciskają go obrączkowato i ten sam proces powodują, co guzki gośćcowe.

Przekonałem się, że denniaki do wessania dłuższego czasu potrzebują, zwłaszcza gdy wessania środkami pobudzającymi się nie przyspieszy i jeżeli z założenia wyjdziemy, że guzek taki w powyżej podany sposób przez dłuższy czas na nerw oddziaływa, to chociażby i wessaniu uległ, trwałe anatomiczne zmiany w tkance nerwowej pozostawi.

Że denniaki podskórne zaburzenia czucia wywołują, dowodzą przypadki skazy moczanowej u kobiet. Bardzo często sadowią się u kobiet denniaki podskórnie na górnej zewnętrznej stronie obu ramion i powodują parestezye, niekiedy bardzo dotkliwe.

Dowód, że ucisk zewnętrzny na guzki powyższe odrętwienie potęguje, wyjaśnia, dlaczego podczas ruchu, wobec wzmożonych warunków napięcia tkanin, objawy meralgii silniej występują.

Meralgia, wcześnie rozpoznana, na tle gośćca lub dny powstająca, jest uleczalna. Z 21 moich przypadków 5 zadawnionych dało wynik ujemny, w reszcie przypadków im krócej trwały objawy, tem leczenie było szybsze i tak: w 10 przypadkach przy użyciu kąpieli, miejscowo gorących natrysków i okładów mułowych, miesienia lub faradyzacyi uzyskałem wyleczenie, w 6 znaczną poprawę. Objawy podmiotowe przemijały prędzej, przedmiotowe w powolnem tempie ustępowały.

Kilka słów o technice wstrzykiwań tuberkulin.

Napisał

R. c. Dr Stanisław Bulikowski (Gleichenberg).

Oddawna przyznaje się trzeźwa medycyna do bankructwa ftyseoterapii farmaceutycznej. Dowodzą tego stosy przechwalanych leków, zajmujących dziś bezużytecznie półki aptekarskie. Za swoisty środek nie było można było uważać żadnego aż do epoki, w której bakteryologia wyjaśniła etyologię chorób zakaźnych, otwierając równocześnie nowe drogi dla terapii. Przed 18 laty wystąpił Koch z tuberkulinami, przypisując im wpływ swoisty na sprawy gruźlicze. Niezależnie od niego w pracowni Nenckiego rozpoczęto badania z hodowlami lasecznika gruźliczego. Wedle Kocha działanie swoiste tuberkuliny polega na wywołaniu martwicy ognisk gruźliczych i następnem ich wydaleniu z chorego ustroju. Przypuszcza on, że tuberkuliny wywierają podobny wpływ na gruźlicę narządów wewnętrznych, jak na gruźlicę skóry (na tocznia). Niestety rzecz nie jest tak prosta, jak się zrazu genialnemu bakteryologowi wydawało. Wiadomo powszechnie, jakich losów doznały pierwsze próby z tuberkulinami, o których w owym czasie do »Przeglądu lekarskiego« (z kliniki prof. Caposiego) donosiłem. Krytyka ogromnej liczby poważnych przeciwników sprawiła, że sprawa ta na czas długi przycichła. Pomimo tego pomysłowość Kocha i jego zwolenników nie osłabła, czyniono dalsze doświadczenia, zmieniano technikę wstrzykiwań, wreszcie przekształcono sposoby wyrabiania tuberkulin. Starą tuberkulinę, wyrabianą z hodowli mieszanych starszych i młodszych, zastąpiła nowa tuberkulina TR, wyrabiana wyłącznie z hodowli młodych i jadowitych, przybyła zawiesina (BE), bulion BF, tuberkulina bydlęca C. Spenglera (PTO), tuberkulina Beranecka (TBK), wreszcie tuberkulina Jacobsa (TJ). Pomimo braku wyjaśnienia, na czem właściwie polega swoiste działanie tuberkulin, gdyż w ocenie jego zachodzą sprzeczności pomiędzy teoryą a kliniką — pomimo, że w praktycznem stosowaniu i w wyborze gatunków tuberkulin braknie ścisłych wskazówek, które na razie zastępuje doświadczenie osobiste, w tak zawiłej sprawie niedostateczne, bo zbyt podmiotowe, nakoniec pomimo ogólnego chaosu i sprzeczności zasadniczych, które prawie na każdym kroku w tej sprawie spotykamy, znajdujemy się dziś w epoce wskrzeszenia terapii tuberkulinowej i śmiało powiedzieć można, że cały świat lekarski podejmuje dziś znów próby leczenia tuberkulinami. Po klinikach, szpitalach, po sanatoryach, a nawet ambulatoryjnie wykonuje się wstrzykiwania i zapanowała istna gorączka empiryczna, tak jakby medycyna chciała powetować sobie epokę bezczynności, która za moich czasów uniwersyteckich w leczeniu gruźlicy powszechnie panowała. Wobec zasadniczych sprzeczności co do swoistego wpływu tuberkulin na sprawy gruźlicze, wobec sprzeczności w zakresie wskazań i przeciwwskazań, wobec nieobliczalności w działaniu poszczególnych tuberkulin, wreszcie wobec nieustającego i gorącego pragnienia zdobyczy w walce z najcięższą z chorób, zadanie lekarza na niezwykłe natrafia trudności. Naturalną jest więc rzeczą, że w technice leczenia tuberkulinami przyjęto sposób postępowania najmniej ryzykowny i odznaczający się niezmierną ostrożnością, zaczynając od dawek znacznie jeszcze mniejszych, niż dawki już przez samego Kocha zmniejszone, podwyższając powolnie, jeśli poprzednia dawka nie wywołała gorączki, przeprowadzając zgoła całe leczenie bez podniesienia ciepłoty, słowem postępując wedle metody Goetsch-Sahliego.

Porwany owym prądem, jaki dziś w leczeniu gruźlicy zapanował, znalazłem wyborną sposobność zaznajomienia się z metodami, używanemi obecnie w baraku prof. Neussera we Wiedniu. Pragnę niniejszem podzielić się z kolegami memi wiadomościami ze stanowiska praktycznego, t. j. opisać technikę wstrzykiwań, która jest skomplikowana, i bez wskazówek, czerpanych w pracowniach klinicznych lub szpitalnych, na poważne natrafia trudności. Pomijam stronę teoretyczną, wychodząc z założenia, że lekarz praktyczny niema ani czasu, ani sposobności posługiwać się mozolnemi i długiemi pracami kontrolnemi w pracowniach bakteryologicznych, sprawdzać zawiłe teorye Wrighta i wiele innych, mających dla teoretyka pierwszorzędne znaczenie. Tak jak dziś rzeczy stoją, za skalę pomyślnego wyniku leczenia tuberkulinami wystarczać nam musi kontrola na drodze spostrzegania klinicznego, a zatem: przebieg gorączki, poprawa stanu ogólnego, poprawa sił i energii życiowej, stopniowe wzmaganie się ciężaru ciała, ustępowanie zboczeń miejscowych, kontrola plwocin ilościowa i jakościowa, t. j. zmniejszanie się liczby lasecznikow.

Barak prof. Neussera posiada łóżek 20 (10 dla mężczyzn i 10 dla niewiast). Używają w nim obecnie trojakich tuberkulin: 1) Starej tuberkuliny ATO: na pudełku drewnianem zewnętrznem napis czerwony: »Tuberculinum Kochii« — na flaszeczce samej, zawierającej 1 c.³ płynnej substancyi, napis biały na czarnem tle; 2) tuberkuliny nowej TR (na pudełku drewnianem etykieta złotemi literami: »Neues Tuberculin TR« — na butelce, zawierającej 1 c.³ substancyi płynnej, takiż napis na złotem tle białemi literami); 3) zawiesiny BE (na etykiecie zielonej

czarnemi literami napis »Bacillenemulsion« z podpisem Dr Libberg (facsimile).

Tuberkuliny te pochodzą z fabryki: Meister Lucius et Brünning w Hoechst n. M.

Tablica I. Norma wstrzykiwań ATO.

1. Przedziałka strzykawki Sahliego i Collina zawiera $^1/_{20}$ c^3 płynu Prz. = oznacza w tablicy przedziałkę strzykawki. Fl. = flaszkę z rozczynem ATO.

Kolej wstrzykiwań	Ilość ATO w 200000 c^3 płynu		Fl.	Prz.	Sporządzanie rozczynów
1	$\frac{5}{200000}$	$=\frac{1}{40000}$	V.	5	Flaszka Nr I: Zawiera 49 c^3 rozcz. soli k. (Natri chlorat 0,45 ad aq. sterilis. 50,0) + 1 c^3 $^1/_4$% gr rozczynu lizolu + całą flaszeczkę zawierającą 1 c^3 ATO. Pełna strzykawka Collina zawiera $^1/_{50}$ c^3 tuberkuliny.
2	$\frac{6}{200000}$	$=\frac{3}{100000}$	"	6	
3	$\frac{7}{200000}$	$=\frac{7}{200000}$	"	7	
4	$\frac{8}{200000}$	$=\frac{1}{25000}$	"	8	
5	$\frac{9}{200000}$	$=\frac{9}{200000}$	"	9	
6	$\frac{10}{200000}$	$=\frac{1}{20000}$	"	10	
7	$\frac{13}{200000}$	$=\frac{13}{200000}$	"	13	Flaszka Nr II: Tażsama ilość powyższego rozczynu soli + $^1/_4$ c^3 ATO. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{200}$ c^3 tuberkuliny.
8	$\frac{16}{200000}$	$=\frac{2}{25000}$	"	16	
9	$\frac{20}{200000}$	$=\frac{1}{10000}$	IV.	10	
10	$\frac{24}{200000}$	$=\frac{3}{25000}$	"	12	Flaszka Nr III: Tażsama ilość powyższego rozczynu soli + $2^1/_2$ c^3 z flaszki Nr 1. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{1000}$ c^3 tuberkuliny.
11	$\frac{28}{200000}$	$=\frac{7}{50000}$	"	14	
12	$\frac{32}{200000}$	$=\frac{4}{25000}$	"	16	
13	$\frac{36}{200000}$	$=\frac{9}{50000}$	"	18	
14	$\frac{40}{200000}$	$=\frac{1}{5000}$	III.	4	Flaszka Nr IV: Tażsama ilość powyższego rozczynu soli + $^1/_2$ c^3 z flaszki Nr 1. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{5000}$ c^3 ATO.
15	$\frac{60}{200000}$	$=\frac{3}{10000}$	"	6	
16	$\frac{80}{200000}$	$=\frac{2}{5000}$	"	8	
17	$\frac{100}{200000}$	$=\frac{1}{2000}$	"	10	
18	$\frac{130}{200000}$	$=\frac{13}{20000}$	"	13	Flaszka Nr V: Tażsama ilość powyższego rozczynu + $^1/_4$ c^3 z flaszki Nr 1. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{10000}$ c^3 tuberkuliny.
19	$\frac{160}{200000}$	$=\frac{4}{5000}$	"	16	
20	$\frac{200}{200000}$	$=\frac{1}{1000}$	"	20	
21	$\frac{250}{200000}$	$=\frac{5}{4000}$	II.	5	
22	$\frac{300}{200000}$	$=\frac{3}{2000}$	"	6	
23	$\frac{400}{200000}$	$=\frac{1}{500}$	"	8	
24	$\frac{500}{200000}$	$=\frac{1}{400}$	"	10	
25	$\frac{650}{200000}$	$=\frac{13}{4000}$	"	13	
26	$\frac{800}{200000}$	$=\frac{1}{250}$	"	16	
27	$\frac{1000}{200000}$	$=\frac{1}{200}$	I.	5	
28	$\frac{1400}{200000}$	$=\frac{7}{1000}$	"	7	
29	$\frac{2000}{200000}$	$=\frac{1}{100}$	"	10	
30	$\frac{2600}{200000}$	$=\frac{13}{1000}$	"	13	
31	$\frac{3200}{200000}$	$=\frac{8}{500}$	"	16	
32	$\frac{4000}{200000}$	$=\frac{1}{50}$	"	20	

W baraku zmieniono pod pewnym względem zbyt bierne postępowanie Goetsch-Sahliego i sądzę, że słusznie; boć u chorych gorączkujących całymi miesiącami i dłużej, wobec których stoimy bezsilni z ograniczoną ilością środków przypadowych, zachodzi konieczna potrzeba szukania dróg nowych. Trzymają się tu więc następującej metody: U chorych niegorączkujących

Tablica II. Norma wstrzykiwań TR.

Kolej wstrzykiwań	Ilość TR w 200000 c^3 płynu		Fl.	Prz.	Sporządzanie rozczynów
1	1	$=\frac{1}{200000}$	V.	5	Flaszka Nr I: 49 c^3 rozczynu norm. soli + 1 c^3 ćwierćprocentowego rozczynu lizolu + 1 c^3 (cała buteleczka TR. Pełna strzykawka Collina zawiera $^1/_{50}$ c^3 TR.
2	2	$=\frac{1}{100000}$	"	10	
3	3	$=\frac{3}{200000}$	"	15	
4	4	$=\frac{1}{50000}$	"	20	
5	6	$=\frac{3}{100000}$	IV.	3	
6	8	$=\frac{1}{25000}$	"	4	Flaszka Nr II: Tażsama ilość tegosamego rozczynu soli + $^1/_4$ c^3 TR. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{200}$ c^3 TR.
7	10	$=\frac{1}{20000}$	"	5	
8	13	$=\frac{13}{200000}$	"	$6^1/_2$	
9	16	$=\frac{1}{25000}$	"	8	Flaszka Nr III: Tażsama ilość tegosamego rozczynu soli + $2^1/_2$ c^3 z flaszki Nr 1. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{1000}$ c^3 TR.
10	20	$=\frac{1}{10000}$	"	10	
11	25	$=\frac{1}{8000}$	"	$12^1/_2$	
12	32	$=\frac{1}{6250}$	"	16	
13	40	$=\frac{1}{5000}$	"	20	Flaszka Nr IV: Tażsama ilość tegosamego rozczynu soli + $^1/_2$ c^3 z flaszki Nr 1. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{5000}$ c^3 TR.
14	50	$=\frac{1}{4000}$	III.	5	
15	70	$=\frac{7}{20000}$	"	7	
16	90	$=\frac{9}{20000}$	"	9	
17	110	$=\frac{11}{20000}$	"	11	Flaszka Nr V: Tażsama ilość tegosamego rozczynu soli + 1 c^3 z flaszki Nr 3. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{50000}$ c^3 TR.
18	130	$=\frac{13}{20000}$	"	13	
19	160	$=\frac{1}{2500}$	"	16	
20	200	$=\frac{1}{1000}$	"	20	
21	250	$=\frac{1}{800}$	II.	5	
22	300	$=\frac{3}{2000}$	"	6	
23	400	$=\frac{1}{500}$	"	8	
24	500	$=\frac{1}{400}$	"	10	
25	650	$=\frac{13}{4000}$	"	13	
26	800	$=\frac{1}{250}$	"	16	
27	1000	$=\frac{1}{200}$	I.	5	
28	1400	$=\frac{7}{1000}$	"	7	
29	2000	$=\frac{1}{100}$	"	10	
30	2600	$=\frac{13}{1000}$	"	13	
31	3200	$=\frac{2}{125}$	"	16	
32	4000	$=\frac{1}{50}$	"	20	

i u tych, u których ciepłota nie przekracza 37,5°, wstrzykują ATO, u gorączkujących zaś bez względu na okres choroby, a zatem i w okresie gruźlicy rozpadowym, używają TR, choćby gorączka dochodziła do wysokiego stopnia; a barak może się pochwalić kilku przypadkami, w których zapomocą tego przetworu ciepłotę sprowadzono do poziomu prawidłowego, co nastąpiło mniej więcej po 10-tem wstrzyknięciu, czyli wedle tablicy drugiej po wstrzyknięciu $^1/_{10\cdot 0000}$ c.³ TR. (ob. n). Zawiesina mniej jest w baraku używana, a liczba wstrzykiwań przetworu tak szczupła, że o nim na razie nic zawyrokować niepodobna.

Tablica III. Norma wstrzykiwań zawiesiny BE.

Kolej wstrzykiwań	Ilość w 200000 c³ płynu		Przerwa dni	Fl.	Prz.	Sporządzanie rozczynów
1	1	$= \frac{1}{200000}$	3	V.	5	Flaszka Nr 1: Rozczynu soli z lizolem tak, jak w tablicy I. 50 c³ + 5 c³ BE. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{10}$ c³.
2	2	$= \frac{1}{100000}$	3	„	10	
3	4	$= \frac{1}{50000}$	3	„	20	
4	6	$= \frac{3}{100000}$	4	IV.	6	
5	10	$= \frac{1}{20000}$	5	„	10	Flaszka Nr 2: Rozczynu soli 50 c³ + 2 $^1/_2$ c³ BE. Pełna strzykawka zawiera $^2/_{100}$ c³.
6	20	$= \frac{1}{10000}$	6	„	20	
7	40	$= \frac{1}{5000}$	6	III.	4	
8	60	$= \frac{3}{10000}$	7	„	6	Flaszka Nr 3: Rozczynu soli 50 c³ + 2 $^1/_2$ c³ z flaszki Nr 2. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{1000}$ c³.
9	100	$= \frac{1}{2000}$	8	„	10	
10	200	$= \frac{1}{1000}$	9	„	20	
11	400	$= \frac{1}{500}$	9	II.	2	Flaszka Nr 4: Rozczynu soli 50 c³ + $^1/_4$ c³ z flaszki Nr 2. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{10000}$ c³.
12	600	$= \frac{3}{1000}$	10	„	3	
13	1000	$= \frac{1}{200}$	11	„	5	
14	2000	$= \frac{1}{100}$	12	„	10	Flaszka Nr 5: Rozczynu soli 50 c³ + 1 c³ z flaszki Nr 3. Pełna strzykawka zawiera $^1/_{50000}$ c³.
15	4000	$= \frac{1}{50}$	12	„	20	
16	6000	$= \frac{3}{100}$	13	I.	6	
17	10000	$= \frac{1}{20}$	14	„	10	
18	20000	$= \frac{1}{10}$	15	„	20	
19	40000	$= \frac{1}{5}$	15	Flaszka oryginalna	4	
20	60000	$= \frac{3}{10}$	16	„	6	
21	100000	$= \frac{1}{2}$	17	„	10	
22	200000	1	18	„	20	
23	400000	2	19	„	40	Strzykawka Luera.
24	800000	4	20	„	80	
			255 dni.			

W ogólności pomimo kilku pomyślnych wyników, osiągniętych zapomocą tuberkulin — (zwłaszcza TR), nie miałbym jeszcze odwagi wyrażać się o nich stanowczo. Sądzę, iż indywidualność chorego jeszcze tutaj ważniejszą odgrywać będzie rolę, i że z nią stokroć więcej jeszcze liczyć się zawsze wypadnie, niż n. p. przy wstrzykiwaniach morfiny, atropiny itd. Że wyniku ujemnego zapisaćbym nie mogł, to pewna. Wobec postępowania, unikającego tak skrupulatnie wszelakiego odczynu, sądzę, że poprawa sprawy miejscowej postępować musi krokiem tak powolnym, iż jej w krótkim okresie zmysłami naszymi uchwycić niepodobna, i to może być głównym powodem, dla którego Sahli nie spieszy się z sądem i nie ogłasza wyników leczenia tuberkuliną (Beranecka), chociaż z nich ma być zadowolniony. [Dłuski].

Wreszcie każdemu wiadomo, że właśnie w gruźlicy potrzeba długiego, na całe lata rozłożonego spostrzegania, by módz wydać sąd o trwałości wyleczenia lub poprawy, która w przebiegu tej choroby bez użycia jakiegokolwiek środka, nawet w przypadkach, znajdujących się w stosunkach higienicznych najopłakańszych, często samodzielnie się pojawia. Sądzę więc, że dopiero po ukończeniu roku szkolnego sprawozdanie naukowe z baraka prof. Neussera będzie mogło dostarczyć dat więcej pouczających i dać uchwytniejszy obraz skutków, osiągniętych zapomocą tuberkulin.

A teraz przystępuję do opisu strony technicznej: Otóż do sporządzania 5 stopni rozczynów tuberkuliny (ob. Tab.), wybrano w baraku system flaszkowy Wrighta i sprowadzono z Londynu pięciokolorowe flaszeczki, zawierające po nieco więcej nad 50 c³ płynu. Korek zastąpiono kapiszonem gumowym, pokładem parafiny wzmocnionym. Przed każdem wstrzykiwaniem obmywa się ów kapiszonik rozczynem lizolu, a igła strzykawki przebija z łatwością zamykadło gumowe ściągające się. Do wstrzykiwań używają strzykawki Sahliego, lub 2 razy większej Collina, wreszcie do większych dawek (do zawiesiny BE) strzykawki Luera. Wstrzykiwania powtarzają się mniej więcej 2 razy tygodniowo, co zależy wyłącznie od osobistego zapatrywania kierownika baraku. Kontrola przez badanie plwocin pod mikroskopem, przez mierzenie ciepłoty 3 razy dziennie, wreszcie przez ważenie ciała odbywa się ściśle. Równie dokładnie, jak u chorych leczonych w baraku, odbywa się kontrola i u osób leczonych ambulatoryjnie, których liczba coraz więcej wzrasta. Rozgłos, który szczególniej wzbudził C. Spengler, doszedł nawet do warstw niższych ludności, tak że średnio zgłasza się do baraku codziennie 2—3 osób z prośbą o leczenie tuberkulinami. Ponieważ są to osoby niegorączkujące i ponieważ przyjęto metodę przeprowadzenia wstrzykiwań bez wywołania odczynu (gorączki), przeto leczenie to daje się przeprowadzić ambulatoryjnie bez przerwy w zajęciu zawodowem chorych.

Zbyteczna dodawać, że zaczyna się od rozczynów najsłabszych, t. j. najwyższym numerem (V) oznaczonych, powoli przechodząc do silniejszych. Doszedłszy stopniowo do dawki silniejszej, jeśliby ostatnia wywołała gorączkę, czyni się dłuższą przerwę (8—10-dniową) i powraca do dawek słabszych.

Sądzę, że dołączone tu 3 tablice wystarczą do uwidocznienia i uzupełnienia powyższego opisu stosowania tuberkulin w baraku Prof. Neussera. Tablice te zawieszone są pod szkłem w pracowni do codziennego użytku, a ponieważ do książeczki wyłącznie na to przeznaczonej zapisuje się codziennie prócz ciepłoty ciała każdego chorego także każdorazową dawkę wstrzykniętego rozczynu tuberkuliny, przeto popełnienie jakiejkolwiek omyłki staje się niemożliwe, pomimo że lekarze zmieniają się codziennie, pełniąc po kolei naprzemian służbę, to na klinice, to w baraku. Ja sam dobrowolnie zastępowałem codziennie kolegów obarczonych różnorodną pracą, a mając pod ręką i owe tablice i książeczkę z zapisaną ostatnią dawką tuberkuliny, oryentowałem się zupełnie łatwo. Przy pomocy tych tablic można będzie przyrządzać rozczyny i innych gatunków tuberkulin, o których dzisiaj jeszcze to tylko wiemy napewne, że należą do przetworów drogich (1 cc. TR kosztuje na miejscu w Hoechst 8 marek 50 f.).

Mam nadzieję, że dalsze badania w pracowniach bakteryologicznych i klinicznych usuną z czasem zamęt i braki, dotyczące leczenia tuberkulinami; sądzę dalej, że każdemu z nas, i to wcale nierzadko, zdarzają się w praktyce czy to prywatnej, czy szpitalnej przypadki gruźlicy, w których wszystkie możliwe środki bez dojścia do pożądanego wyniku doszczętnie się wyczerpały i gdzie zachodzi konieczna potrzeba szukania środków nowych. Za daleko idący skeptycyzm do niczego nie prowadzi. Metoda stosowania tuberkulin, podana powyżej, nie należy do ryzykownych i można jej próbować w przypadkach złośliwych bez pogwałcenia sumienia lekarskiego, tem więcej, że kazuistyka trzeźwa i wiarogodna coraz częściej przytacza spostrzeżenia, przemawiające na korzyść leczenia tuberkulinami.

Na tem miejscu składam uprzejme podziękowanie przełożonemu baraku Drowi Neumannowi za koleżeńską pomoc i liczne wyjaśnienia, których mi nie szczędził.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia.

Geptner. **O nowotworach móżdżku u dzieci.** (*Wracz. Gaz.* 1908, Nr 11). Nowotwory wewnątrzczaszkowe u dzieci nie należą do rzeczy rzadkich. Według Gowersa na wiek do lat 20 przypada $^1/_3$ wszystkich nowotworów mózgu, a z tego 18·5 prc. na wiek do lat 10, a 14 prc. po 10 r. ż. Z 270 guzów mózgu u dzieci było według danych Allenstarra — 152 guzów gruźliczych. Według Seidla guzy gruźlicze w mózgu u dzieci występują dwa razy częściej, niż u dorosłych. Jeżeli obliczyć te guzy, to $^1/_3$ Gowersa zmniejsza się do $^1/_{10}$. Inne nowotwory: mięsaki, glejaki, raki, zdarzają się najczęściej w wieku od 4—7 lat, co się objaśnia częstością urazów w tym wieku. Nowotwory zdarzają się częściej u chłopców, niż u dziewczynek: z 270 przypadków Steffena 45 przypada na chłopców, 25 — na dziewczynki. Co się tyczy siedziby w mózgu, to według Gowersa najczęściej siedzibą guzów bywają półkule, dalej móżdżek, most, rdzeń przedłużony, ciała czworacze, wreszcie szypułki mózgowe. Z 152 przypadków guzów gruźliczych mózgu, podanych przez Oppenheima, 47 przypada na móżdżek. Według Baginskyego guzy gruźlicze mózgowia u dzieci najczęściej zdarzają się w móżdżku. Z 83 guzów takich u dzieci, zebranych przez Steffena, 44 przypada na móżdżek, 26 na półkule, 10 na most i części sąsiednie. Z 33 mięsaków, również zebranych przez Steffena, — 21 przypadało na móżdżek. Móżdżek w całości dotknięty bywa bardzo rzadko, najczęściej jeden robak lub półkula. Według statystyki Krausa, opartej na 97 przypadkach, układają się objawy w następujący sposób: ból głowy — 88 razy, wymioty — 69 razy, tarcza zastoinowa — 66 razy, bezład ruchów — 58 razy, zawroty głowy — 48 razy, tkliwość potylicy — 45 razy, osłabienie mięśniowe — 48 razy. G. podaje własne spostrzeżenie mięsaka u 6-letniej dziewczynki, który zajął cały móżdżek, nie przekraczając jego granic. Mięsak ten wywołał zejście śmiertelne po mniej więcej 8 miesiącach. *Nelken.*

E. Flatau. **O szlakach piramidowych.** (*Polskie Arch. nauk biol. i lek.* T. III. Z. 1—3). Na zasadzie własnych badań doświadczalnych i danych, poczerpniętych z piśmiennictwa, przedstawia F. przebieg szlaków piramidowych u człowieka w sposób następujący. Szlaki te zaczynają się w pasie ruchowym kory, zajmują w torebce wewnętrznej jej kolano i odcinek tylny, w szypułce (*pes pedunculi*) przyśrodkowe $^4/_5$ części, w moście leżą rozrzucone w t. zw. pęczkach piramidowych, dopiero w tylnej części mostu zbierają się ponownie w jeden zwarty pęczek, tworzący w rdzeniu przedłużonym t. zw. piramidę. W skrzyżowaniu się piramid przechodzi główna część włókien każdej piramidy do przeciwległego (heterolateralnego) szlaku piramidowego bocznego, oprócz tego zaś do szlaku piramidowego bocznego i przedniego tej samej strony (homolateralnego), (czasami do szlaku piramidowego przedniego przeciwległego), dochodząc w ten sposób do rogów przednich. Od kory mózgowej aż do tylnego odcinka mostu są włókna piramidowe pomieszane z innemi korowemi włóknami rzutowemi (projekcyjnemi), a dopiero od tylnego odcinka mostu zaczyna się samoistny pęczek piramidowy, biegnący aż do skrzyżowania piramid, poczem znowu włókna piramidowe mieszają się z innemi włóknami, biegnącemi po części od trzonu mógowego do rdzenia, poczęści powstającemi w samym rdzeniu. Włókna piramidowe, przeznaczone dla różnych okolic ciała, biegną w korze mózgowej i w niedalekiej od niej odległości, z osobna. W torebce wewnętrznej leżą prawdopodobnie tem bardziej ku przodowi, im bardziej ku dołowi leżą w pasie ruchowym. Prawdopodobnie też mieszają się już ze sobą w torebce wewnętrznej i nie dają się już tu pod względem anatomicznym tak ostro odgraniczyć, jak w korze mózgowej i w jej pobliżu. W trzonie mózgowym szlaki piramidowe, przeznaczone dla różnych okolic ciała, mieszają się z sobą jeszcze bardziej. W nóżce mózgowej można jeszcze odgraniczyć szlaki, przeznaczone dla głowy (a leżące tutaj w pośrodkowej $^1/_5$ podstawy nóżki) od reszty szlaków piramidowych (leżących tutaj w drugiej, trzeciej i czwartej $^1/_5$ części podstawy nóżki). Począwszy od mostu zaciera się i ten podział szlaków piramidowych na szlaki dla głowy i dla reszty ciała. To przeplatywanie się wzajemne włókien piramidowych, różnorodnych pod względem czynnościowym, odbywa się u człowieka również w rdzeniu. — Wreszcie podaje F. schematyczny zarys przebiegu części poszczególnych szlaków piramidowych, a mianowicie: 1) włókien piramidowych, kierujących się do jąder ruchowych nerwów mózgowych, 2) zbaczających pęczków szlaków piramidowych, 3) szlaków piramidowych w rdzeniu. *R.*

Kopczyński. **Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni nerwów kręgowych.** (*Polskie Arch. nauk biol. i lek.* Tom III., Z. 1—3). Doświadczenia na małpach doprowadziły K. do wniosków następujących: A. Pod względem fizyologicznym: 1) Przecięcie jednego tylnego korzenia, tyczącego się pewnego odnóża, nie wywołuje żadnych zaburzeń w ruchach tego odnóża. 2) Przecięcie kilku korzeni tylnych, (lecz nie całej seryi, odpowiadających danej kończynie). wywołuje przemijający kilkodniowy bezład ruchów, zwłaszcza w używaniu palców. 3) Rola VIII. tylnego korzenia szyjnego nie jest tak doniosła; oszczędzenie bowiem I. korzenia tylnego grzbietowego, wyrównuje zaburzenia ruchowe, powstałe po przecięciu reszty korzeni z danej seryi, łącznie z VIII. 4) Przecięcie całej seryi korzeni czuciowych, odnoszących się do danej kończyny, nie znosi w niej całkowicie ruchów, tylko wybitnie je upośledza. Wykonywanie znieczuloną ręką skutecznych ruchów chwytnych jest niemożliwe, natomiast wykonalne są różne ruchy w ramieniu i przedramieniu, a nawet w kiści i palcach, stopniowo się doskonalące; bieganie jest możliwe, choć utrudnione. 5) Przecięcie jak pod 4) wywołuje w znieczulonej kończynie wybitną wiotkość i zanik mięśni. — B) Pod względem anatomicznym: 1) Pęczek przecinkowy Schultzego utworzony jest prawie wyłącznie ze zstępujących gałązek korzeni tylnych; domieszka włókien, pochodzących z szarej istoty rdzenia, jest w nim bardzo nieznaczna. Im niżej przecięto korzenie tylne szyjne lub grzbietowe, tem dalej w kierunku stożka rdzenia sięga owo przecinkowe zwyrodnienie. Jednak nawet po przecięciu dolnych szyjnych i górnych grzbietowych tylnych korzeni do V-go włącznie, pęczek grzbietowo-pośrodkowy (*f. dorso-medialis*) w części lędźwiowej i krzyżowej rdzenia nie ulega żadnemu zwyrodnieniu. 2) Tylne korzenie po wejściu do rdzenia przesuwają się w znany sposób stopniowo ku linii środkowej, jednak nie tworzą nigdzie zbitej jednolitej masy, a z sąsiednimi korzeniami wzajemnie się przeplatają i w miarę posuwania się ku górze wzajemnie cieńczeją. 3) Po przecięciu tylnych korzeni po jednej stronie, nie powstają żadne zwyrodnienia w powrózku tylnym strony przeciwnej; zwyrodnienia rozsiane w powrózkach przednio-bocznych zależą od pewnych zaburzeń w krążeniu krwi szarej istoty, lub od uszkodzenia części, przeważnie obwodowych, istoty białej, (niemal nieuniknionego przy usuwaniu łuków kręgowych). 4) Podział powrózków tylnych na pęczki Golla i Burdacha odnosi się właściwie tylko do górnych odcinków szyjnych. *Septum paramedianum* w dolnych szyjnych i górnych grzbietowych odcinkach nie stanowi granicy między tymi pęczkami, gdyż granica przyśrodkowa zwyrodnienia jest prosta, a nie esowata, jak owa przegroda (*sept. paramed.*). 5) Część włókien powrózków tylnych w niektórych przypadkach przechodzi bezpośrednio poprzez jądra powrózków tylnych do przeciwległej pętli i biegnie w kierunku kory mózgowej. 6) Po przecięciu tylnych korzeni niema żadnych zmian w odpowiednich komórkach ruchowych rogów przednich, a prawie żadnych w korzeniach przednich; spostrzegane przeto wtedy zaburzenia ruchowe nie zależą od zwyrodnienia komórek ruchowych i przednich korzeni. 7) Po przecięciu tylnych korzeni między rdzeniem, a zwojami międzykręgowymi, ulegają odcinki dośrodkowe korzeni (przy rdzeniu) zupełnemu zwyrodnieniu, obwodowe zaś (przy zwojach) nie okazują zwyrodnienia nawet w 30 dni po operacyi; włókna, idące z komórek rdzenia w kierunku obwodu poprzez tylne korzenie i zwoje międzykręgowe (durchziehende Fasern), u małp nie istnieją. 8) W zwojach międzykręgowych w 30 dni po przecięciu tylnych korzeni nie stwierdza się zwyrodnienia wstecznego. *R.*

Awerbach. **Postacie niezupełne** (*formes frustes*) **choroby Basedowa.** (*Wiest. oftalm.* 1907, T. XXIV, wrzesień, październik). Do głównych objawów choroby Basedowa z biegiem czasu dodano mnóstwo objawów drugorzędnych. Bywają jednak przypadki, w których nietylko głównych objawów (przyspieszenia czynności serca, wola, wysadzenia oka) brak, ale znamionującym chorobę bywa tylko jeden z pomniejszych objawów. Według statystyki Pässlera całokształt objawów w chorobie Basedowa zdarza się w 35 prc. wypadków. Wysadzenie gałek ocznych bywa w 55 prc., często zjawia się dopiero w dalszym przebiegu. Również i przyspieszenie działalności serca należy do objawów niestałych. Te postacie, które nie dają pełnego obrazu chorobowego, zostały nazwane przez Trousseau niezupełnemi (*formes frustes*) i zdarzają się nierzadko. A., jako okulista, zajmuje się przedewszystkiem zaburzeniami ocznemi przy chorobie Basedowa, mianowicie zwraca uwagę na dwa objawy:

na jednostronne wysadzenie gałki i na objaw Graefego. Jednostronne wysadzenie gałki ocznej według statystyki Griffitha na 35 przyp. zdarzyło się 7 razy. Jeżeli obok wysadzenia istnieje wole, przyspieszenie czynności serca, lub obydwa te objawy razem, rozpoznanie nie jest trudne. Zdarza się jednak brak tych objawów i obok wysadzenia istnieją jedynie objawy Stellwaga lub Graefego na jednem lub obydwóch oczach. Terson spostrzegał inną kombinacyę objawów, mianowicie przyspieszenie czynności serca wspólnie z objawami Stellwaga i Graefego bez wysadzenia gałek. W pewnym przypadku spostrzegał A. wyłącznie tylko objaw Graefego. Częstość tego objawu według różnych statystyk waha się między 13·3%—68·2%. Toniczny skurcz dźwigacza powieki górnej, t. zw. rzekomy objaw Graefego, rozwijający się po przemijaniu opadnięcia powieki, oraz histeryę można w przypadku, opisanym przez A., napewno wyłączyć. Na zasadzie piśmiennictwa, oraz własnych spostrzeżeń dochodzi A. do wniosku, że objaw Graefego przy chorobie Basedowa należy uważać za objaw znamienny. Mechanizm tego objawu dotychczas ostatecznie wyjaśniony nie został. Oprócz autora Longi Pungle podali 4 przypadki niezupełnej postaci choroby Basedowa wyłącznie z jednostronnym objawem Graefego. *Nelken.*

Nikolskij P. **Rozsiane kropkowe wybroczyny w rdzeniu przedłużonym przy wczesnem kiłowem schorzeniu naczyń i opon mózgowych.** (*Żurn. Newrop. i Psychj.* 1907, Zeszyt 2 i 3). Przypadek nadzwyczaj rzadki. Chory autora w październiku 1902 r. przechodził kiłę. W przeciągu roku pomimo leczenia rtęciowego 4 nawroty, ostatni, kiedy ustrój chorego jeszcze nie zdążył wydzielić przyjętej rtęci. We wrześniu 1903 roku zjawiły się bole w krzyżu i w dolnej połowie klatki piersiowej; w dwa tygodnie potem bole głowy w okolicy potylicy. Bole głowy coraz się wzmagały, zjawiły się wymioty. Przy badaniu stwierdzono wzmożenie odruchów kolanowych, brak zaburzeń czucia. Wreszcie wystąpiło porażenie połowicze prawostronne i na drugi dzień śmierć przy objawach osłabienia czynności serca. Sekcya stwierdziła: rozsiane kropkowe wybroczyny w rdzeniu przedłużonym i moście, szkliste zwyrodnienie naczyń, zwyrodnienie komórek nerwowych w układzie nerwowym centralnym, zwłaszcza w zwojach międzykręgowych i w szyjnym zwoju współczulnym. Ze względu na częstość nawrotów, niewystarczające działanie rtęci, przyspieszenie tętna bez podwyższenia ciepłoty w drugim okresie, wreszcie objawy nerwowe uważa N. ten przypadek za bardzo ciężki. Zwłaszcza przyspieszenie tętna uważa N. za objaw złośliwej kiły. *Nelken.*

Pussen. **O porażeniu porodowem.** (*Wracz. Gaz.* 1908, Nr 1). Wśród porażeń urazowych wydzielają się w osobną grupę porażenia nerwów obwodowych u dziecka, powstałe podczas porodu, które wyróżniają się mechanizmem powstania, przebiegiem i po części zbiorem objawów. Do tej grupy zaliczyć należy porażenia n. twarzowego, oraz porażenia splotu barkowego. Pierwsze powstają wskutek ucisku nerwu twarzowego łyżką kleszczy położniczych. Drugie, zwane porażeniem Duchennea, (który je pierwszy opisał), dotyczy mięśni naramiennego, dwugłowego, ramiennego wewnętrznego, ramienio-promieniowego i odwracacza przedramienia, oraz podgrzebieniowego. Jednakowoż w lżejszych przypadkach ulegają porażeniu jedynie 2—3 mięśnie, w cięższych, przy urazach całego splotu, więcej mięśni z odpowiedniemi zaburzeniami czucia typu obwodowego. Porażenie to najczęściej zdarza się przy porodach sztucznych: splot bywa uszkodzony łyżką kleszczy, palcem lub hakiem przy odwiniętej rączce, nierzadko i podczas zabiegu praskiego. Podczas porodów prawidłowych porażenie to zdarza się rzadko, mianowicie przy dużej główce i wązkiej miednicy, kiedy ucisk splotu następuje przy przerzynaniu się główki. Przy poprzedzaniu główki i przechyleniu jej w bok, splot szyjny strony przeciwnej naciąga się i najbardziej naprężone włókna pękają, wskutek czego następuje porażenie. Przeważającą przyczyną porażeń splotu barkowego bywa właśnie naciągnięcie nerwów splotowych i od stopnia tego naciągnięcia zależy stopień porażenia. W miarę naciągnięcia pęka otoczka, następnie pęka włókno nerwowe, przerywa się przewodnictwo, a wylana krew, wywierając ucisk, zwiększa porażenie. Następnie tworzy się blizna, która przeszkadza zrośnięciu się odcinków pękniętego nerwu. Wskutek tego cały szereg autorów żąda, aby w razach zupełnego przerwania przewodnictwa natychmiast wykonać zabieg operacyjny w celu usunięcia świeżych jeszcze blizn i zeszycia nerwu. Leczenie bywa wogóle dwojakie: w razie zachowania przewodnictwa: miesienie, elektryzacya, ciepło wilgotne; w razie zniesienia: zabieg operacyjny, polegający na usunięciu blizn, wycięciu zwyrodniałych odcinków nerwu, uwolnieniu nerwu z blizny i zeszyciu nerwu. Podczas operacyi dobrze jest drażnić elektrycznie nerw powyżej miejsca urazu w celu określenia przewodnictwa. W razie najmniejszego chociażby zachowania się przewodnictwa, należy tylko uwolnić nerw od ucisku. Po operacyi wogóle nie należy nigdy pomijać miesienia i elektryzacyi. Wynik zabiegu operacyjnego zależy nietylko od stopnia porażenia, ale i od jego trwania. Przy porażeniach, nie starszych nad rok, wynik operacyi bywa pomyślny, przy starszych — wątpliwy, wskutek znacznego zwyrodnienia obwodowego odcinka nerwu. Kennedy jednak na zasadzie 40 przypadków radzi nie wyrzekać się operacyi i przy starszych porażeniach. W końcu podaje P. nadzwyczaj rzadki przypadek ciężkiego obustronnego porodowego porażenia splotu barkowego (z porażeniem ruchowem górnych kończyn prawie zupełnem, zanikami, zupełnym odczynem zwyrodnienia i znieczuleniem) u dziecka 11-miesięcznego. Poród był bardzo ciężki, główka duża, musiano zastosować pociąganie. Na poważniejszy zabieg poza przecięciem ścięgien obydwóch mięśni piersiowych rodzice się nie zgodzili. *Nelken.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Sprawa rzekomych soków mięsnych, wyrabianych przez fabryki niemieckie, nie schodzi z porządku dziennego. Fabrykant »soku« »Puro«, Dr Scholl, stara się bronić przed ciężkimi zarzutami, jakie mu czynią najpoważniejsze tygodniki lekarskie niemieckie, tem, że... i inni fabrykanci »soków mięsnych« w Niemczech, Anglii i t. d. sprzedają pod tą nazwą mieszaniny wyciągów mięsnych z białkiem kurzem; przyznaje się jednak, jak stwierdza »Münch. med. Wochens.« (21), że i jego »sok« jest takąż mieszaniną. Według »Deutsche med. Wochens.« (21) sprawą »Puro« zajęła się też prokuratorya państwa w Monachium. *R.*

Polyvibrator. Firma Reiniger-Gebbert-Schall wyrabia obecnie nowe narzędzie do miesienia wibracyjnego, tak zwany polyvibrator. Składa on się z 4 zakończeń, ułożonych zupełnie tak, jak palce u ręki. Każdy z nich ma na końcu na podobieństwo kości palca, kulkę metalową, otoczoną miękką gumą. Polyvibrator zastępuje wszystkie inne zakończenia i daje się znakomicie zastosować do miesienia międzyżebrzy, oka, brzucha, serca i t. p., wyręczając zupełnie rękę. *K.*

Elektryczny ogrzewacz. Elektrotechnik Stanger w Ulm sporządził ogrzewacz, który nazwał: Stangerotherm. Ogrzewacz ten składa się z giętkiej tkaniny drucianej, pokrytej materyą nieprzepuszczalną. Ogrzewacz ten łączy się z odpowiednim elektrycznym przewodnikiem. Ma on tę zaletę, że ciepło daje się dokładnie regulować, aparat ogrzewa się zaraz i zawsze jest gotowy do użytku. Używać go można do miejscowych okładów, do ogrzewania stołów operacyjnych, łóżek i t. p. *K.*

Gastroskop. Loening i Stieda podają (»Münch. med. Wochens.« Nr 19) nowy gastroskop. Ma on przekrój owalny, przez co wchodzi łatwiej do przełyku. (Jak wiadomo tak zwani połykacze mieczy wprowadzać sobie mogą do przełyku nawet szerokie przedmioty, ale płaskie). Żołądek oglądać najlepiej przy wzdęciu powietrzem, lepiej o wiele, niż pod wodą. *K.*

Elastyczna skrobaczka. By zapobiedz przedziurawieniom macicy, podał Rudolph (Monachium) skrobaczkę, która przy końcu ma elastyczny łuk, uniemożliwiający przedziurawienie macicy, nawet bardzo miękkiej. Skrobaczka ta nadaje się także dla urologów i rynologów. *K.*

Leczenie biegunek żelatyną. Aurols zachwala leczenie biegunek żelatyną jałową w lewatywach (15—10 grm.), albo wewnętrznie (po 10 grm. na dawkę). Żelatyna działa bardzo dobrze przy biegunkach letnich, przy biegunkach z zaziębienia, u ciężarnych, a nawet przy gruźlicy jelit. *K.*

Strzykawka zgłębnikowa Hasenfelda. Strzykawka ta łączy w sobie użytek strzykawki, zgłębnika zwykłego i Playfaira. Strzykawka sama ma 5 ctm. pojemności i podobnie, jak strzykawka Gourona, wypuszcza płyn tylko kroplami. Zakończenie strzykawki jest podobne, jak przy strzykawce Brauna, 16 ctm. długie, a na końcu ma zgrubienie takie, jak zwykły zgłębnik maciczny i nakarbowanie celem nałożenia waty. *K.*

W leczeniu skazy moczanowej poleca Rosenfeld (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 21) 150 gr. gliceryny (na 75 klgr. wagi ciała) w 4 porcyach (co 2 godziny) co 4—6 tygodni w herbacie, mleku lub wodzie selterskiej, a w międzyczasie codzień 10—15 grm. mocznika. *K.*

Odkażanie zgłębników żołądkowych w praktyce codziennej poleca Fuld (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 20) wykonywać przez ogrzewanie zgłębników przez 20 minut do 70° C. w mieszaninie wody z gliceryną aa. *K.*

Nowy przyrząd do miesienia wibracyjnego składa się ze skrzyneczki, którą przyśrubowuje się do stołu, a w której zapomocą osobnych skrzydeł wytwarza się drgania, zapomocą dwóch węży gumowych przenoszące się pneumatycznie na odpowiednie zakończenia. Przyrząd ten ma tę zaletę, że chory może się nim sam posługiwać, że miesi on równocześnie dwa miejsca, n. p. obie błony bębenkowe, oczy i t. p., wreszcie, że jest bardzo prosty i nie psuje się. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 6. maja 1908.

Przewodniczy Prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 32.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Prezes wita jako gościa kolegę Janiszewskiego.

1) Kol. Kostanecki przedstawia przyrządy, przywiezione z Poznania, które każdy lekarz może otrzymać bezpłatnie w aptece, a które służą do przesyłania wydzielin przy chorobach zakaźnych do zbadania do najbliższego zakładu higienicznego. Składa się taki przyrząd z pudełka drewnianego, w niem jest rurka blaszana, a w nich szklanne rurki do przesyłania wydzielin. Do tego dołączają odpowiednie koperty. Nie wolno przesyłać materyału z cholery, dżumy i nosaciżny. Jest osobna instrukcya dla listonoszów, jak się mają z tem obchodzić. Po zbadaniu zakład musi przesłać telegraficznie wynik rozbioru lekarzowi.

Dyskusya: Kol. Gertler wyraża zdanie, że lepsze byłyby rurki celuloidowe od szklanych, gdyż trudniej ulegają zniszczeniu. — Kol. Gliński podaje, że to samo już wprowadzono w Szwajcaryi, głównie dla błonicy. — Kol. Lewkowicz sądzi, że rurki celuloidowe nie mogą być użyte, bo się nie dadzą wyjałowić. — Według zdania kol. Kwaśnickiego podobne urządzenia, jak w Prusiech, istnieją i w Krakowie, jakkolwiek na małą skalę. — Kol. Ciechanowski jest zdania, że zanimby państwo zaprowadziło podobne urządzenia, należałoby się starać, by powstały one w większych miastach w zakresie samorządu. — Kol. Borzęcki twierdzi, że chodzi tu głównie o prowincyę i miasteczka; w tym celu powinnoby się Tow. lek. odnieść do Wydziału krajowego lub do Namiestnictwa celem wydania polecenia lekarzom i szpitalom na prowincyi, by wydzieliny w przypadkach podejrzanych przesyłano do zbadania do Krakowa lub Lwowa. — Kol. Kostanecki odpowiada, że początek już zrobiony. Doc. Droba będzie wykonywał w swojej pracowni takie rozbiory. — Kol. Gliński wnosi, żeby Tow. lek. uprosiło kol. Kostaneckiego, by jako członek Najw. Rady Zdrowia poparł sprawę.

2) Kol. Janiszewski wygłosił zapowiedziany wykład: **„O opiekach dla chorych gruźliczych“.**

W dyskusyi dziękuje kol. Kostanecki za odczyt kol. Janiszewskiemu; zwraca uwagę na społeczną stronę walki z gruźlicą; wnosi, by wybrać grono kolegów (Jaworski, Korolewicz, Janiszewski, Droba, Ciechanowski, Gliński, Schaitter, Bielański, Kwaśnicki, Nowak, Jakubowski, Pareński, Lewkowicz, Landau Jan), któreby się zastanowiło, na jakich warunkach przystąpić do lwowskiego »Towarzystwa walki z gruźlicą«. — Wniosek przyjęto jednomyślnie. — Kol. Ciechanowski porusza stronę ekonomiczną tego zagadnienia. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Posiedzenie w dniu 20. maja 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 18.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Ciechanowski w gorących słowach zachęca kolegów do wzięcia udziału w Zjeździe lekarzy czeskich, jaki odbędzie się w tych dniach w Pradze.

Kol. Cetnarowski wygłosił zapowiedziany odczyt: **„Leczenie sposobem Pinkusa w cierpieniach ginekologicznych.“** (Rzecz do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. Piotrowski, który chwalił ten sposób leczenia, opierając się na własnych doświadczeniach w 52 przypadkach. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.

Praga czeska, 8. czerwca.

Uroczyste otwarcie IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich odbyło się d. 6. b. m. w »Narodnem Divadle«. Zgromadzili się w stolicy Czech, obok przedstawicieli miejscowych, delegaci narodów słowiańskich, a tym razem stawili się wszyscy w komplecie. Ze strony rządu przybył namiestnik Coudenhove, dalej marszałek krajowy Schönborn, prezydent m. Pragi, rektorowie uniwersytetu czeskiego i czeskiej politechniki, oraz wiele innych osób i liczne grono pań. Po zwyczajowem dłuższem powitaniu Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu urządzającego Prof. Dr Maixnera, rozpoczął się szereg przemówień przedstawicieli władz i instytucyi naukowych czeskich, a następnie prezesów słowiańskich delegacyi narodowych w następującym porządku: Prof. Wicherkiewicz (Polska), Prof. Ott (Rosya), Dr Subotić (Serbia), Prof. Petrow (Rosya), Prof. Kuzniecow (Rosya), Dr Šlajmer (Slawonia), Prof. Gorjanović-Kramberger (Kroacya) i Dr Gwozdecki (Ukraina). — Następnie sekretarz generalny Prof. Heveroch dał ogólny rzut oka na sprawę Zjazdów lekarzy i przyrodników czeskich, czeskich wyższych szkół i instytucyi naukowych i całej sprawy oświatowej w Czechach. Na prezesów honorowych wybrani zostali: Prof. Wicherkiewicz, Dr Subotić, Prof. Petrow, Prof. Kuzniecow, Dr Šlajmer, Prof. Gorjanović-Kramberger i Dr Gwozdecki. Na krzesło przewodniczącego toczącego się posiedzenia Prof. Maixner powołał Prof. Wicherkiewicza, który po stosownem przemówieniu udzielił głosu Prof. Marešowi do wygłoszenia odczytu p. t. »Věda a kultura«. Sprawiedliwość każe wyznać, że ze słyszanych przezemnie wykładów tego rodzaju na uroczystych posiedzeniach zjazdowych żaden wyborem tematu i aktualnością treści tak nie odpowiadał moralnej i umysłowej potrzebie słuchaczów, jak ten, który wypowiedział Prof. Mareš. Po przeprowadzeniu paraleli między wiedzą a kulturą, przyznał prelegent wyższość kulturze w stosunku do ostatecznych zagadnień człowieczego istnienia. Przystosowawszy swe zapatrywania do cech duchowego bytu Germanów i Słowian, zakończył Prof. Mareš swój odczyt następującemi słowami: »Silny duch niemiecki tworzy kulturę siły i władania, a najwyższe dobro upatruje w zużytkowaniu wszystkich sił. Przoduje w nim przeświadczenie biologiczne, że w życiu wszelka skuteczność zależy od użycia brutalnej siły. Cel kultury niemieckiej, to nie dostojeństwo osobiste, lecz pycha silnej indywidualności. Nam Słowianom brakuje siły do tego rodzaju kultury: słabą jest nasza wola do zapanowania i władania. Nie jesteśmy zdolni do ukrzyżowania w imię krzyża, do ujarzmiania w imię swobody, do odpierania kultury w imię kultury, zwłaszcza w celu pomnożenia własnej mocy. Za ostatni przeznaczeniowy cel przyrody uznał Kant kulturę, życie rozumnych istnień, kierowanych moralnemi prawami; kulturę dobrej woli, dodającej ludzkiemu istnieniu bezwzględnej godności. A skoro kultura dobrej woli nie wytrwa przeciw kulturze przemocy i siły brutalnej i prowadzi przeznaczeniowo do zejścia z tego świata, to w życiu ludzkiem najwyższą kulturą jest i pozostanie sprawiedliwość: cudzą krzywdą nie pomnażaj swej mocy. Nie działaj przez litość, miłosierdzie, lecz przez cześć dla dostojeństwa własnej osoby, bo chybionem dostojeństwem jest zakładanie swej mocy na cudzej krzywdzie. Dostojeństwo sprawiedliwości upokorzyć musi pychę siły«.

Te słowa prelegenta wywołały podniosły nastrój w zgromadzeniu, czemu dał wyraz w stosownych zwrotach przewodniczący Prof. Wicherkiewicz. Znaczenie tych uroczyście wypowiedzianych myśli odczuli niezawodnie w odmienny sposób niektórzy delegaci na estradzie, chociaż między nimi Germanów nie było.

Udział Polaków w Zjeździe dochodził do 30 członków: byli czynni w sekcyach, gdzie dość często występowali z wykładami. O naukowem powodzeniu Zjazdu pisać trudno wobec tego, że Zjazd odbywa się dalej w całej pełni. Ogólna liczba członków wyniosła 1090. Zapewne wskutek przybycia delegatów rosyjskich wznowiono »Lekarski Komitet słowiański«, programem Zjazdu nie objęty, któremu poświęcimy list następny. *A. K.*

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

14) Müller i Peiser (Wrocław). **Leczenie ropień zaczynem proteolitycznym i przeciwzaczynem ciałek białych.** (Por. »Münch. med. Wochens« 1908. Nr 17). I. Muller (Część teoretyczno-doświadczalna): Jeżeli na pożywkę surowiczą Löfflera damy kroplę ropy, w takim razie przy obecności zaczynu proteolitycznego ulegnie surowica krwi rozpuszczeniu i powstanie w tem miejscu dołek. Ropa tak zwana »gorąca« wywołuje wybitny dołek, ropa zaś »zimna«, gruźlicza, tylko zasycha. Zaczyn proteolityczny pochodzi z ciałek białych wielojądrzastych, a nie ma go w limfocytach. Przy rozpadzie ciałek uwalnia się on i wywołuje rozpad białka. Przeciwne zupełnie działanie ma tak zwany antyferment, krążący we krwi i przechodzący do przesięków w jamie brzusznej i opłucnej. Przez dodanie fermentu do ogniska gruźliczego można więc ropę »zimną« zmienić w »gorącą« i ułatwić wessanie, a naodwrót przy ropie »gorącej« przez dodanie antyfermentu wstrzymać wessanie i zmniejszyć rozpływanie się tkanki. Zaczynowo przy gruźlicy działa n. p. jodoform, wywołując gromadzenie się ciałek białych, ich rozpad i uwalnianie się zaczynu. Przeciwzaczynowo działa zdaje się znowu przekrwienie Biera, wywołując przez napływ krwi powstrzymanie ropienia. Nadmierne ropienie można powstrzymać przez dodanie antyfermentu w postaci surowicy krwi tego samego lub innego osobnika lub płynu przesiękowego z otrzewnej lub opłucnej.

II. Peiser (Część kliniczna): Podany powyżej sposób stosował P. w 100 przypadkach i tam, gdzie sprawa ropna była wprost dostępna działaniu surowicy, otrzymał wyniki bardzo dobre, bo ograniczenie ropienia, zniknięcie wydzieliny ropnej, oczyszczenie się szybkie rany, spadek gorączki i prędkie gojenie się. Nie nadają się do tego leczenia sprawy takie, gdzie z powodu umiejscowienia antyferment nie może wprost działać miejscowo, n. p. przy ropieniach kostnych, głębokich ropieniach palców i t. p. Cięcia muszą być prowadzone w ten sposób, by antyferment mógł działać w całej pełni, a więc nie za małe. Przy ostrych ropieniach znika ropa pod wpływem tego leczenia już na drugi dzień.

15) **Odkażanie rąk i t. d.** Brunn (Tübingen) poleca do mycia chorych jedynie wyskok 96°/₀, Klapp i Dönitz polecają na ręce swój chirosoter, Heidenhain, Kausch spirytus mydlany Mikulicza i t. p. Chlumsky (Kraków) wyjaławia katgut w rozczynie: kamfory 60·0, karbolu 30·0, wyskoku 5,0.

16) Hochenegg (Wiedeń), omawiając **usuwanie guzów przysadki mózgowej,** twierdzi, że przez usunięcie guza wyleczyć można akromegalię, zachęca też do tej operacyi.

17) Payr stara się leczyć **wodogłowie**, sączkując komory mózgowe zapomocą kawałka żyły, wyciętej z innego miejsca, n. p. z żyły odpiszczelowej. Kawałek ten wprowadza P. do komory i stwarza odpływ płynu do przestrzeni podpajęczej lub wprost do podłużnej zatoki żylnej. Kawałki naczyń krwionośnych mają bardzo wielką żywotność i dają się znakomicie przeszczepiać.

Kausch i Heile starali się przy wodogłowiu odprowadzać płyn mózgowordzeniowy do jamy brzusznej, przez przewiercenie kości krzyżowej. Springer zaleca nakłucia komór, nawet kilkakrotne.

18) Eckstein (Berlin): **O plastyce nosa.** U chorej, która wskutek wypalania naczyniaka straciła koniec nosa, wykonał E. plastykę w ten sposób, że cały nos od dołu po podpreparowaniu podniósł do góry, przez co z dolnego końca grzbietu nosa powstał koniec nozdrzy. Wynik bardzo dobry.

19) Kocher (Berno): **Badanie krwi chorych na chorobę Basedowa.** Badania krwi u chorych na chorobę Basedowa stwierdziły, że liczba krwinek czerwonych jest prawidłowa, neutrofilów mniejsza, a limfocytów znacznie większa. Po operacyi zwiększa się liczba neutrofilów, a limfocytów zmniejsza. Wogóle po operacyi stwierdza się wybitne powiększenie się liczby ciałek białych (do 12,000). Krzepliwość krwi zwykle jest zmniejszona, lepkość natomiast zwiększona. Zmiany krwi zjawiają się już w początkach choroby; zmniejszanie się liczby ciałek ma w rokowaniu złe znaczenie. Obecnie po operacyach wola przy chorobie Basedowa ma Kocher 2°/₀ śmiertelności.

Hönnike (Drezno) podaje, przedstawiając preparaty z królików, że można u tych zwierząt wywołać wole przez proste wycinanie połowy gruczołu. Wól jest zatem przerostem gruczołu nadmiernym po utracie pewnych części gruczołu lub ustaniu czynności tychże części.

20) Dollinger (Budapest): **Dalsze doświadczenia nad podskórnem usuwaniem gruźliczych gruczołów szyjnych.** D. omawia zalety i wyniki podskórnego wydobywania gruczołów szyjnych z cięcia na karku pod włosami.

21) Braun (Zwickau) omawia przypadek wycięcia **nerwiaka nerwu współczulnego,** przyczem uszkodził tętnicę; uszkodzony kawałek wyciął a kikuty zeszył okrężnie według Sticha. — Doberauer twierdzi, że przez stopniowe uciskanie podwiązką elastyczną można wytworzyć stopniowo krążenie uboczne i potem śmiało podwiązywać lub zeszywać duże naczynia; sam D. n. p. w dwóch przypadkach postąpił w ten sposób z tętnicą i żyłą biodrową wspólną przy wycinaniu guzów. — Martin zeszył tętnicę ramieniową z dobrym skutkiem przy powikłanem zwichnięciu łokcia.

22) Hacker (Graz): **Wycięcie przełyku w ciągłości i plastyka (w części szyjnej) z powodu raka.** H. zdaje sprawę z przypadku wycięcia przełyku w części szyjnej z powodu raka, poczem wykonano plastykę (ze skóry). Operowana, obecnie 1¹/₂ roku po operacyi, czuje się zupełnie dobrze.

23) Völcker (Heidelberg): **O leczeniu raka wpustu.** V. operował raka wpustu 3 razy. Najtrudniejszym aktem jest wyciągnięcie guza nowotworowego z przepony. Po operacyi zakłada się zawsze przetokę żołądka. Jeden chory wyzdrowiał. — W dyskusyi polecał Gottstein (Wrocław) przy kurczu wpustu zakładanie baloników gumowych, podobnie i Czerny. — Körte wykonał dwa razy podobną operacyę, jak Hacker. — Lauper wyleczył raka wpustu radem.

24) De Quervain (Chaux-de-Fonds): **O włóknistonabłonkowych guzach sutka i ich złośliwem zwyrodnieniu.** De Q. przytacza częste przypadki złośliwego zwyrodnienia włóknistych guzów sutka i sądzi, że zawsze lepiej postępować choćby zbyt doszczętnie, niż zanadto zachowawczo. (C. d. n.)

Działalność c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w r. 1907.

Na podstawie sprawozdania przedłożonego c. k. Ministerstwu spraw wewn. w Wiedniu opracował

Dr Leonard Bier, starszy inspektor Zakładu.

Liczba wykonanych przez Zakład w r. 1907 badań i wydanych orzeczeń wynosiła 1,561 i wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym o 168, była jednak mimo to niższa, aniżeli w latach 1902—1904. Najwięcej próbek dostarczyły starostwa (władze administracyjne I. instancyi), bo 898 (więcej o 88 wobec r. 1906); natomiast władze sądowe, oraz prokuratorye państwa i w tym roku podobnie, jak w latach ubiegłych, nadesłały w porównaniu do poprzedzających lat mniejszą ilość próbek do badania. Tłómaczyć to należy nietyle mniejszem zainteresowaniem się władz sądowych dla ustawy z 16. stycznia 1896, ile raczej mniejszą działalnością organów nadzorczych, nie mających praw organów nadzorczych po myśli ustawy (§ 2) (żandarmi, autonomiczne władze miejskie) i posługujących się celem uniknięcia kosztów badania sądami, dla których Zakład pracuje bezpłatnie. Wskutek rewizyi, wykonywanych przez Zakład (w tym roku częstszych), uzyskano próbek 171. Dowód małego zainteresowania się racyonalną kontrolą środków spożywczych złożyły gminy i w roku 1907, przesyłając do Zakładu tylko 19 próbek do badania, a w tem przeważnie próbki wody. Wydział krajowy przesłał prób 6, wydziały powiatowe 14, inne urzędy państwowe 25, osoby prywatne 17. Mimo zwiększonej liczby próbek, nadesłanych przez starostwa, wiele starostw nie rozwija należytej kontroli. W r. 1907 12 starostw nie nadesłało Zakładowi ani jednej próby, a 25 starostw tylko po 1—5 prób i to przeważnie wody (w sprawie koncesyi na fabryki wody sodowej). Z tego też powodu uważał Zakład za właściwe odwiedzać te powiaty, z których już w latach ubiegłych starostwa nie nadsyłały prób do badania i wykonywać w nich przez swoich urzędników rewizye środków spożywczych i przedmiotów użytku. Że w powiatach tych stosunki co do środków spożywczych bynajmniej nie są tak wzorowe, jakby to się wydawało z nienadsyłania próbek, dowodzi najlepiej to, że na 171 prób, pobranych przez urzędników Zakładu, 61,5°/₀ okazało się zafałszowanych lub zepsutych, nie licząc tych, które zaraz przy rewizyi jako zepsute za zgodą kupca zniszczono.

Działalność ta Zakładu znalazła w roku bieżącym poparcie ministerstwa w postaci rozporządzenia, polecającego rządowi krajowemu układanie co roku w porozumieniu z Zakładem programu rewizyi, których Zakład ma dokonać. Rozwinięciu działalności Zakładu w tym kierunku przeciwdziałać jednak będzie sprawa kosztów, wynikających z tych rewizyi, na które rząd nie przeznaczył osobnego funduszu; dotychczasowe zaś stosowanie ustawy przez sądy, przyznające liczne uwolnienia i nieściągalność kosztów postępowania karnego wobec podsądnych, obarczałoby przy licznych rewizyach zanadto dotacyę Zakładu, przeznaczoną na inne cele.

Niewłaściwe — zdaniem Zakładu — stosowanie ustawy przez sądy, objawiające się w licznych uwolnieniach, oraz zbyt nizkim wymiarze kary, w zbyt rzadkich orzeczeniach przepadku towaru, oraz w niestosowaniu § 21. ustawy, który to paragraf pozwala na sądowe publiczne ogłoszenie wyroku w razie powtórnego zasądzenia, jest przyczyną zbyt małego postępu poprawy w kraju co do wielu środków spożywczych. Dla niektórych zaś fałszowanych artykułów sprowadzanych (zwłaszcza z Węgier) jest takie postępowanie sądów jakby ochroną, pod którą handel tymi produktami w kraju coraz bardziej się rozszerza. Z tego też powodu przedstawił Zakład ministerstwu spraw wewnętrznych, jako swej władzy przełożonej i wyższym władzom sądowym w kraju odpowiednie wnioski co do stosowania ustawy przez sądy krajowe, pragnąc tym sposobem zapewnić ustawie o obrocie handlowym środkami spożywczymi lepszy skutek.

Aby gminom, więcej dbałym o poprawę handlu artykułami żywności, ułatwić odpowiednią i umiejętną kontrolę, uzyskał Zakład w roku 1907 osobną dotacyę na urządzanie kursów dla wykształcenia ukwalifikowanych komisarzy targowych. Czteromiesięcznego kursu takiego, zakończonego egzaminem, nie można już było jednak rozpocząć w roku sprawozdawczym; istnieje jednak uzasadniona nadzieja, że jeżeli gminy zgłaszać będą tak licznych kandydatów na kurs, jak na zapowiedziany w roku sprawozdawczym, to rząd nie odmówi zasiłku na ten cel nawet w odstępach rocznych.

Rodzaj przedmiotów badanych, oraz stopień ich zakwestyonowania (podany w nawiasie) wskazują następujące liczby:

Woda studzienna, źródlana i rzeczna 90 (16), woda sodowa 10 (7), wody mineralne 7, mleko, śmietanka, kefir 15 (6), ser 3 (3), masło 14 (13), inne tłuszcze jadalne 11 (7), oliwa 4 (4), mięso 5, wyroby masarskie 13 (12), ryby 10 (6), mąka i inne produkta mączne 115 (59), chleb i inne pieczywo 55 (37), owoce 19 (10), przyprawy korzenne 165 (110), grzyby 3 (2), krachery i syropy 40 (24), cukier i wyroby cukiernicze 98 (45), herbata 248 (74), kawa 57 (30), surogaty kawy 14, kakao i czekolada 14 (2), wino 139 (60), piwo 25 (24), wódka 192 (96), miód 5 (2), ocet 11 (6), drożdże 3 (1), nafta 16 (7), naczynia, przyrządy i przedmioty użytku 108 (56), inne 52 (22). Razem przeto na 1,561 nadesłanych prób i wydanych orzeczeń zakwestyonowano 731, czyli 46,83% badanych przedmiotów, procent większy, aniżeli w latach ubiegłych. W około $^2/_3$ wypadków zakwestyonowanie nastąpiło wskutek zepsucia produktu, mniej więcej w $^1/_3$ z powodu zafałszowania. Rodzaj napotykanych zafałszowań wogóle nie różnił się w roku sprawozdawczym od spotykanych poprzednio; nadmienić jednak należy, że co do niektórych artykułów był odsetek zafałszowań szczególnie wielki, n. p. przyprawy korzenne 56%; herbata zaś, co do której procent zafałszowań w latach ubiegłych z roku na rok wybitnie malał, była ponownie częściej zafałszowaną — 27,6%.

Ze spraw ogólniejszych wymienić należy opinie Zakładu, wydane w sprawie czyszczenia młynów mącznych, dotkniętych molem mącznym (*Ephestia Kühniella*), oraz sprawozdanie o rozmiarach i przyczynach tej klęski młynarskiej w kraju i środkach, zmierzających do jej zapobieżenia, przedłożone ministerstwu spraw wewnętrznych, a oparte na podstawie podjętych badań, w końcu opracowanie wzorowego regulaminu targowego dla handlu mleczywem, który przedłożono zwołanej do Zakładu ankiecie, złożonej z przedstawicieli ministerstwa rolnictwa, krajowego instruktora mleczarstwa, towarzystw mleczarskiego i rolniczego, właścicieli obór i mleczarń miejskich oraz delegatów magistratów Krakowa i Lwowa. Regulamin ten z uwzględnieniem uchwał wspomnianej ankiety w postaci odbitek rozdaje Zakład bezpłatnie gminom, pragnącym umiejętnie uregulować targ mleczny u siebie; służyć ma on zarazem jako wytyczna działalności we wspomnianym kierunku dla kształconych w zakładzie komisarzy targowych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio galicyjska ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Lekarz kołomyjskiej powiatowej Kasy chorych, zamieszkały w Kołomyi, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. — Wzywa się wszystkich Kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z Zarządem Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali tejże bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy we Lwowie odbyła d. 30. V. Walne Zgromadzenie. Stowarzyszenie to już pięć lat rozwija bardzo pożyteczną działalność, wypłacając co roku znaczne stosunkowo kwoty dla chorych lekarzy. Obecnie liczy Kasa 180 członków, przeważnie przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. W roku 1907 wypłacono 7,478 K za 1,090 dni choroby i 800 K na koszta pogrzebowe. Fundusz rezerwowy wynosi 3,399·60 K, stan czysty majątku z dniem 31. XII. 1907 — 2,357·97 K. Nad sprawozdaniem toczyła się ożywiona dyskusya, w której wskazywano i uchwalono pewne reformy w urzędowaniu Wydziału, mające na celu wzmocnienie podstaw finansowych Towarzystwa. Wydział ma opracować projekt zmiany statutu w tym kierunku, aby także lekarze rządowi mogli być członkami Kasy, gdyż według dotychczasowych norm statutowych mogą przystępować do Kasy tylko lekarze wolno praktykujący. (»Kuryer lwowski« Nr 258).

Pragnąć należy, aby lekarze, zwłaszcza w zachodniej Galicyi, zwrócili uwagę na działalność »Kasy dla chorych lekarzy« i otrząsnąwszy się z niczem niewytłómaczonej obojętności, przystąpili jaknajliczniej do Kasy, ku własnemu przedewszystkiem pożytkowi. *R.*

Państwowym Związkiem organizacyi lek. austr. kieruje tymczasowo I wiceprezydent, Dr Adolf Gruss (Wiedeń IV/1, Grosse Neugasse Nr 1), do którego we wszystkich sprawach zwracać się należy. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 30. IV. 1908	400,177	180,676
W maju 1908	1,279	500
razem	401,456	181,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu lekarskiego w Krakowie (Komitet dla usunięcia towarów pruskich) odbył posiedzenie w d. 1. VI. b. r. Zapadły następujące ważniejsze uchwały: 1) Ogłaszać w pismach lekarskich treść uchwał, powziętych na posiedzeniach Komitetu, celem utrzymania styczności ze światem lekarskim. 2) Nie ograniczać się do porównawczego zestawienia cen i jakości towarów, wytwarzanych przez różne fabryki niemieckie i nieniemieckie, ale skłonić fabrykantów nieniemieckich do energicznego ogłaszania się w polskich pismach lekarskich, jakoteż rozsyłania cenników lekarzom polskim, podobnie jak to czynią Niemcy. 3) Zmusić pośredników krajowych, sprzedających narzędzia lekarskie, do sprowadzania tych narzędzi od wytwórców nieniemieckich, a gdyby to szło opornie, postarać się u którejś firmy nieniemieckiej o urządzenie małej stałej wystawy najpotrzebniejszych narzędzi lekarskich, i to n. p. przy dziale komercyjnym Towarzystwa Samopomocy, lekarzy. Celem takiej wystawy byłoby zapoznanie lekarzy z wyrobami nieniemieckimi, a tem samem pośrednie zmuszenie krajowych pośredników do sprowadzania tych wyrobów.

Zaznaczyć należy, że zagranica odnosi się do dążeń Komitetu z wielką sympatyą. Wszystkie firmy czeskie, francuskie i szwajcarskie, do których się zwrócono, ofiarują przy zamówieniach z powołaniem się na komitet po 10—25% opustu od cen katalogowych, podobnie, jak to czynią firmy polskie w Królestwie.

Natomiast zupełnie nie popiera dążeń Komitetu polityczna prasa krajowa. Pisma polityczne w Królestwie ciągle ogłaszają artykuły o rugowaniu wód leczniczych i zdrojowisk niemieckich, a w naszej prasie o tem ani wzmianki! Uchwalono tedy, ażeby jeden z członków Komitetu napisał w tej sprawie kilka artykułów dla jednego z dzienników politycznych, a może pod wpływem tego powstanie większy ruch w prasie codziennej.

Komitet nie ustaje w pracy, ale prosi lekarzy i aptekarzy w kraju o energiczne poparcie dążeń Komitetu, bo inaczej celu nie osiągnie.

Sprawy sanitarne w parlamencie austryackim. W d. 3. VI. b. r. wygłosił Dr Dietzius, poseł z Jarosławia, prezes parlamentarnej komisyi sanitarnej, w Izbie posłów mowę, w której poruszył cały szereg ważnych spraw sanitarnych. Przedewszystkiem poparł gorąco żądania lekarzy powiatowych i kolejowych, zmierzające do poprawy bytu. »Pod względem socyalnym« — mówił Dr Dietzius — »zepchnięto wogóle lekarzy (rządowych) na stanowisko podrzędne; mają oni zawsze tylko głos doradczy, chociaż należy się im, jako znawcom, w sprawach sanitarnych wpływ bardziej rozstrzygający. A jeżeli już położenie materyalne i społeczne lekarzy rządowych nie jest godne zazdrości, to położenie lekarzy kolejowych jest wprost drwinami z wszelkiego poczucia sprawiedliwości... Lekarze kolejowi mają tylko obowiązki, a nie mają żadnych praw. Dziennie płatny robotnik kolejowy ma po roku prawo przystąpić do funduszu prowizyjnego, lekarz kolejowy nabywa zaś tego prawa dopiero wtedy, gdy dojdzie do 1400 K. rocznej płacy, co jednakże przy nad wyraz nędznem wynagrodzeniu lekarzy kolejowych następuje przeważnie dopiero po 10—15 latach służby. Ale, gdy lekarz wreszcie dojdzie do owych 1400 K., to wprawdzie podanie jego (o ile do tego czasu pomimo wytężającej służby wogóle jeszcze jest zdrowy) o przyjęcie do funduszu prowizyjnego zostaje uwzględnione, pod warunkiem wszakże zapłacenia kilkuset koron taksy z powodu przekroczenia przepisanego wieku, tak, jak gdyby lekarz nie przeszedł tej granicy w służbie państwowej, ale jak gdyby dopiero-co w wieku spóźnionym do służby wstąpił«. Co więcej, przy wymiarze emerytury liczy się czas służby dopiero od przyjęcia do funduszu prowizyjnego! W razie choroby musi lekarz kolejowy z własnych funduszów opłacić zastępcę. Do tego wszystkiego może być pozbawiony posady bez podania powodów każdej chwili za prostem 3-miesięcznem wypowiedzeniem.

W dalszym ciągu mowy przeszedł Dr Dietzius do organizacyi i działalności służby sanitarnej państwowej wogóle. »W sprawozdaniu ministerstwa spraw wewn. czytamy« — mówił — »że organizacya służby sanitarnej w Austryi okazała się dobrą, co uznają zagraniczne publikacye zawodowe, w szczególności radca Dr Telke z Wrocławia. Ale, Panowie, w całej wielkiej Austryi nie znalazł się ani jeden zawodowiec, ani jedno pismo zawodowe, któreby miały coś dobrego i korzystnego o tem do powiedzenia; opinii takiej trzeba było szukać aż zagranicą.... Istotnie bowiem organizacya sanitarna w Austryi nie odpowiada ani postępowi nauki, ani współczesnym wymaganiom, gdyż najważniejsze agendy tego zakresu, zamiast być pod jednolitem kierownictwem, są porozrzucane po różnych ministerstwach«. Do tego znajdują się one tam przeważnie w rękach laików, bo Wysoki Rząd uważa lekarzy za »stan drugorzędny.« »W ten sposób sprawy sanitarne znajdują się po kawałku w ministerstwach: sprawiedliwości (higiena więzień), skarbu, rolnictwa (zdrojowiska, sprawy weterynarskie), handlu (higiena przemysłu, sprawy sanitarne żeglugi), kolejowem (higiena kolei), oświaty (higiena szkolna), ba nawet pośrednio, także już w ministerstwie pracy, które dopiero ma być utworzone. I wobec tego mówi się o organizacyi! Wszak organizacya, to coś jednolitego. Sprawy sanitarne w Austryi zostały jednak jakby skalpelem tak posiekane, że po ich kierownictwie nie można w tych warunkach spodziewać się żadnej korzyści.« — A przecież pierwszym obowiązkiem państwa jest dbać o to, by miało ludność zdrową, zdolną do pracy i do zniesienia wszelakich podatków, bo bez takiej ludności państwo zginąćby musiało. Stąd wyrastają dla państwa olbrzymie zadania w zakresie ochrony dzieci, higieny szkolnej, higieny przemysłu i t. d. W przemyśle n. p. nie wystarczą szablonowe przepisy o choćby nawet 8-godzinnym dniu pracy. Belgia, Holandya, Anglia zaprowadziły obok przepisów o czasie pracy i t. p., także stały nadzór lekarski celem uwzględnienia indywidualnej sprawności roboczej każdego robotnika. Nie mniejsze są zadania państwa w zakresie zwalczania chorób zakaźnych; a tu wymienia mowca konieczność państwowej ustawy o chorobach zakaźnych (o której znowu przycichło), nadzór nad środkami żywności, policyę weterynarską, uregulowanie sprawy prostytucyi i t. d. Wypełnienie tych zadań jest obecnie poprostu niemożliwe; agendy sanitarne są we wszystkich 3 instancyach władz politycznych urządzone wadliwie, poczynając od instancyi najniższej, t. j. od starostwa, gdzie referaty lekarza powiatowego może starosta według swego widzimisię zmieniać, choć nie wolno mu podobnie postąpić nawet z referatem.... inspektora podatkowego, bo tam rozstrzyga dopiero krajowa dyrekcya skarbu. We wszystkich instancyach mają lekarze tylko głos doradczy, a rozstrzygnięcie najważniejszych nawet spraw sanitarnych leży w rękach laików, prawie wyłącznie prawników, którzy mogą być wprawdzie ludźmi bardzo wykształconymi i znakomitymi prawnikami, ale równocześnie znawcami zawodowych spraw lekarsko-higienicznych nie są i być nie mogą.

W końcu poruszył Dr Dietzius nieodpowiedni skład Najwyższej Rady Zdrowia, w której, i to od niedawna, zasiada ledwo jeden członek z Galicyi, (chociaż właśnie powinno być w tej korporacyi tylu znawców stosunków galicyjskich, ilu wymaga rola Galicyi, jako przedmurza, chroniącego całą monarchię od wkroczenia epidemii ze wschodu) i wniósł dwie rezolucye, odpowiadające uchwałom VII. Wiecu Izb lekarskich z roku 1902: »1) Wzywa się rząd, by w jaknajkrótszym czasie przygotował utworzenie ministerstwa sanitarnego. 2) Wzywa się rząd, by bezzwłocznie przeprowadził gruntowną reorganizacyę służby sanitarnej, przyczem lekarzom przyznane być powinno należne stanowisko przez nadanie im większej samodzielności, a ich orzeczeniom znaczenia rozstrzygającego, a zarazem powinno być odpowiednio uregulowane ich położenie materyalne i socyalne w stosunku do innych urzędników administracyjnych (techników i prawników)«.

W głosowaniu uzyskały obie wniesione rezolucye poparcie większości Izby. Wprawdzie od uchwalenia tych rezolucyi do ich wykonania przez rząd droga daleka, niemniej współczesne niemal poruszenie piekącej potrzeby reformy sanitarnej przez Dra Dietziusa w Izbie posłów i przez Prof. Ludwiga w Izbie Panów nie pozostanie bez wpływu. Co zaś mowie Dra Dietziusa i uchwalonym przez Izbę wnioskom jego szczególną nadaje doniosłość, to to, że w parlamencie austryackim poraz pierwszy podniesiony i uznany został postulat osobnego ministerstwa zdrowia. *R.*

Szpitalnictwo i zakłady zaopatrzenia w Galicyi w świetle porównawczem. Świeżo opuścił prasę III zeszyt LXXX tomu wydawnictw c. k. Centralnej Komisyi statystycznej w Wiedniu p. t. »Statistik des Sanitätswesens« za rok 1904. Z mnogich, zawartych w tym zeszycie liczb statystycznych zasługują na uwagę niektóre zestawienia porównawcze, objaśniające zacofany stan Galicyi pod względem szpitalnictwa i zakładów zaopatrzenia w porównaniu z całą Austryą.

I tak co liczby łóżek szpitalnych w stosunku do ludności zajmowała Galicya w r. 1904 miejsce ostatnie. Jedno łóżko szpitalne przypadało u nas na 1.262 mieszkańców, gdy nawet w Dalmacyi stosunek ten wynosił 1:1101, na Bukowinie 1:1011, w Gorycyi 1:912, w całej Austryi średnio 1:524.

Koszta utrzymania jednego chorego wynosiły w Galicyi w tymże roku średnio 1·43 k. dziennie. Taniej kosztowało leczenie już tylko w Gorycyi (1·40 k.), a nawet w Dalmacyi, zajmującej miejsce trzecie od końca, kosztowało ono po 1·68 k., w całej Austryi zaś średnio 2·22 k.

Z żyjących w Austryi obłąkanych było w r. 1904 pomieszczonych w zakładach lub przytułkach średnio 61·5%, w opiece domowej 38·5%. Galicya dawała opiekę zakładową zaledwo 1/3 w kraju znajdujących się obłąkanych (w zakładach 29·6 prc., w przytułkach 3·9 prc.), stojąc tu znowu na ostatniem miejscu, nawet poza Dalmacyą (27·4+8·8 prc.).

Dla położnic posiadała Galicya (prócz krakowskiej kliniki) w 2 krajowych zakładach i klinice lwowskiej zaledwo 86 łóżek; dla porównania wystarczy przytoczyć, że praski zakład porodowy liczy 537 łóżek, a nawet taka Karyntya ma w swym zakładzie 63 łóżka. Koszt dzienny jednego łóżka wynosił w Krakowie ledwo 1·90 k.; we Lwowie wprawdzie wynosił on 3·70 k., ale tam przy obliczeniu kosztów uwzględniono i klinikę. Tylko Dalmacya wydaje nieco mniej.

Podrzutkami zajmował się w Galicyi tylko krakowski szpital św. Łazarza, umieszczając je u wychowawczyń; w ten sposób opiekowała się Galicya w ciągu (całego) r. 1904 aż 28 (dwudziestu ośmiu) podrzutkami (śmiertelność 10·71 prc.). Wystarczy nadmienić, że krajowy zakład podrzutków w Pradze opiekował się w tym roku 9.776 podrzutkami.

Głuchoniemych kształcono w 2 zakładach galicyjskich w r. 1904 — 127, (na Morawach n. p. 319), ciemnych 58 (na Morawach 149). Nie było w Galicyi ani jednego zakładu, gdzieby ciemni znaleźli zatrudnienie (w Czechach 2 dla 254). A jednak miało być w Galicyi w r. 1904 głuchoniemych 11,300 (na Morawach 2681), ciemnych 4.735 (w Czechach 3001).

Głuptaków miało być w Galicyi w r. 1904 4.315 (niewątpliwie jest ich więcej, bo na danych, zbieranych przez gminy, polegać nie można). Z nich pod opieką w jakimś przytułku był

jakiś szczęśliwiec, od szeregu lat klasyczny we wszystkich statystykach. Co prawda, i w Vorarlbergu tylko także jeden jest w zakładzie; ale też tam głuptaków naliczono wogóle tylko 95.

Żłobka dla niemowląt nie miała w r. 1904 Galicya ani jednego. W ochronkach znajdowało opiekę ledwo 1·7 prc. dzieci od lat 3—6; pod tym względem zajmuje Galicya znowu jedno z ostatnich miejsc (trzecie od końca, poczem idzie już tylko Dalmacya z 1 prc. i Bukowina z 0·5 prc.). Jedynie tylko co do zakładów sierót są u nas stosunki nienajgorsze; było ich w r. 1904 w Galicyi 44 (3.044 wychowańców), a n. p. w Czechach 59 (2.287 wychowańców).

Co do zakładów zaopatrzenia (kalek, starców) znowu jednak zajmuje Galicya miejsce przedostatnie, rozporządzając jednem miejscem w tych zakładach na 2.034 mieszkańców. Po nas idzie już tylko Bukowina. Nawet w Dalmacyi jedno miejsce wypada na 1.547 ludności.

Dopełniają obrazu liczby, objaśniające, w jakim stopniu dostępna jest ludności galicyjskiej pomoc lekarska i położnicza. Oto w r. 1904 przypadał w Galicyi 1 lekarz na 5.236 mieszkańców, jedna położna na 3.289; jedna apteka na 21.445. I tu zajmujemy znowu miejsce ostatnie. W całej Austryi przypada 1 lekarz średnio na 2.318, położna na 1.376, apteka na 7.524 mieszkańców. Co do lekarzy jest więc w Galicyi dwa, co do położnych i aptek prawie 3 razy gorzej, niż zresztą w Austryi. Nawet Dalmacya ma 1 lekarza na 4.182, nawet Bukowina ma jedną położną na 1.768, a aptekę na 18.141 mieszkańców. *R.*

Kasy macierzyńskie, instytucyę, godną naśladowania, założył rząd włoski ze względu na częste poronienia w klasie robotniczej, jakoteż powijanie dzieci słabowitych wskutek tego, że matki w ostatnich czasach przed porodem oddają się ciężkiej pracy. Każda robotnica obowiązkowo od lat 15—50 musi należeć do kasy. Wkładka roczna wynosi 1·5 lira, z czego połowę płaci pracodawca, a połowę robotnica. W razie poronienia lub porodu dostaje kobieta jednorazowe wsparcie w kwocie 30 lirów, przyczem nie wolno jej wrócić do pracy przed upływem dni 30; przez ten czas może kobieta wypocząć i wrócić do sił, mając z czego żyć i utrzymać dziecko. *K.*

Polityka, a medycyna. Smutną jest rzeczą, że do lekarskich rozpraw miesza się w Niemczech coraz częściej polityka. W Nr 7 »Przegl. lek.« podaliśmy na str. 92 treść odczytu Hamburgera: O ograniczeniu płodności wśród robotników. W odczycie tym dochodzi H. do przekonania, że w klasie robotniczej wystarczyłyby średnio 3 zastąpienia, przez co liczba ludności nie uległaby wielkiej zmianie, a za to dzieci byłyby zdrowe i silne. Niejako w odpowiedzi na to twierdzi obecnie Mayet, że ograniczenie takie groziłoby państwu niemieckiemu przedewszystkiem zalewem Polaków, którzy mnożą się ogromnie. Według Meyeta pierwsze dzieci są właśnie najsłabsze, a dopiero zwykle dalsze silniejsze. Nadto nie znamy sposobu ograniczania płodności, któryby zdrowiu nie szkodził, a jedynie polecaćby można długie karmienie dzieci, co z jednej strony jako tako chroni kobietę od ponownego zapłodnienia, a z drugiej dozwala kobiecie po porodzie przyjść do sił. U wielu ludów karmią kobiety bardzo długo, n. p. u żydów, chińczyków, japończyków nawet do 3 lat. Państwo może przyjść tu z pomocą, wyznaczając nagrody dla karmiących, zakładając dla nich Kasy, a wreszcie przyznając ulgi podatkowe rodzinom, obarczonym licznem potomstwem. — Znamienną jest rzeczą, że punktem wyjścia wywodów Mayeta jest trwoga przed rasą »polskich królików«. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. Od 31. V. do 6. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Lwowie 1, pow. Bóbrka (Brzozdowce 2, Hranki 1), Buczacz (Trościaniec 13, Uście zielone 1), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 4), Jaworów (Drohomyśl 2, Siedliska 3), Kamionka (Majdan stary 4, Witków nowy 4), Lisko (Krzywe ad Tworylna 4), Mościska (Czerniawa 1, Hodynie 3), Peczeniżyn (Akreszory 8, Berezów niżny 4), Podhajce (Nowosiółka 1, Kotuzów 2), Rawa (Biała 3, Kamienna góra 3, Zamek 1, Potylicz 4), Skałat (Iwanówka 5, Ostapie 1), Sokal (Spasów 4), Stryj (Tuchla 5, Orawczyk 9), Zborów (Pleśniany 1, Presowce 9), Złoczów (Czeremosznia 8) i ospy w m. Podgórzu (sprawdzono przypadek ospicy *variolois*). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 31. V. do 6. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 2; zmarło osób 60 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 18 (7), zapalenia płuc 3 (2), płonicy 2 (1), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. V. do 6. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcych 1), krztuśca 8, płonicy 8 † 2 (2 † 1), odry 9 (2), duru brzusznego 7 † 1 (5 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. V. do 6. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 4, płonicy 52 † 1 (7 † —), odry 19 † 1, duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 15 (7), gorączki połogowej 2 † 2. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisyę przeciwgruźliczą, powołaną przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, uchwaliło Towarzystwo na posiedzeniu w d. 3. VI. upoważnić do samoistnego prowadzenia dalszej akcyi. Na tej zasadzie obradowała Komisya w d. 4. VI. nad projektem nowego statutu »Towarzystwa walki z gruźlicą«, ułożonego przez podkomitet (Prof. Kostanecki, Prof. Ciechanowski, Dr Korolewicz, Dr Schaitter) w porozumieniu z R. Dw. Dr Merunowiczem, a zmierzającego do zjednoczenia akcyi w całym kraju. Siedzibą głównego zarządu Towarzystwa będzie Lwów, jednakże działalność Towarzystwa opartą będzie na autonomicznych kołach miejscowych. W ten sposób powiedzie się niewątpliwie skierować na szersze tory rzecz, której poruszenie jest zasługą Dra Tomasza Janiszewskiego, od szeregu już lat nie szczędzącego starań, aby i u nas walka z gruźlicą w żywszem szła tempie. Usiłowania te datują się od r. 1900, w którym z inicyatywy Dra Janiszewskiego powstała sekcya przeciwgruźlicza na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, a obrady tej sekcyi były źródłem późniejszych prac na tem polu i powolnego wprawdzie, ale stałego postępu.

— W programowej mowie na pierwszem posiedzeniu Rady miasta w nowym jej składzie w d. 4. VI. zapowiedział prezydent miasta, Prof. Dr Leo, rychłe mianowanie fizyka miejskiego, za czem pójdzie reforma służby sanitarnej, połączona z pomnożeniem miejskiego personalu lekarskiego.

— Krynica jest w przededniu znacznych ulepszeń. Rząd, który jest właścicielem tego zdrojowiska, przyrzekł zająć się sprawą zwiększenia wydajności źródeł. Budowa nowych łazienek borowinowych i hydropatycznych ma być rozpoczęta jeszcze w r. b. Zdrojowisko stanowić będzie odrębną gminę, ma być włączone do międzymiastowej sieci telefonicznej (przez co uzyska połączenie z Krakowem i Lwowem), a przygotowania finansowe do budowy kolei z Krynicy do Muszyny są już podobno ukończone.

— Król. Konsulat duński we Lwowie nadesłał nam informacye o kąpielach morskich w Danii, zebrane przez Towarzystwo turystyczne w Kopenhadze, w tej myśli, by zwrócić uwagę lekarzy polskich na nadmorskie duńskie miejsca kąpielowe, mogące z korzyścią zastąpić licznie dotąd przez naszą publiczność odwiedzane kąpiele morskie niemieckie. Z kąpieli duńskich wymienić należy Marielyst (na Falster pod Vaeggerlöse), gdzie kąpiele morskie i solankowe są bezpłatne, a pensyonat kosztuje 3½—4 koron (duńskich) dziennie, oraz Skodsborg i wreszcie Marienlyst na Helsingör, gdzie pensyonat kosztuje 6—6½ kor., pokój od 2—10 kor. dziennie.

Lwów. Rada miejska uchwaliła w ciągu dorocznej dyskusyi budżetowej szereg rezolucyi, doniosłych pod względem sanitarnym. I tak wezwano magistrat, aby zwołał ankietę w sprawie reorganizacyi służby sanitarnej miejskiej, aby zaprowadził tygodniowe konferencye komisarzy dzielnicowych wspólnie z lekarzami miejskimi, aby przedłożył projekt reformy policyi sanitarnej, zmiany instrukcyi dla lekarzy miejskich, aby zwoływano stosownie do ustawy komisyę sanitarną miejską, aby magistrat przedłożył wnioski w sprawie normalnych planów szkół, instrukcyi dla lekarzy szkolnych, apteczek szkolnych i budowy kąpieli szkolnych oraz ludowych; oprócz tego poruszono sprawy higieny placów targowych, aresztów miejskich, założenia cmentarza centralnego, budowy domu przedpogrzebowego i t. p.

— Prof. Dr Antoni Jurasz z Heidelberga mianowany został profesorem laryngologii i otyatryi we Lwowie z tytułem i charakterem profesora zwyczajnego.

— Komisya pedagogiczno-lekarska stałego komitetu krajowego »Ochrona dzieci« odbyła rozprawy nad referatem R. Dw. Dra J. Merunowicza w sprawie opieki nad niemowlętami. Omówiono sprawę nagród dla matek, bezpłatnej pomocy dla biednych matek, zakładanie szpitalików, ochronek, zakładów wy-

chowawczych dla dzieci umysłowo upośledzonych i t. d. i uchwalono zebrać dokładne dane o wszystkich zakładach, służących sprawie ochrony dzieci, wydać i rozpowszechniać broszurę popularną o karmieniu i pielęgnowaniu niemowląt, higienie karmiących matek i odżywianiu dzieci, oraz zwrócić się o poparcie sprawy do władz duchownych i świeckich.

— Walne zgromadzenie Tow. higienicznego odbędzie się 24. VI. 1908.

— Docent Akademii weterynaryi p. Zygmunt Markowski promował się na doktora wszech nauk lekarskich.

Warszawa. Na posiedzeniu ordynatorów szpitalnych w Stowarzyszeniu lekarzy polskich w d. 30. V. 1908 wybrano stałą komisyę dla zajęcia się sprawami szpitalnemi, do której weszli Dr Hewelke, Męczkowski, Sawicki Br., Sadowski i Szwajcer. Na temże posiedzeniu przedstawił Dr Męczkowski projekt szkoły dozorców chorych, który będzie przedłożony inspektorowi szpitali. W magistracie właśnie odbywają się narady, czy taka szkoła ma być otwarta w miejsce zwiniętej felczerskiej, czy też szkoła felczerska ma być otwarta nanowo. (Med. i Kron. lek. 23).

— Za staraniem Dra Alfreda Sokołowskiego i Juliusza hr. Ostrowskiego zawiązuje się w Warszawie Towarzystwo przeciwgruźlicze, którego pierwsze zebranie odbędzie się 15. VI. b. r.

— Prezesem Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi wybrany został Dr Korniłowicz, wiceprezesem Dr Rembieliński, sekretarzem Dr K. Wisłocki, zarządzającym zakładem w Drewnicy Dr K. Rychliński. Towarzystwo przystępuje do rozszerzenia zakładu przez nowy pawilon i t. d., licząc na to, że brakujących jeszcze na ten cel około 20,000 rb. dostarczy ofiarność społeczeństwa.

— Grono redakcyjne »Medycyny i Kroniki lek.« ma zamiar wydać uzupełnienie »Słownika lekarzy polskich« Kośmińskiego.

— Podręcznik higieny Flüggego ma wkrótce wyjść z druku w przekładzie Dra Chodeckiego (Med. i Kron. lek. 23).

— W czasie wycieczki lekarskiej na wystawę zdrojową w Ciechocinku w d. 7. VI. b. r. odbyły się pod przewodnictwem Dr T. Dunina rozprawy na temat: »Najpilniejsze potrzeby zdrojowisk krajowych«. Referaty przedstawili Dr J. Jaworski, Puławski i Margulies. Wśród 250 przeszło uczestników wycieczki znajdowało się 6 lekarzy z Wielkopolski; z Galicyi tylko 3, wszelako słaby ten udział tłómaczy się równoczesnym Zjazdem lekarskim w Pradze. Natomiast niewiadomo, jak wytłómaczyć obojętność zarządów zdrojowisk galicyjskich wobec wystawy, w której wzięły udział tylko Krynica i Zakopane. A przecież zdawałoby się, że do udziału powinienby zachęcić już nawet — prosty interes kupiecki!

— W Busku powstało »Towarzystwo przyjaciół Buska« na wzór podobnego Towarzystwa ciechocińskiego.

Z różnych stron. »Spolek českych lekařů« rozpoczął wydawać »Revue de medecine tchèque« pod redakcyą profesorów Formanka i Pithy. Pierwszy zeszyt zawiera streszczenia (częścią niemieckie, częścią francuskie) 25 prac, drukowanych w r. b. w czasopismach lekarskich czeskich. Przedpłata roczna (za 4 zeszyty) wynosi 5 koron.

— Pani Henryetta Janeczek, wdowa po przedwcześnie zgasłym prezesie Państw. Związku org. lek. austr., wyraża za naszem pośrednictwem najgorętsze podziękowanie wszystkim kolegom za okazane jej współczucie.

— Doroczny Zjazd niemieckiego Towarzystwa higieny publicznej odbędzie się w dniach 15. do 19. września b. r. Porządek obrad obejmuje następujące przedmioty: 1) Miejskie urzędy zdrowia i ich zadania na polu higieny publicznej. 2) Zaopatrzenie w wodę wsi. 3) Przyczyny nerwowości i jej zwalczanie. 4) Higieniczne znaczenie hal targowych miejskich, ich urządzenie i prowadzenie. 5) Zasady higieniczne budowy szkół ludowych.

— Ofiarność na cele humanitarne w Niemczech może budzić zazdrość; świeżo znowu p. Simon zapisała pół miliona marek na wspieranie chorych ginekologicznych, aptekarz Wolff 100,000 mk. na szpital im. ces. Fryderyki i berlińskie kolonie letnie i t. p.

— Szwedzka »Narodowa liga przeciwgruźlicza« zebrała ze sprzedaży znaczków (marek) »dobroczynnych« w r. 1905/6 około ćwierć miliona koron.

Mianowani: Dr Mosler w Borszczowie lekarzem powiatowym; Dr A. Tumpowski lekarzem zarządzającym schroniskiem izr. dla umysłowo chorych w Otwocku.

Prof. Schwalbe z Karlsruhe dyrektorem zakładu patol. w Rostocku, Prof. O. Frank z Giessen profesorem fizyologii w Monachium.

Redakcya otrzymała: Karliński: Üb. eine durch Hauskatzen verbreitete Diphtheritisepidemie bei Kindern. »Heilkunde« 1908. — Starzewski J.: Kilka uwag o szpitalnictwie niemieckim. »Tyg. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. czerwca o godzinie 6 wieczór w klinice okulistycznej.** Porządek dzienny: 1) Prof. Wicherkiewicz: O korzyściach wypłukiwań komórek ocznych przy operacyach zaćmy. 2) Przedstawienie przypadków klinicznych przez dyrektora i asystentów kliniki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lękarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rabka.

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla").

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 20. czerwca 1908. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego.

Gąsienice much w oczodole wrzodziejącym wskutek raka.

Podał

Dr Wiktor Reis, asystent kliniki.

Przypadki raka powiek lub raka gałki ocznej, ogarniającego w następstwie całe otoczenie i doprowadzającego do zupełnego zniszczenia części twarzy, nie nadają się już niestety do operacyi. Najczęściej, jeśli nie wyłącznie, są one skutkiem obojętności chorych, którzy lekceważą sobie cierpienie, we wczesnym okresie będące i nie dozwalają na wykonanie zabiegu operacyjnego we właściwym czasie, albo którzy wogóle obawiają się noża chirurga i uciekają się do zachowawczego sposobu leczenia. Zrozumiałem jest, że przypadki takie coraz rzadziej się wydarzają i że niedawno w berlińskiem Towarzystwie okulistycznem przedstawił Schultz-Zehden [1]) trzy przypadki raków powieki, przekraczających zwykłą miarę, jako rzadkie i ciekawe okazy, godne widzenia.

Przypadek, przez nas spostrzegany, nie ustępuje bynajmniej wspomnianym przypadkom.

Anna P...., lat 60, zarobnica ze wsi Sichowa (pow. lwowski), przyjęta dnia 14. VIII. 1907 r. na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie. Od 3 lat cierpi podobno na »wrzód« w oku. Przed rokiem miała zasięgnąć porady lekarskiej w ambulatoryum klinicznem, lecz już wówczas osądzono, że sprawa nie nadaje się do operacyi. Wrzód ten miała chora ciągle zdrapywać. Najbliższe otoczenie chorej podaje, że chora nie myła już sobie twarzy od dłuższego czasu. Przed 3 dniami (w niedzielę) spostrzegł ktoś z rodziny białego robaka w oczodole, a już dnia następnego (w poniedziałek) było ich całe mnóstwo. Chora wzbraniała się iść do szpitala i dopiero we środę wzięto ją przymusem.

Stan obecny: Chora na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie osoby zupełnie zaniedbanej; rozchodzi się od niej swoista woń brudu. Chora jest głupowatą. Badanie ogólne stwierdza zapalenie mięśnia sercowego i charłactwo ogólne.

Oko lewe jest prawidłowe.

Prawy oczodół zajęty przez rozległe owrzodzenie. Powierzchnia owrzodzenia tworzy elipsę, której średnica pozioma wynosi 9 ctm., a pionowa 6 ctm. Owrzodzenie to przekracza od góry guz czołowy, od dołu dolny brzeg oczodołowy, na zewnątrz sięga aż do wyrostka jarzmowego kości skroniowej, a na wewnątrz aż do zagłębienia, w którem spoczywa woreczek łzowy. Brzegi owrzodzenia są podminowane i silnie naciekłe. Dno owrzodzenia tworzy całkowicie odsłonięta tylna część jamy oczodołowej. Powiek i wszelkich części dodatkowych oka brak zupełny. Z gałki ocznej pozostał tylko tylny odcinek, jako bezkształtny kikut.

[1]) Rzecz przedstawiona na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 3. kwietnia 1908.

Opis powyższy naszego przypadku odpowiada w zupełności jednemu z przypadków, spostrzeganych przez Schultz-Zehdena. Poniżej podany jednak dalszy wywód określa nasz przypadek jako niezwykły.

W głębi oczodołu roją i wiją się gąsienice, wypełniające cały oczodół. Tworzą one głównie trzy gniazda, które w postaci szarej, poruszającej się masy zajmują część nosową i skroniową oczodołu.

Między dwoma głównemi gniazdami znajduje się trzecie gniazdo nieliczne w powyżej wspomnianym kikucie pozostałym jako resztka po tylnym odcinku gałki ocznej.

Gąsienice leżą gęsto jedna przy drugiej, przednią częścią ciała głęboko wryte w dno owrzodzenia, gdy tylna część z dwoma brązowymi punkcikami wystaje ponad powierzchnię owrzodzenia. Całość sprawia wrażenie, jak gdyby oczodół zasiany był małemi, białawemi ziarnami, z których każde zaopatrzone było w dwa brązowe punkciki. Spokojnej jednak chwili doczekać się prawie nie można, co chwila na innem miejscu wydostaje się jakaś gąsienica ponad powierzchnię owrzodzenia, zwija się w kabłąk i wyprostowuje poruszając ciągle tylną częścią ciała.

Po przezwyciężeniu pierwszego wstrętnego wrażenia przystąpiono do zabiegów leczniczych. Łatwy dostęp do siedliska gąsienic umożliwił przedewszystkiem zastosowanie mechanicznego leczenia, które polegało na usuwaniu każdej gąsienicy z osobna zapomocą wielkich anatomicznych szczypczyków. Ilość tak zebranych gąsienic wynosiła około 240 sztuk. Potem spłukano silnym strumieniem sublimatu całą owrzodziałą powierzchnię. Dopiero teraz po oczyszczeniu oczodołu można stwierdzić, że po stronie skroniowej jest ściana oczodołu obnażoną aż do kości, pozostałe dno owrzodzenia stanowi gładka, błyszcząca powierzchnia; do powstania tych właściwości oczodołu niemało, jak się zdaje, przyczyniła się robota gąsienic. Następnie za poradą Prymaryusza oddziału chorób skórnych Dra Krzyszkowskiego posypano owrzodziałą powierzchnię naftaliną z cukrem sproszkowanym w równych częściach i założono opatrunek. Dopiero potem poddano chorą gruntownej kąpieli oczyszczającej.

15. 8. Następnego dnia rano nie było już śladu wczorajszych pasorzytów, znikły nawet najmniejsze gąsieniczki, które głęboko siedziały w owrzodziałej tkance oczodołu i które dopiero prądem sublimatu musiano usunąć. Owrzodziała powierzchnia pokryta jest szarawym nalotem, po spłukaniu którego okazuje się dno ubytku pokryte świeżą ziarniną. Powierzchnię ubytku posypano jodoformem i powtórnie założono opatrunek.

20. 8. Opaskę zmienia się codziennie. Różowa ziarnina wypełnia dno ubytku, w środku tylko oczodołu wystaje ciemny, zeschnięty kikut, jako pozostałość tylnego odcinka gałki ocznej.

23. 8. Chora na własne żądanie opuściła szpital; miała tylko polecone codziennie maścią przeciwgnilną smarować wrzód i zakładać opaskę.

W krótkości należałoby jeszcze podać opis znalezionych gąsienic. Są one barwy białawej, długości 12—14 mm., a szerokości 3—4 mm. Ciało każdej z gąsienic składa się z 9 obrączek, nie wliczając w to głowiego i tylnego odcinka ciała.

Segmenty są bez haczyków, gładkie, zachodzą jedne na drugie. Każdy z segmentów otoczony jest na brzegu zwróconym do przedniego odcinka ciała cienkim, ledwo zaznaczonym brązowym paskiem. Stożkowaty odcinek przedni zaopatrzony jest dwoma haczykami, oraz dwoma czarnymi chitynowymi kolcami. Tylny zaś odcinek szeroko zakończony posiada dokoła brzegu

wieniec małych białawych haczyków w liczbie 12, a w środku dwie małe brązowe tarczki, które stanowią zewnętrzne ujścia tchawek i noszą nazwę przetchlinek (*stigmata*).



Fig. 1. Gąsienica muchy złotej (Lucilia). (Wielkość naturalna).

Opisane gąsienice można na podstawie tych znamion określić jako gąsienice much.

Z powyższegop rzedstawienia wynika, że spostrzegany przez nas przypadek należy do przypadków muszycy zewnętrznej (*myiasis externa*), w szczególności zaś do muszycy właściwej (*myiasis muscida*).

Jako historyczne wspomnienie nadmienię tu tylko według Peipera (2), że wymieniona muszyca stanowiła przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego wcale nie rzadkie powikłanie przy leczeniu ran. Peiper przytacza nawet ustęp z dzieła Pirogoffa »Zasady ogólnej chirurgii polowej«, w którem podano, że pojawianie się robaków i gąsienic w ranach nawet w praktyce szpitalnej nie należało do rzadkich przypadków. Postępowanie przeciwgnilne położyło kres tym stosunkom i tylko od czasu do czasu usłyszeć jeszcze można o okazaniu się gąsienic much w ranach u poszczególnych, najczęściej zaniedbanych osobników.

W Rosyi mimo to nie należy muszyca i nadal do przypadków niezwykłych, zresztą pojawia się ona także częściej w krajach gorących i Ameryce.

W nowszych czasach donoszą Yount i Sudler (3) o 23 przypadkach muszycy u ludzi, wywołanej przez jeden z rodzajów muchy złotej (*Compsomyia macellaria v. Lucilia hominivorax*, Schraubenwurmfliege), które spostrzegano w południowych i zachodnich stanach Ameryki północnej. Zakażenie powstawało przez złożenie jaj much do nosa przy istnieniu przewlekłego nieżytu, albo też w owrzodzenia skórne. Cztery z tych przypadków, w których punktem wyjścia sprawy był nieżyt nosa, zakończyły się śmiercią.

Gdy jednak pominiemy przypadki muszycy ogólnej i zwrócimy się do muszycy, mającej swą siedzibę w oku, to stwierdzić możemy, że piśmiennictwo o uszkodzeniach ludzkiego oka przez gąsienice much jest dość skąpe. Kasyer (4) zebrał dane, dotyczące tego przedmiotu, i opisuje swój własny przypadek, w którym u dziecka sześcioletniego znalazł w worku spojówkowym gąsienice much z rodzaju ścierwicy (*sarcophaga*); wywołały one przejściowy ostry nieżyt spojówki. Gąsienice much mogą być jednakże przyczyną ciężkich uszkodzeń oka. Schultz-Zehden (5) donosi, że pewną włóczęgę, która po nadużyciu wyskoku zasnęła w otwartem polu, obsiadły gąsienice much i sprawiły ogromne spustoszenia. Z rożnych części ciała, z nosa, z uszu i worków spojówkowych zebrano około litra gąsienic. Powieki były obrzękłe, obydwie gałki zniszczone. W prawem oku brak był rogówki, soczewka i ciało szkliste wypadło; na lewem zaś oku stwierdzić można było rozległy przebity wrzód rogówki, w którym uwięzły soczewka wraz z tęczówką. Gąsienice tych much należały do rodzaju plujki (*Calliphora vomitoria*).

Pozostaje rozstrzygnąć pytanie, który gatunek much odgrywał rolę w naszym przypadku. Najpewniejszą odpowiedź na to pytanie mogłoby dać wyhodowanie gąsienic na poczwarki i czekanie, aż się z poczwarek nie wylęgną rozwinięte muchy. Skoro jednak tego sposobu zaniechano, musiano oznaczyć rodzaj muchy z pozostałych gąsienic.

Pośrednictwu redakcyi czasopisma »Naturwissenschaftliche Wochenschrift«, której kilka okazów gąsienic przesłałem do zbadania, zawdzięczam następującą wyczerpującą odpowiedź Prof. Dr Dahla (6):

».... Przesłane gąsienice, znalezione w owrzodzeniu rakowatem zdają się należeć do rodzaju muchy złotej (*Lucilia*). Gatunku nie można określić, gdyż dotychczas brak pewnych danych dla odróżnienia gatunków gąsienic. Według Peipera znaleziono dotychczas w ranach u człowieka gąsienice z rodzaju plujki, muchy złotej, ścierwicy i muchy zwykłej. Jako uzupełnienie książki Peipera podaję w rycinach kształt i położenie ciemnych przetchlinek (otworów dla narządów oddechowych) na grubym tylnym końcu ciała, należących do tych rodzajów.... Z krajowych gatunków muchy złotej z pewnością stwierdzono u człowieka *Lucilia nobilis*. Wyhodował ją F. Meinert z gąsienic, znalezionych w przewodzie usznym człowieka. (Entom. Meddelser Bd. I. 1888, S. 119 ff.). Peiper przeoczył to miejsce w piśmiennictwie«.

Jak już w powyższej odpowiedzi zaznaczono, nie zna obecna nauka o gąsienicach much pewnych danych rozpoznawczych, według których możnaby już z gąsienicy wnosić o gatunku muchy, tak że zadowolić się musimy tylko oznaczeniem rodzaju. U czterech gatunków much, wchodzących tu w rachubę: plujki, muchy złotej, ścierwicy i muchy zwykłej, których gąsienice zewnętrznie są do siebie podobne, stanowi budowa przetchlinek (*stigmata*), szczegół różniczkowy w rozpoznawaniu rodzaju.

Oglądając pod znaczniejszem powiększeniem przetchlinki gąsienic z naszego przypadku stwierdzić możemy, że owe przetchlinki budową swą zupełnie odpowiadają przetchlinkom muchy złotej. Złożone są one z trzech podłużnych otworów narządów oddechowych, poprzedzielanych licznemi cienkiemi ściankami poprzecznemi. (Fig. 2).



Fig. 2 Przetchlinka gąsienicy muchy złotej, powiększona około 100 razy. Zdjęcie mikrofotograficzne niebarwionego preparatu.

Sposób życia gąsienic, znalezionych w naszym przypadku, odpowiada także najbardziej rodzajowi muchy złotej. W jednem ze zbiorowych dzieł zoologicznych (7) czytamy:

».... Najbliższy rodzaj: mucha złota (*Lucilia*) zawiera dosyć wielkie i małe złoto-zielone, albo stalowo-niebieskie gatunki... Gąsienice żyją z substancyi zwierzęcych, na nie całkiem świeżem mięsie, na trupach i t. p., napadają nawet żyjące zwierzęta. We Francyi znajdowano często żaby, u których oczodoły roiły się od gąsienic much i całkiem były wygryzione przez gąsienice, należące do gatunku much, pokrewnego rodzajowi muchy złotej.... Muchy te już nieraz składały swe potomstwo nawet w nosie, uszach, kątach ust i oczu ludzi śpiących na wolnem powietrzu i wywoływały przez to długotrwałe choroby i owrzodzenia, a nawet ślepotę u napadniętych osobników. Najczęściej u nas spotykaną i ogólnie znaną złotą muchą jest *Lucilia Caesar*«.

Piśmiennictwo. 1) Schultz-Zehden: Exorbitante Fälle von Krebs der Augenlider. Klin. Monatsbl. f. Aug. 45. Jahrg. II. Bd. 1907. — 2) Peiper: Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Berlin, 1900. — 3) Yount et Sudler: Human myasis from the screw-worm fly. The Journal of the Amer. med. Assoc. Vol. 49. Nr 23, 1907. — 4) Kayser: Über Fliegenlarvenschädigung des Auges. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 43 Jahrg. I. Bd., 1905. — 5) Schultz-Zehden: Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven. Berl. klin. Wochs. Nr 10, 1906. — 6) Dahl: Fliegenlarven im und am lebenden Körper des Menschen. Naturwiss. Wochenschr. N. F. VI. Bd. Nr 50, 1907. — 7) Heck, Martens, u. a. Das Tierreich, Neudamm, 1894.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Prus.

»Odczyn kwaśny« i kwasy (kwas mleczny) w stosunku do przyswajania pokarmu w narządzie trawienia oraz przemiany chloru.

Podał

Prof. Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia wykonywano wśród wszystkich ostrożności, obowiązujących przy ścisłych badaniach nad wymianą materyi, wzgl. z zastosowaniem metodyki, jaką opisałem szczegółowo w mej pracy o tłuszczach [8]). W moczu, zebranym na chloroform (kilka cm sz.), określano codzień ilość azotu całkowitego i amoniaku (sposób Schlösinga) zaś w mieszanych porcyach czterodniowych ilość kwasu siarkowego całkowitego, eterosiarczanów, zasad (KCl+NaCl), wszystko metodą wagową — i chloru (metodą Volhard-Salkowskiego). Kał badano także w mieszanych porcyach czterodniowych (oddzielanie zapomocą węgla drzewnego na początku każdego okresu [9]) co do ilości pozostałości suchej, azotu i tłuszczu. Określeń ilościowych chloru i zasad w kale, z wyjątkiem kilku przypadków, zaniechałem zupełnie ze względu na to, iż według własnych licznych rozbiorów w tym kierunku (w pracy o tłuszczach), ilości związków tych w kale są wogóle bardzo nieznaczne i nie wpływają zupełnie na wnioski, wysnute z wahań KCl+NaCl i chloru w moczu.

Dodam nareszcie, że badanie, t. j. rozbiory kału i moczu zaczynano dopiero po 6—8 dniowym pobycie psów w klatce i przy podawaniu im pokarmu, stale później przy badaniu używanego.

I. szereg doświadczeń.

Pies, ważący na początku doświadczenia 7,740 gr dostawał codzień 100 gr mięsa końskiego z 200 gr ryżu, gotowanymi razem z 8 gr soli kuchennej (= 7,846 gr bezwodnego chlorku sodu) w 800 cm sz. wody. Według własnych moich rozbiorów pokarm taki zawierał: 34 gr białka, wzgl. 5,8276 gr N, 6 gr tłuszczu, 162 gr węglowodanów, 8,781 gr KCl+NaCl i 7,973 gr chloru (obliczono na NaCl). Wartość opałowa jest = 860 Cal. Pokarm ugotowany ważył 960—1,050 gr, w tem wody 775—835 gr. Pies wody do picia nie dostawał, zresztą jej nie chciał.

Pod koniec obserwacyi pokarm zmieniono: przez cztery dni pies dostawał po 300 gr mleka słodkiego (wyjałowionego) i 150 gr ryżu, gotowanych z 7,846 gr NaCl w 400 cm sz. wody, a przez cztery następne zamiast mleka słodkiego, mleko kwaśne Miecznikowa (jedno i drugie z zakładu »Le Ferment« we Lwowie) o kwaśności 80—90[1]/[10] normalnego ługu. Przy stosowaniu mleka kwaśnego dodawano codziennie do pokarmu po 7,5 gr cukru mlecznego na miejsce przefermentowanego.

Przy odżywieniu mlekiem zawierał pokarm: 21,5 gr białka, wzgl. 3,5049 gr N, 11,1 gr tłuszczu, 133,5 gr węglowodanów, 9,012 gr KCl+NaCl; 8,56 gr chloru (obliczono na NaCl). Wartość opałowa 740 Cal. Pokarm ważył 818—820 gr, w tem wody około 640 gr.

Ze szczegółów podniosę, że pies prawie przez cały czas pobytu gryzł drewniane części klatki i kał zawierał zawsze dość znaczną domieszkę trocin.

II. szereg doświadczeń.

Inny pies, ważący na początku obserwacyi 7,320 gr, dostawał przez cały czas po 100 gr mięsa końskiego z 50 gr mamałygi i 125 gr ryżu, wszystko gotowane w 800 cm sz. wody z 7,846 gr NaCl. Ponieważ w tym szeregu ściśle dbano o jednakowo długie gotowanie, to wahania wagi pokarmu okazały

Tablica I.

Rozbiory moczu w I. szeregu doświadczeń.

Wartości amoniaku wyrażone są na tablicy niniejszej, jak i następnych, w wartościach azotu. Notatki co do ilości wody, wprowadzanej codziennie z pokarmem, dotyczą każdego oddzielnego okresu.

Data	Ilość moczu w cm.³	Ciężar gatunk.	Azot całkowity	Amoniak	Uwaga
26. XI.	450	1015	2,3661	0,2456	Okres kontroluy Waga psa 7740 gr.
27	540	1014	2,9995	0,2832	
28	580	1013	3.0194	0,2943	
29	370	1020	2,6966	0,1926	Kw. ml. 3 gr dziennie.
30	550	1015	2,7487	0,2577	» » 2,5 gr. »
1. XII.	730	1013	3,0022	0,2744	» « 2,5 » »
2	690	1014	3,4581	0,2514	» » 2,5 » »
3	550	1016	3,4072	0,2362	Kontrola. Wody w pokarmie średnio na dobę 775 gr (moczu przytem 635 gr).
4	650	1015	3,3838	0.3638	
5	660	1014	3,4358	0,2748	Waga psa 8000 gr.
6	680	1015	3,7524	0,3540	Wody wprowadzano 796 gr (moczu 635 cc).
7	600	1015	2,9049	0,2577	
8	630	1016	6,9561	0,5456	
9	680	1015			
10	630	1016	3,2797	0.2666	
11	610	1015	3,3026	0,2381	NaHO 10 ccm 1/5 N. Wody wpr. 831 gr (mocz. 672 cc).
12	620	1014	2,9694	0,2098	NaHO 15 ccm 1/5 N.
13	780	1012	3,2523	0,2538	NaHO 15 ccm 1/5 N. Waga psa 8200 gr.
14	680	1013	3,1651	0,2478	NaHO 10 ccm 1/5 N.
15	760	1012	3,3630	0,2671	Kw. mleczny 1 gr. Wody wpr. 825 gr (mocz. 725 cc).
16	690	1012	3,2328	0,2604	Kw mleczny 1,5 gr.
17	760	1013	3,2838	0,2769	» » 1,5 »
18	770	1014	3,6077	0,3208	» » 1,0 »
19	720	1013	3,7482	0.3186	Kontrola. Wody wprow. 827 gr (moczu 753 cc).
20	720	1014	3,7482	0,2904	
21	740	1013	3,3515	0,3485	
22	830	1013	3,8455	0,3565	Waga psa 8350 gr.
23	670	1015	3,1740	0,2005	Laktobacylina 0,5 gr dzien. Wody wpr. 829 (moczu 707).
24	650	1012	2,7747	0,2876	Idem.
25	720	1013	3,6358	9,2717	Idem.
26	730	1013	4,0283	0,3040	Idem.
27	690	1014	3,5921	0,2784	Kontrola. Wody wpr. 835 gr (moczu 725 cc).
28	740	1013	3,7753	0,4237	
29	680	1015	3,6108	0,2657	
30	790	1012	3.8247	0,2981	
31	510	1019	2,9736	0,2323	Mleko słodkie. Wody wpr. 640 gr (mocz. 525 cc).
1. I.	540	1017	2,6425	0,1897	Idem. Waga psa 8550 gr.
2	550	1014	2,5482	0.2008	Idem.
3	500	1019	2,2645	0,1691	Idem.
4	570	1017	2,0474	0,2099	Mleko kwaśne. Wody wpr. 638 gr (moczu 540 cc).
5	520	1020	2,2468	0,2179	Idem.
6	500	1020	2,1341	0,2350	Idem.
7	570	1015	1,9116	0,2027	Idem. Waga psa 8500 gr.

[8]) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Gaz. lek. 1907. Polnisches Archiv f. biologische und medicin. Wissenschaften. W streszczeniu: Zentralbl. f. d. gesammte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels 1907, Nr 11.

[9]) Należy właśnie zwracać uwagę na to, by węgiel drzewny dodawany był do pokarmu zawsze wśród jednakowych warunków co do czasu, a więc zawsze na początku, czy końcu okresu doświadczalnego i w jednakowych ilościach, a to z tego względu, iż w doświadczeniach moich zawsze po pokarmie, pomieszanym z węglem, pies oddawał znacznie więcej kału, w dodatku kału miększego (bardziej wodnistego). Nie zachowując tedy ostrożności powyższej, a n. p. odgraniczając kał 2 razy w ciągu pewnego okresu, a w ciągu następnego ani razu, łatwo możemy stworzyć warunki dla wcale znacznych omyłek przy oznaczaniu pozostałości suchej w kale. Dotyczy to szczególnie okresów doświadczalnych krótkotrwałych.

się bardzo nieznaczne 880—900 gr, w tem 680—690 gr wody. Skład pokarmu: 34,8 gr białka, *resp.* 5,9352 gr azotu, 11,25 gr tłuszczu, 134 gr węglowodanów, 8,722 gr KCl+NaCl, 7,985 gr Cl (NaCl). Wartość opałowa 800 Cal. Kał w okresie z kwasem solnym i przez kilka dni potem zawierał pewną domieszkę śluzu, stale zaś — sierść.

Oba, wyraźnie jeszcze młode psy, podczas obserwacyi zyskały na wadze: pierwszy przez 43 dni z 7,740 gr do 8,500 gr, i szczególnie drugi: przez 40 dni z 7,320 gr do 8,620 gr. Idące z tem w parze zatrzymywanie azotu było bardzo wybitne w pierwszych dniach badania — do 40%, później 25—30% wprowadzonej ilości N. Dość równolegle z zatrzymaniem azotu szło także retencya zasad (KCl+NaCl), znacznie mniej zaś w parze z tem stał chlor, którego zatrzymanie było mniejsze, niż retencya zasad. Że wszystkie te objawy zatrzymania były głównie wyrazem i skutkiem wzrostu, prawdziwego »tuczenia mięsnego« (Fleischmast), o tem trudno było wątpić, wobec coraz tęższego wyglądania zwierząt i wreszcie znacznego przybytku na wadze za czas doświadczenia.

Wraz ze zwiększającą się wagą, a coraz mniejszem zatrzymywaniem azotu przyswajanie pokarmu okazało się także nieco słabszem: przynajmniej widzimy, szczególniej u drugiego psa, w późniejszych okresach badania wyższe liczby kału, niż na początku, u pierwszego zaś częściej wyższe liczby substancyi suchej; w obu przypadkach, stopniowo, choć nie wybitnie, wzrastały ilości azotu w kale. Rzecz ciekawa — przyswajanie tłuszczu w przeciwstawieniu do azotu stawało się z biegiem czasu jakby lepsze, a co najmniej — nie bardziej upośledzone.

Niema żadnych powodów do mniemania, by zjawisko powyższe było następstwem samego eksperymentowania, t. j. stosowania kwasów, zasad i t. d., tembardziej, że, jak podkreślaliśmy, dawki tych związków były bardzo umiarkowane, bynajmniej nie toksyczne. Przeciwnie, zjawisko jest zrozumiałe samo przez się: jelito przyswaja coraz mniej, gdy stan odżywiania dostatecznie się podniósł. Stąd też i jednocześnie zatrzymywanie azotu w późniejszych okresach badania było mniejsze, niż w początkach.

Tablica II.

Liczby średnie z rozbiorów moczu, oraz rozbiory kału w I. szeregu doświadczeń.

Kwas siarkowy oznaczony jest w tablicy niniejszej, zarówno jak w tab. IV. w wartościach $BaSO_4$. Odsetki w nawiasie przy ilościach amoniaku oznaczają stosunek ilościowy amoniaku do azotu całkowitego moczu(współczynnik), odsetki przy liczbach azotu zatrzymanego — stosunek do ilości azotu wprowadzonego.

Przeciętnie na dobę w grm.	I. Okres kontroli	II. Kwas mleczny	III. Kontrola	IV. Kontrola	V. NaHO	VI. Kwas mleczny	VII. Kontrola	VIII. Lakto-bacylina	IX. Kontrola	X. Mleko słodkie	XI. Mleko kwaśne
	26. XI. do 28. XI.	29. XI. do 2. XII.	3. XII. do 6. XII.	7. XII. do 10. XII.	11. XII. do 14. XII.	15. XII. do 18. XII.	19. XII. do 22. XII.	23. XII. do 26. XII.	27. XII. do 30. XII.	31. XII. do 3. I.	4. I. do 7. I.
Mocz (ccm)	557	585	635	635	673	725	753	707	725	525	540
Azot całkowity	2,7950	2,9764	3,4948	3,2852	3,1723	3,3718	3.6733	3,4032	3,7007	2.6072	2,0849
Amoniak	0,2744 (9.8%)	0,2443 (8,2%)	0.3072 (8,8%)	0,2675 (8,1%)	0,2374 (7,4%)	0,2813 (8,3%)	0,3285 (8,9%)	0,2659 (7,8%)	0.3165 (8,6%)	0.1979 (7,6%)	0,2164 (10,4%)
H_2SO_4 całkow.	0.5347	0,6388	0,6655	0,4826	0,5353	0,6525	0,8669	0,7239	0,8613	0.5565	0,4752
Eterosiarczany	0,0856	0,0819	0,1930	0,1117	0,0726	0,1914	0,0753	0,0537	0,1798	0,0924	0,2074
KCl + NaCl	6,7866	7,2961	7,4371	7,0307	6.3107	5,9914	6,5858	6,4818	7,3834	7.4466	6,9336
Cl (jako NaCl)	7,0182	7,1370	7,239	7,112	6,8595	7,395	7,3745	7,2114	7,2500	7'4550	7,776
Kał (w grm)	39	32,3	38	41,5	37,5	43	49,8	46.3	41	42,5	52,5
Suchej substan.	12.67	12,4	14,23	16,24	15,6	17.2	18.71	15,35	14,59	16,01	19,98
% suchej subst.	32,48%	38,48%	37,44%	39,12%	41,59	39,93%	37,60%	33,19%	35,58%	37,67%	38,06%
Azot	0,7105	0.6618	0,7322	0.8215	0,7966	6,8654	6,9570	0,8109	0,8632	0,6128	0,6509
Tłuszcz	1,6329	1,3306	1,3415	1,2005	1,2506	1,2467	1,7441	1,1414	1,0089	0,9802	1,1247
KCl + NeCl	0,0545	0,0339	0,0387	—	—	—	—	—	—	—	—
Zatrzymano N.	2,3221 (39,8%)	2,1894 (37,5%)	1,6006 (27,4%)	1,7209 (29,5%)	1,8577 (31,8%)	1,5904 (27,2%)	1,1973 (20,5%)	1,6135 (27,7%)	1,2637 (21,6%)	0,2849 (8,1%)	6,7691 (21,9%)

W każdym razie ze stwierdzenia coraz słabszego przyswajania wynika wskazówka praktyczna, że przy badaniach porównawczych objawy polepszenia przyswajania (zmniejszenie ilości kału, pozostałości suchej, azotu w kale i t. d.) mają większą siłę dowodową, niż objawy odwrotne (zwiększenie kału i t. d.[10]), czyli że zjawisko omawiane wzmacnia siłę dowodową danych, wskazujących na wzmożenie przyswajania.

Na tablicach naszych mamy właśnie w okresach z »odczynem kwaśnym« »dowodne« zachowanie się danych. W dwóch doświadczeniach z kwasem mlecznym (Tabl. II, okresy I, II, III i tabl. IV, okresy VII, VIII, IX) przy pokarmie zakwaszonym, zarówno dzienne ilości kału, jak ilość pozostałości suchej, azotu i tłuszczu były w tym kale niezawodnie mniejsze, niż w okresach kontrolnych i po powrocie do pożywienia pierwotnego (niekwaśnego) wzrastały napowrót zarówno ilości kału, jak azotu i t. d. Fakt ostatni widzimy i w doświadczeniu II. z kwasem mlecznym (tabl. II, okresy VI i VII), gdzie bezpośrednio przed podaniem pokarmu kwaśnego stosowano pokarm zasadowy.

Ale i przy zakwaszeniu pokarmu kwasem solnym ilości kału, pozostałości suchej oraz azotu także się zmniejszyły[11]) (tabl. IV, okresy III, IV, V), co jest tem bardziej godne uwagi, iż doświadczenie z kwasem solnym było, zdaje się, doświadczeniem »toksycznem«, jedynem w ciągu naszych poszukiwań, o ile właśnie można było to wnosić z pojawienia się pewnej ilości śluzu w kale. Zarazem kał okazał się

[10]) Przy badaniu wpływu dużych ilości tłuszczu (loc. cit.), mieliśmy przed sobą właśnie tę mniej dowodną kombinacyę danych, jednakże po odstawieniu tłuszczu następował zwrot przyswajania i przeróbki materyi ku lepszemu, co dowodziło, iż uprzednie pogorszenie przyswajania było stotnie skutkiem dużych ilości tłuszczu, a nie samoistne.

[11]) W zgodności z powyższem stoi fakt lepszego przyswajania białka w jelicie, który stwierdził v. Tabora (Zeitschr. f. klin. Medicin, 1904, tom 53) u chorych z brakiem soku żołądkowego (achylia) przy przyjmowaniu — wprawdzie większych — ilości kwasu solnego.

rzadszy (spadek pozost. suchej o 9%), niż przed zadaniem kwasu solnego: tymczasem we wszystkich doświadczeniach z kwasem mlecznym pokarm zakwaszony wywoływał wyraźne zgęszczenie kału, n. p. w 1. odpowiedniem doświadczeniu wzmożenie pozostałości suchej z 32·48% do 38·48%); w doświadczeniu III z 22·37% do 26·98% i t. d.

Tylko przy stosowaniu mleka kwaśnego (Miecznikowa) nie spostrzegaliśmy ani zmniejszenia ilości kału, ani zmniejszenia pozostałości suchej, azotu i tłuszczu w kale: przeciwnie odpowiednie liczby wypadły przy mleku kwaśnem wyższe, niż przy słodkiem (wzmożenie substancyi suchej z 16·01% do 19·98%) tak, że prawdopodobnem nawet było upośledzenie przyswajania. Jednakże kał przy mleku kwaśnem był gęstszy, niż przy słodkiem, to jest podobnie, jak bywa przy kwasie mlecznym. Tutaj należy podnieść okoliczność, że i mleko słodkie okazywało kwasotę 18—20$^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, mleko kwaśne 80—90[12]) tak, że przeciwstawienie odczynów nie było w doświadczeniach tych tak określone, jak przy pokarmie mięsno-ryżowym, z drugiej strony kwaśność mleka Miecznikowa mogła już być stosunkowo za wysoka, by — w zestawieniu z mniej kwaśnem mlekiem słodkiem — przyswajanie okazało się polepszone.

Jakże zachowywał się odczyn zasadowy?

Wbrew wszelkiemu oczekiwaniu w dwóch doświadczeniach (tabl. II, okresy IV, V i VI i tabl. IV, okresy V, VI, VII) zarówno ilości kału, jak suchej substancyi w kale okazały się przy pokarmie alkalizowanym mniejsze (sucha substancya wprawdzie nieznacznie), niż przy pokarmie normalnym. Wynik ten był w dośw. I. tembardziej uderzający, że przy zastosowaniu bezpośrednio po ługu pokarmu z kwasem mlecznym stan przyswajania wypadł właśnie na niekorzyść odczynu kwaśnego (chyba z wyjątkiem jednego tłuszczu): więcej kału, suchej substancyi i azotu w kale, niż przy zasadzie. Jednakże dowodność tego doświadczenia porównawczego okazuje się bardzo problematyczną wobec wyników drugiego doświadczenia z ługiem (tabl. IV.), w którem mimo zmniejszenia się pozostałości suchej w kale w okresie ługowym nie zmniejszyła się ani ilość azotu, ani tłuszczu, raczej nawet się zwiększyła. Wogóle podniecenie przyswajania przez odczyn zasadowy nie okazuje się ani stałe, ani pewne, a jednocześnie powstaje pytanie, czy urządzenie powyższego doświadczenia porównawczego, t. j. bezpośrednie stosowanie pokarmu kwaśnego po zasadowym było zupełnie celowe, czy właśnie wpływ pomyślny pokarmu zakwaszonego (najsłabiej w tem doświadczeniu) nie został unicestwiony przez działanie następowe alkalizacyi.

Ilość wody w kale zmniejszała się przy alkalizowaniu pokarmu, sądząc z doświadczenia porównawczego (tabl. II), chyba jeszcze w stopniu wyższym, niż przy nakwaszaniu. Kał »zasadowy«, zwracał jednak uwagę swą nadzwyczajną suchością i zbitością, co utrudniało psu wypróżnienia: tego rodzaju zmian nie zauważyliśmy przy kwasie mlecznym, ani mleku kwaśnem i t. d., a zmian tych nie można było uważać za celowe i pożyteczne.

Całość działania pokarmu zasadowego nie okazywała tedy żadnej korzyści i przewagi nad działaniem pokarmu zakwaszonego i z wyników spostrzeżeń naszych możemy uważać za dowiedziony tylko fakt, że umiarkowane zakwaszenie pokarmu wzmaga zupełnie wyraźnie przyswajanie w przewodzie pokarmowym[13]). I fakt ten przedstawia mi się tem pewniejszym, iż zdobyto go w doświadczeniach na psach, które według doświad-

Tablica III.

Rozbiory moczu w II. szeregu doświadczeń.

Data	Ilość moczu w cm.³	Ciężar gatunk.	Azot całkowity	Amoniak	Uwaga
6 II.	620	1015	2,8984	0,1497	Okres kontrolny. Waga psa 7320 grm.
7	550	1015	2,6550	0,1816	Wprowadzono wody w pokarmie 695 gr (moczu dziennie 575 gr).
8	650	1014	2,6423	0,1569	
9	480	1016	2,8537	0,1646	
10	550	1015	3,0183	0,1886	Laktobacylina 0·5 gr. dziennie. Wprow. wody 695 gr (mocz 595 cc).
11	660	1013	2,8502	0.1844	Idem.
12	600	1014	2,8349	0,1449	Idem.
13	560	1015	2,8451	0,1565	Idem.
14	650	1013	3,0334	0,2073	Kontrola. Wpr. wody 690 gr (mocz 645 cc).
15	680	1014	3,3511	0,1468	
16	640	1013	3.1865	0.2113	
17	610	1014	3,2851	0,2169	
18	620	1015	2,9569	0,2205	HCl 0·5 gr dziennie. Wody wprow. 690 gr (moczu 600).
19	600	1013	2,9569	0,2286	HCl 0 75 gr.
20	650	1014	3.0381	0,2807	HCl 0 75 « Waga psa 7850 grm.
21	530	1015	2,8004	0,2356	HCl 0.5 gr.
22	520	1017	3,2231	0,2509	Kontrola. Wody wprow. 690 (moczu 510 cc).
23	480	1016	2,6338	0,2134	
24	570	1015	2,8669	0,2027	
25	470	1017	2,6266	0,1916	
26	530	1016	3,0697	0,2356	NaHO — 10 ccm $^1/_5$ N. Wprow. wody 690 (moczu 558).
27	500	1017	3,2759	0,1778	Idem.
28	620	1014	3,2444	0,1889	Idem.
29	580	1016	3,4476	0,1989	Idem.
1 III.	580	1017	3,8307	0,1915	Kontrola. Wprow. wody 690 (moczu 520).
2	550	1015	3,2973	0,2096	
3	480	1019	3,6581	0,2073	Waga psa 8300 gr.
4	470	1019	3,4381	0,2507	
5	540	1017	3,3196	0,2195	Kw. mleczny 2 gr. Wprow. wody 690 grm (moczu 508 cc).
6	520	1019	3,1072	0,1849	Idem.
7	560	1017	3,6986	0,2489	Idem.
8	410	1020	3.2912	0,1302	Idem.
9	430	1020	3,3862	0,1857	Kontrola. Wprow. wody 690 (moczu 508).
10	520	1018	3,4344	0,1736	
11	560	1017	3,3003	0,2489	
12	520	1018	3,6194	0,2773	
13	350	1019	2,8532	0,1463	Laktobacylina (zabita) 0·5 gr. Wprow. wody 690 (mocz 485).
14	640	1018	4,4252	0,2344	Idem.
15	500	1020	7,0203	0,4417	Idem.
16	440	1021			Idem. Waga psa 8620 gr.

[12]) Według własnych oznaczeń kontrolnych kwaśnościom powyższym odpowiadała ilość 0·6 gr (przy używaniu mleka słodkiego) i 2·6 gr (przy mleku kwaśnem) preparatu kwasu mlecznego, przezemnie posiadanego i stosowanego.

[13]) W każdym razie wzmożenie przyswajania przy odczynie kwaśnym nie było tak wybitne, jak przy laktobacylinie (p. tablice), a przytem wobec faktu, iż pomimo wzmożonego przyswajania białka i tłuszczu z pokarmu zakwaszonego, spadek pozostałości suchej (t. j. białko + tłuszcz + węglowodany wzgl. celluloza + popiół) w kale był nieznaczny, wypada, iż odczyn kwaśny w przeciwstawieniu do laktobacyliny najmniej wzmaga przyswajanie węglowodanów.

Tablica IV.

Liczby średnie z rozbiorów moczu, oraz rozbiory kału w II. szeregu doświadczeń.

Przeciętnie na dobę w grm.	I. Okres kontroli 6. II. do 9. II.	II. Lakto-bacylina 10. II. do 13. II.	III. Kontrola 14. II. do 17. II.	IV. HCl 18. II. do 21. II.	V. Kontrola 22. II. do 25. II.	VI. NaHO 26. II. do 29. II.	VII. Kontrola 1. III. do 4. III.	VIII. Kwas mleczny 5. III. do 8. III.	IX. Kontrola 9. III. do 12 III.	X. Lakto-bacylina 13. III. do 16. III.
Mocz (ccm)	575	593	645	600	510	558	520	508	508	485
Azot całkow	2,7623	2,8871	3,2140	2,9391	2,8376	3,2596	3,5560	3,3699	3,4351	3,5747
Amoniak	0,1632 (5,8%)	0,1688 (5,7%)	0,1956 (6,1%)	0,2414 (8,2%)	0.2145 (7,6%)	0,2003 (6,1%)	0.2148 (6,0%)	0,1959 (5,8%)	0,2214 (6,4%)	0,2181 (6,1%)
H_2SO_4 całkow.	0,5704	0,5806	0,7121	0,5380	0,5834	0,6578	0,5699	0,7308	0,8039	0,8749
Eterosiarczany	0,1035	0,1221	0,1754	0,1224	0,0959	0,1093	0,2250	0,1565	0,0873	0,1455
KCl + NaCl	6,2698	6,9298	6,8473	6,9408	6,2301	7,1672	6,9763	6,6543	6.3742	7,0344
Cl (jako NaCl)	7,13	7,2285	7,6110	7,8000	6,8340	7,2475	6,968	7,0035	7.2065	6,984
Kał w (grm)	45,8	32,8	41,5	53,3	63	55,8	70	57,3	64,3	55,5
Suchej pozostał.	17,04	14,05	15,26	14,75	17,11	16,87	15,92	15,44	17,5	15,42
% such. pozostał.	37,24%	42,88%	36,78%	27,70	27.16%	30,27%	22,37%	26,98%	27,25%	27,77%
Azot	0,6979	0,6335	0,7323	0,7201	0,8276	0,8579	0,8738	0,8032	0,9191	0.7521
Tłuszcz	1,778	1,5858	1,2790	1,281	1,7669	1,8641	1,4502	1,0949	1,3716	1,3054
KCl + NaCl	—	—	—	—	—	—	0,1104	0,1916	0,1757	—
Zatrzymano N.*	2,475 (41,7%)	2,4146 (40,6%)	1,9889 (31,8%	2,2760 (38,%)	2,2700 (38,2%)	1,8177 (30,6%)	1,5054 (25,3%)	1,7621 (29,6%)	1,5810 (26,6%)	1,6084 (27,1%)

czenia zwykłego, codziennego, daleko mniej »nadają się« do kwasu, niż człowiek (jak wiadomo, psy odwracają się bardzo często od takiego pokarmu, jak n. p. barszcz). Być więc może, że w doświadczeniach na ludziach fakt omawiany wypadłby jeszcze dobitniej, niż w moich na psach.

(Dok nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Albu. **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr. 17). Różnorodność poglądów na leczenie tej sprawy (Riedel — natychmiastowa operacya, Baurget — olej rącznikowy, Pel — makowiec) pochodzi zdaniem autora z różnorodności sprawy tak pod względem anatomiczno-patologicznym, jak i klinicznym. A. sądzi, że zasadniczą sprawą jest trafne rozróżnianie spraw ciężkich, w których przebiegu wchodzi w rachubę zabieg chirurgiczny, od lekkich, które leczą się najlepiej spokojem, dyetą i okładem Prysznicowskim lub lodowym. Już olejek rącznikowy i tak zachwalany makowiec są zbędne, zwłaszcza makowiec, a oba te środki w pewnych przypadkach mogą być nawet szkodliwe, co A. stara się uzasadnić. W sprawie rozpoznawania, a następnie operowania postaci przewlekłych trzeba pamiętać o tem, że jedynie wzmożenie ograniczone oporności i bolesności pozwala rozpoznawać zapalenie wyrostka, oraz, że ograniczone zrosty wyrostka, jakoteż jego drobnokomórkowe nacieczenie są sprawą ze stanowiska anatomiczno-patologicznego zwykłą i nieszkodliwą: nie zawsze też wyjęcie takiego wyrostka usuwa bole.

Dr Maryan Godlewski.

Beisch. **Radyologiczne badania zdrowego i chorego żołądka.** (*Med. Klinik.* 1908, Nr 17). Radyologiczne badanie żołądka zapomocą bizmutu wyjaśniło wiele szczegółów, dotąd mało znanych lub mylnie tłómaczonych. I tak dotąd sądzono, że prawidłowy żołądek leży poziomo, lub co najwyżej trochę skośnie. Tymczasem badania radyologiczne stwierdziły, że żołądek zwykle właśnie leży podłużnie do osi ciała (pionowo u człowieka stojącego). Dno leży tuż pod lewą kopułą przepony, a odźwiernik trochę nad pępkiem w linii środkowej, lub nieco na lewo, a wrazie wypełnienia żołądka przechodzi trochę na prawo. Odźwiernik nie jest zwykle najniższym punktem, lecz leży trochę wyżej, przez co cały żołądek przybiera kształt rogu. Położenie i kształt żołądka zależą bardzo od ułożenia ciała. Przy położeniu nawznak posuwa się żołądek ku górze, przy położeniu na prawy bok przybiera formę podkowy, a przy położeniu na lewy bok więcej się spłaszcza. W warunkach prawidłowych znika cień bizmutu z żołądka w 2—3 godzin, co oddać może usługi przy ocenianiu mechanizmu i sprawności żołądka. Badania radyologiczne pozwalają prócz tego rozpoznawać różne cierpienia i zboczenia chorobowe, jak zrosty, przykurczenia, żołądek klepsydrowaty, położenie nowotworów i t. d. Przed badaniem wypompowuje się żołądek, a następnie napełnia się go 200 gramami jakiejś gęstej miazgi, n. p. kaszy z 30 gm bizmutu i 20 gm cukru mlecznego. Cukier podaje się celem poprawy smaku i zapobieżenia zaparciu stolca po bizmucie. Należy tylko zachować ostrożność z podaniem bizmutu u dzieci. *K.*

Rosenbaum. **Doświadczenia z surowicą krwi w przebiegu raka żołądka i jelit.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr 9). Dziwaczna teorya Kellinga, odnosząca nowotwory do rozrostu pewnych komórek nie danego ustroju, ale ustroju obcego zarodkowego, wprowadzonego do przewodu pokarmowego (zarodek kurczęcia, świni i t. d.), spotkała się z żywemi zaprzeczeniami. Niemniej jednak postanowił R. przeprowadzić w myśl K. szereg badań serologicznych, wychodząc z tej zasady, że w każdym razie mogą te badania oddać pewne usługi we wczesnem rozpoznaniu nowotworów złośliwych. K. wychodzi z założenia, że surowica krwi ludzi, dotkniętych nowotworem, rozpuszcza silniej ciałka czerwone krwi pewnych zwierząt (kura, świnia, wół, owca), niż surowica ludzi, nie dotkniętych tem cierpieniem. Doświadczenia te dały wedle R. wyniki zachęcające, przyczem zauważył R., że można mozolny tok doświadczeń K. nieco uprościć; doświadczenia z krwią wołową i owczą można bowiem pominąć, z dwóch zaś seryi doświadczeń (obacz oryginał pracy) można się tylko na drugiej ograniczyć. *Dr M. Godlewski.*

Sievert: **Oznaczenie prawej granicy żołądka przy ruchowym niedowładzie żołądka.** (*Archiv. f. Verdauungskr.* T. XIII. Z. 4). Według badań S. prawa granica żołądka sięga przy prawidłowej sprawności ruchowej średnio do 6 ctm od linii środkowej brzucha. W przypadkach, w których sprawność ruchowa osłabła lub też w przypadkach stałego rozszerzenia napotyka się granicę prawą o 3—4 cm dalej, a zatem na 9—10 cm od linii środkowej. Granicę dolną znalazł S. średnio 2—5 cm powyżej pępka. W przypadkach chorobowych obniża się granica coraz bardziej, leżąc w takich razach średnio również 9—10 cm niżej. S. stwierdził również, że przesunięcie prawej granicy żołądka jest tem większe, im większe jest zwiśnięcie żołądka ku dołowi. Objawy te tłómaczy S. rozdęciem tej części żołądka, która do wpustu przytyka, oraz rozdęciem dolnych ścian pod działaniem ciężaru zalegających pokarmów. *Schudmak.*

Robin. **O chwilowem zwężeniu odźwiernika i chwilowym zastoju pokarmów w żołądku w ogólności.** (*Archiv. f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). R. zwraca uwagę na istnienie chwilowego zwężenia odźwiernika, występującego u osób, które cierpiały na wrzód żołądka. Pod wpływem podrażnienia pokarmami okolicy zbliznowaciałej wytworzyć się może obrzęk błony śluzowej odźwiernika, kilka dni trwający, a wywołujący zupełną niedrożność. Już po stosunkowo bardzo krótkim czasie chorzy wracają pod wpływem odpowiedniego leczenia do względnego zdrowia. Jako podobną chorobę przytacza R. tak zwaną ostrą niedomogę żołądka, wiodącą do chwilowego zastoju pokarmów, a polegającą na osłabieniu ścian żołądkowych (a zatem bez zmian odźwiernika). Do ścisłego rozpoznania wiedzie tylko ba-

danie treści żołądka naczczo zapomocą zgłębnika. Dla ułatwienia rozpoznania radzi R. do kolacyi próbnej, podanej choremu dnia poprzedniego, dodać 1 gr bizmutu (*magist. bismuthi*), który nazajutrz wykryć się daje w czczym żołądku w postaci licznych czarnych kryształków siarczku bizmutu. Siarczek bizmutu tworzy się bowiem przez działanie H_2S na azotan bizmutowy zasadowy, a siarkowodór jest niewątpliwym dowodem rozkładu pokarmów w żołądku, powstającego zazwyczaj przy osłabieniu siły mechanicznej żołądka (*stasis benigna*). *Schudmak.*

Torsten I. Son Hellmann. **O desmoidowym odczynie Sahliego.** (*Archiv. f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). Spostrzeżenia Schmidta dowiodły, że niegotowana tkanka łączna zostaje przez sok żołądkowy strawiona, natomiast sok trzustkowy wcale jej nie trawi. Sahli, opierając się na tem, podał sposób badania soku żołądkowego bez zgłębnika. Podaje on mianowicie kapsułki zawierające błękit metylenowy lub jodoform, owinięte szczelnie błoną z niegotowanej tkanki łącznej. W razie obecności kwasu solnego i pepsyny w żołądku zostaje błona strawiona, a uwolniona zawartość zostaje wchłonięta przez błonę śluzową żołądka i można ją potem stwierdzić w moczu. Kapsułki takie znajdują się już teraz w handlu pod nazwą kapsułek desmoidowych Sahliego. Temi też kapsułkami, zawierającemi błękit metylenowy, posługiwali się autorowie w swoich doświadczeniach mających służyć do wyjaśnienia dość sprzecznych zdań co do znaczenia próby Sahliego. Doświadczenia ich odnoszą się do całego szeregu (238) przypadków różnych chorób żołądka, przy których sprawdzono wyniki, otrzymane zapomocą odczynu desmoidowego, porównując je z wynikami, uzyskanymi przez badanie treści żołądkowej zapomocą zgłębnika. W większości przypadków były wyniki zupełnie zgodne, tj. błękit metylenowy pojawiał się po 8 godzinach w moczu, gdy w treści żołądka znajdował się kwas solny i pepsyna; bardzo rzadko pojawiał się atoli błękit w moczu także, mimo braku kwasu solnego w żołądku. Autorowie przypisują znaczenie próbie Sahliego tylko w tych przypadkach, w których zgłębnik z jakichkolwiek powodów do żołądka wprowadzony być nie może. Prób chemicznych, wykonywanych przy pomocy zgłębnika, próba powyższa nie zastąpi. *Schudmak.*

Feldmann. **Śpiączka w okręgu Schirati.** (*Deuts. med. Wochs.* 1908, Nr 14). F. stwierdził, że niekoniecznym warunkiem życia dla muchy *glossina palpalis* jest obecność krokodyla, ponieważ znajdować się ona może w okolicach nadrzecznych, gdzie krokodyli nie ma, a znajdują się olbrzymie jaszczurki. Krew tych jaszczurek stwierdził F. w żołądku muchy. Na zwalczanie epidemii zapatruje się F. zgodnie z Kochem; za najważniejsze uważa przesiedlanie ludności z okolic zakażonych, leczenie chorych w założonych na ten cel barakach. Mniejsze natomiast znaczenie przypisuje wycinaniu krzaków nadrzecznych, ponieważ tylko ograniczone ogniska można w ten sposób usunąć. W czasie pory suchej radzi F. urządzać obławy na krokodyle i jaszczurki. Prócz tego radzi 4 razy rocznie badać całą ludność zdrową ze względu na zakażenie trypanosomami, a w razie jego stwierdzenia odosobnić i leczyć chorego. *Dr Skórczewski.*

Georgopulos. **Leczenie zimnicy atoksylem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). Badania przemawiają za wprost leczniczem działaniem atoksylu w zimnicy. G. zużywał ogółem w ciągu 18-dniowego leczenia 4½ gr atoksylu, na raz wstrzykiwał pół gr i to przez pierwsze trzy dni codziennie, następnie wykonywał 3 wstrzykiwania co drugi i tyleż co trzeci dzień. Trzeba jednak liczyć się z możliwością objawów zatrucia.

Dr M. Godlewski.

Pedyatrya.

Comby. **Krzyki w kile wrodzonej.** (*Arch. de méd. des enf.* I. 1908). Sisto i Gaing zwrócili uwagę, że krzyki u niemowląt mogą polegać na kile wrodzonej. W niektórych przypadkach krzyki są jedynym objawem zakażenia, w innych udaje się stwierdzić i inne objawy, lub przynajmniej udowodnić u matki poprzedzające porody przedwczesne lub poronienia. Dziecko rodzi się pozornie zdrowe. Dopiero po paru tygodniach zaczyna bez powodu płakać i krzyczeć dniem i nocą. Krzyki te mogą doprowadzić do rozpaczy matkę i rodzinę. Przypuszcza się zwykle zaburzenia żołądkowo-jelitowe i zmienia żywienie, wszystko pozostaje bez skutku: dopiero przy zastosowaniu leczenia rtęciowego dziecko w krótkim czasie uspokaja się. Jako podstawę przyjąć należy zmiany kostne lub okostne, za czem przemawiałoby to, że dolegliwości widocznie niekiedy zwiększają się przy ruchu i że w niektórych przypadkach stwierdzano tkliwość nasad kostnych. Autor do przypadków Sista i Gainga dodaje 5 własnych spostrzeżeń, zebranych w ciągu kilku tygodni, coby dowodziło, że ta sprawa wcale nie jest rzadka. *Lewkowicz.*

Nobécourt i Merklen. **Wydzielanie chlorków i białkomocz w przebiegu płonicy.** (*Arch. de méd. des enf.* II. 1908). Autorowie przy żadnej dyecie, czy chodziło o dyetę mleczną, bezchlorkową, czy chlorkową, nie stwierdzili zatrzymania chlorków. Zdawałoby się więc, że co do wydzielania soli jakość dyety jest obojętna. Jednak przy dyecie mlecznej wydzielanie (*crises chloruriques*) zdarza się najrzadziej. Podobnie lekki białkomocz zdarza się znacznie częściej u dzieci, nie trzymanych na dyecie mlecznej. Dlatego N. i M. są za zatrzymaniem klasycznej dyety mlecznej w płonicy przynajmniej przez pierwsze 15—21 dni choroby. Później, jeżeli się bada mocz codziennie, można dyetę urozmaicić, zachowując jednak dla mleka pierwsze miejsce. *Lewkowicz.*

Leroux. **Gruźlica gruczołów tchawiczo-oskrzelowych i jej stosunek do przewlekłej gruźlicy płucnej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enf.* 1908. II). Na podstawie 500 spostrzeżeń, w których prowadzono w dispensoryum latami równolegle badanie kliniczne i badanie radyoskopijne, dochodzi L. do następujących wniosków. Początek gruźlicy narządu oddechowego może być dwojaki. Albo sprawa zaczyna się klinicznie od gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, a następnie dopiero zajmuje szczyty płuc, albo szczyt jest zajęty pierwotnie, a gruczoły wtórorzędnie. Pierwsze zdarza się częściej u dzieci młodszych, drugie u starszych od 6-go, a przeważnie dopiero od 11-go roku życia. Obie postacie przechodzą następnie w gruźlicę gruczołowo-płucną i nie różnią się w dalszym przebiegu.

Kombinacya zmian gruczołowych z płucnemi wytwarza w objawach pewną zawiłość. Mianowicie, jeżeli powiększenie gruczołów jest znaczne, albo ich stosunek do tchawicy i oskrzeli jest ścisły, to pewne objawy powiększenia gruczołów (szmery oskrzelowe, głównie wydechowe) rozpromieniają się ku szczytom i niesłusznie mogą być uważane za objawy szczytowe. Rozpoznanie tego rozbrzmiewania opierać się powinno na następujących szczegółach: 1) Szmery zaostrzone lub oskrzelowe, chuchające i to wdech, ale szczególniej wydech, jednak bez bronchofonii, bez wzmożenia drżenia i bez przytłumienia, które z reguły się zjawia, jeżeli wydech oskrzelowy jest zależny od gruźlicy szczytu. 2) Zmniejszanie się nasilenia objawów fizycznych od dołu ku górze, t. j. od 2 albo 3 kręgu piersiowego ku szczytowi i od mostka ku zewnętrznej części okolicy podobojczykowej. 3) Objawy znacznie wyraźniejsze w dołku nadgrzebieniowym, aniżeli pod obojczykiem. 4) Przeźroczystość szczytów, choć wyniki radyoskopii nie są tutaj pewne. Przeciwnie jeżeli bronchofonia i wzmożenie drżenia są wyraźne, istnieje prawdopodobieństwo zmiany szczytu, a jeżeli zjawi się lekkie przytępienie odgłosu opukowego, zmiana jest pewną. Taksamo, jeżeli istnieje zaburzenie rytmu oddechowego pod obojczykiem (wdech słaby, przerywany) a nie ma objawów w dołku nadgrzebieniowym, można wyłączyć rozpromienianie się objawów od gruczołów.

Co do następstwa objawów, to podobnie jak w gruźlicy płuc czystej, może i tu jako pierwszy objaw wystąpić osłabienie i przerywanie wdechu. W wielu przypadkach jednak od początku stwierdza się wdech zaostrzony, wydech chuchający, niekiedy nawet od razu bronchofonię, co należy tłómaczyć obecnością szmerów gruczołowych, które wzmacniają objawy szczytowe.

Dla rozpoznania początkowych zmian szczytowych radyoskopia nie ma wielkiego znaczenia, przeciwnie wykrywa ona prawie zawsze zmiany w gruczołach i może być wyzyskana do wczesnego stwierdzania sprawy. Ma to doniosłość praktyczną. Gruźlica gruczołowa jest bowiem w połowie przypadków przy zastosowaniu leczenia klimatycznego klinicznie uleczalna, a wyleczenie jej zapobiega rozprzestrzenieniu się sprawy na płuca. *Lewkowicz.*

Paul. **Leczenie błonicy pyocyanazą i oporność prątka błoniczego.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 14). P. stosował pyocyanazę w 54 przypadkach błonicy. Tylko w 6 przypadkach o lekkim przebiegu stosował ją samą i zauważył w 2 przypadkach polepszenie ogólne i miejscowe, rozpuszczanie się błon i zmniejszanie się ich. Również stwierdził to rozpuszczanie się, a właściwie pęcznienie i rozpływanie się błon *in vitro* na błonach, wyjętych z tchawicy. W 12 przypadkach musiał prócz pyocyanazy w dalszym przebiegu choroby użyć surowicy przeciwbłoniczej, po której dopiero następowało polepszenie. W 24 przypadkach stosował równocześuie pyocyanazę z surowicą; chodziło tu o przypadki ciężkie; u 6 chorych musiano wykonać tracheotomię, u 6 nastąpiła śmierć. Prócz tego stwierdzał P. u szeregu zdrowych i ozdrowieńców wpływ stosowania pyocyanazy na

obecność prątków błoniczych w gardle i w nosie. Z doświadczeń tych wynika, że pyocyanaza nie usuwa prątków, ponieważ znajdowano je mimo leczenia pyocyanazą, a nawet u jednego dziecka po leczeniu wystąpiła ostra błonica. Ponieważ w kilku przypadkach sekcyjnych stwierdzono ostry nieżyt żołądka, starał się P. zbadać doświadczalnie u zwierząt wpływ pyocyanazy na błonę śluzową żołądka; doświadczenia te wypadły ujemnie. Z ubocznego działania pyocyanazy zauważył P. biegunkę po połknięciu tego środka. P. poleca stosować pyocyanazę zawsze razem ze surowicą; stwierdza jej pożyteczność w usuwaniu cuchnienia z ust i zmniejszaniu błon i sądzi, że w ciężkich przypadkach działanie jej zawodzi. *Dr Skórczewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 28. kwietnia 1908.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił dwa przypadki **postępującego zaniku mięśni typu mięśniowego.** Przypadki te dotyczyły dwojga rodzeństwa, dziewczynki 13-letniej i jej brata 11-letniego. Choroba u obojga rozpoczęła się przed 5—6 laty stopniowem osłabieniem mięśni kręgosłupa, co utrudniało im chodzenie, podnoszenie się i t. p. Badanie u obojga stwierdza osłabienie i zwiotczenie wszystkich mięśni w bardzo wybitnym stopniu. U dziewczynki stwierdzić można: zupełną niemożność wstawania i unoszenia się, unoszenia rąk ku górze, wybitny zanik mięśni w obu pasach barkowych, w przedramionach, w tułowiu, w pasie miedniczym i w obu biodrach, gdy ruchy w kiściach i stopach są zachowane. U chłopca najwięcej ucierpiały mięśnie tułowia i pasa miedniczego. U obojga widać wybitne wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód kaczkowaty. Niektóre mięśnie w stanie rzekomego przerostu (wybitny rozwój tkanki tłuszczowej). Brak zaburzeń czucia, brak drgań włókienkowych, zniesienie wszystkich odruchów ścięgien, wybitne obniżenie oddziaływania mięśni na prąd elektryczny bez odczynu zwyrodnienia. — Układ mięśniowy u reszty rodzeństwa prawidłowy. Mając na względzie 1) rozwój choroby od wczesnego dzieciństwa, 2) występowanie jej rodzinne, 3) siedzibę cierpienia (mięśnie tułowia i pasa miedniczego i barkowego), 4) brak w zanikłych mięśniach drgania włókienkowego, 5) przerost tłuszczowy niektórych mięśni, 6) brak odczynu zwyrodnienia, wyłącza mówca u przedstawionych dzieci zanik mięśni typu rdzeniowego, lub obwodowego nerwowego (*neuritis*), a rozpoznaje postępujący zanik mięśni pochodzenia mięśniowego (myopatycznego).

2) Borzymowski i Kopczyński St. przedstawili przypadek pomyślnie **operowanego ropnia mózgu.**

Kopczyński zdaje sprawę ze strony klinicznej. Chory, 17-letni uczeń szewski, we wrześniu r. z. został uderzony przez kolegę ostrzem pilnika w głowę. Natychmiast upadł i stracił przytomność na chwilę. Rana goiła się stosunkowo dobrze, lecz jednocześnie chory zauważył, że ciężko mu chodzić, że trudno mu mówić, i że zjawiają się częste bole głowy. W grudniu, gdy chory znalazł się na oddziale mówcy, stwierdzono, co następuje: Chory apatyczny, senny; na środku linii prostopadłej do lewego ucha widać bliznę o średnicy pół centymetra; czaszka w tem miejscu bolesna. Chory chodząc, utyka na prawą nogę, prawą ręką włada niezręcznie, widać w niej bezład, zmysł stereognostyczny wybitnie upośledzony. Prawy nerw twarzowy i prawy podjęzykowy działają słabiej, niż lewe. Pobudliwość na dotyk, ból, ciepło i zimno na prawej połowie ciała z wyjątkiem twarzy i stopy niemal zniesiona. Odruchy ścięgien mięśnia dwugłowego, trójgłowego na prawej ręce i odruch kolanowy prawy, żywsze, niż po stronie lewej; mowa dyzartryczna; wyrazy słyszane rozumie chory dobrze, powtarza często mylnie. Widzi, jak przez mgłę. Na dnie oka obustronna tarcza zastoinowa. Mówca rozpoznał ograniczone ropienie mózgu. Na podstawie uszkodzenia przeważnie zmysłu mięśniowego i sfery czuciowej wobec nieznacznego upośledzenia sfery ruchowej oznaczył mówca siedzibę cierpienia w przednim zakręcie środkowym (*gyrus centralis anterior*) i lewym ciemieniowym (*g. parietalis*), które to części uważane są za ośrodki czucia. W grudniu dokonano trepanacyi na miejscu blizny, lecz nie znaleziono nawet przy próbnem przekłuciu ropy. Stan chorego stopniowo się pogarszał; ciepłota była prawidłowa; tętno stawało się coraz powolniejsze, bywało 56 uderzeń na minutę. W 9 dni później dokonał kol. Borzymowski drugiej operacyi i w okolicy płatu ciemieniowego na głębokości 5—6 ctm., igłą Pravaza trafił na ropę. Ropę wypuszczono zapomocą trójgrańca, który na pewien czas zostawiono w ranie dla odprowadzenia ropy. Stan chorego znacznie się poprawił, chory zaczął lepiej władać prawą ręką, mniej się zacinał w mowie. Poprawa ta jednak trwała zaledwie kilka dni, poczem stan się znów pogorszył. Wyjęto znów trójgraniec; wylało się znów sporo ropy i stan powtórnie zaczął się poprawiać. 29. I. r. b. chory dostał nagle napadu prawostronnej padaczki Jacksona, która w kilka dni się powtórzyła. Stan wybitnie się pogarszał, tak że 7. II. b. r. dokonano trzeciej operacyi. Rozszerzono poprzednią ranę i znowu znaleziono ropień, który wązkim kanałem łączył się z drugim ropniem, położonym więcej ku tyłowi. Ropnie opróżniono. Stan chorego stopniowo się poprawiał, lecz w ciągu następnych kilku tygodni powtarzały się jeszcze kilkakrotnie napady prawostronnej padaczki Jacksona. Odtąd napadów nie było.

Stan obecny chorego: Rana zagojona, ogólny stan dobry, chory chodzi dobrze, siła ruchowa w prawych kończynach niemal zupełnie dobra. Ślady prawostronnego niedowładu kurczowego. Pobudliwość na wszystkie rodzaje czucia zniesiona na całej prawej połowie ciała z wyjątkiem prawej połowy twarzy i prawej stopy. Zmysł stereognostyczny w prawej dłoni zupełnie zniesiony. Bezład ruchów w prawej ręce nieznaczny. Dno oka prawidłowe w zewnętrznych górnych częściach pola widzenia. Mówca objaśnił siedzibę obecnych zmian anatomicznych w mózgu: zniszczenie przeważnie podkorowe dróg czuciowych, biegnących w tylnej części torebki wewnętrznej w kierunku promienistym ku korze mózgowej w zakręcie środkowym (*gyrus centralis posterior*) i ciemieniowym po stronie lewej, nieznaczne uszkodzenie pewnych włókien w pasmie wzrokowem (*tractus opticus*). W przebiegu klinicznym podniósł prelegent powolny rozwój ropnia, obecność drgawek padaczkowych korowych i tarczy zastoinowej, co rzadko bywa przy ropniach mózgu, brak wahań gorączkowych, zwolnienie tętna i silne bole głowy.

Borzymowski uzupełnia jeszcze niektóre szczegóły z wywiadów i podaje opis zabiegu operacyjnego. Zwraca przytem uwagę na jeden szczegół rozpoznawczy, pomijany przez wielu chirurgów, a mianowicie na obrzęk skóry czaszki na miejscu projekcyi ropnia mózgu. Aby uniknąć zakażenia ropą opon mózgowych, nie otwierał mówca cięciem ropnia (przy pierwszej operacyi), lecz pozostawił w tkance mózgowej trójgraniec, przez który stopniowo odpływała ropa.

Dyskusya: Borsuk przytacza własne spostrzeżenie, gdzie osobnik w kilka lat po usunięciu ropnia mózgu dostał padaczki. — Krauze podaje opis przez siebie spostrzeganego ropnia mózgu i podkreśla, że i w jego przypadkach ropnie mózgowe przebiegały bez gorączki, albo też przy nieznacznych jej stopniach. To zachowanie się ciepłoty posiada wielkie znaczenie przy rozróżnieniu ropnia tkanki mózgowej od ropnia opon mózgowych (w tym drugim — gorączka).

3) Karwacki wypowiedział rzecz: **O zarazku ospowym.** Na wstępie podał pokrótce odpowiednie, a niezmiernie bogate piśmiennictwo, z którego widać, że prawie wszystkie typy bakteryi kolejno uchodziły za zarazek swoisty. Punktem wyjścia badań prelegenta nad zarazkiem ospy było przypuszczenie, że pasorzyt ten należy do rodziny krętków, i że tem samem jest wielopostaciowy, jak krętek blady. W grudniu i styczniu dokonał mówca szeregu posiewów treści pęcherzyków i krwi u chorych na ospę na swojej pożywce specyalnej. Wyniki otrzymał następujące: W 12 przypadkach dostał czystą hodowlę pewnego określonego pasorzyta, w 3 hodowle mieszane z paciorkowcem typu Ruetego. Drobnoustroje mają postać ziarenek różnej wielkości od wymiarów gronkowca aż do nieskończenie małych punkcików; w wiszącej kropli niektóre z nich posiadały ruch dowolny. Leżały pojedynczo lub w gromadkach. Po zabarwieniu sposobem Giemsy gromadki składały się z nadzwyczaj delikatnych blado-fioletowych ziarenek, zabarwionych często tylko na obwodzie, i z ciemno-fioletowych jednostajnych ziaren, leżących pośród pierwszych. Większe ziarna ciemno-fioletowe spotyka się najczęściej pojedynczo, czasem w dwójkach lub czwórkach. Dalszy rozwój pasorzytów następował w ten sposób, że ziarno z jednego lub dwóch końców puszczało rodzaj bardzo delikatnych pędów o wyglądzie włosków. Powstawał wtedy twór o postaci gwoździa lub wrzeciona. Środkowe zgrubienie rozpuszczało się w końcowych przedłużeniach i powstawał rodzaj delikatnej cienkiej laseczki o typie przecinka, lecz znacznie subtelniejszej. Twory te przy ciepłocie pokojowej wyrastały w długie nitki, zgięte zgoła nieregularnie. Część nitek miała rodzaj

przydatków w postaci bardzo grubych ziarn, leżących bądź u jednego z końców nitki, bądź w części środkowej, bądź tylko przylegających do nitki.

Hodowle płynne nie mają nic swoistego. Hodowla ma zapach, zbliżony do odoru ospowych. Na agarze bezbarwny lepki nalot.

Hodowla, uzyskana ze krwi chorego na ospę w styczniu, i przesiewana kilkanaście razy na pożywki płynne, w kwietniu została posiana na agarze, a po 2 dniach zawieszona w wodzie peptonowej. Zawiesiną tą K. zaszczepił cielę na brzuchu. Po 3 dniach w miejscu szczepienia i w sąsiedztwie powstała grudkowata wysypka; po 5 dniach poczęły występować pęcherzyki. W miejscach, gdzie zawiesinę wcierano dokładniej, pęcherze ropne zlewały się na znacznej przestrzeni. Poczynając od 3 dnia, wycinano wykwity do badania histologicznego. Dalsze badania w toku. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5. maja r. b.

Korybut-Daszkiewicz wygłosił rzecz: **O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci.** Opierając się na wynikach badań pośmiertnych w Warsz. Domu wychowawczym, na spostrzeżeniach szpitalnych i z praktyki prywatnej, dochodzi prelegent do wniosków następujących: 1) Zapalenie miedniczek nerkowych jest dość częstą chorobą wieku dziecięcego. 2) Bardzo stosunkowo rzadkie rozpoznawanie tego cierpienia zależy od zaniedbywania badań mikroskopowych moczu. 3) Choroba zdarza się daleko częściej u dziewcząt, niż u chłopców. 4) Istnieje niezawodnie pewne usposobienie dziedziczne do tego cierpienia. 5) Zapalenie miedniczek nerkowych jest najczęściej cierpieniem wtórnem, chociaż niewątpliwie bywają i sprawy pierwotne. 6) Często zapalenia te poprzedza cierpienie pęcherza moczowego, lecz zdarzają się one i przy zdrowym pęcherzu. 7) Najczęściej chorobę tę wywołuje lasecznik okrężnicy. 8) Objawy ogólne są tak mało znamienne, że jedynie badanie moczu (szczególniej drobnowidowe) rozpoznanie ustalić może. 9) W postaciach lżejszych nieżytowych mocz prawie nigdy nie zawiera białka surowiczego, w postaciach cięższych bywa go bardzo niewiele. 10) Obecność komórek wrzecionowatych nie jest konieczną dla rozpoznawania tego cierpienia. 11) Białe ciałka krwi mają w tej chorobie swoistą postać, są napęczniałe, perełkowate. 12) Rokowanie w postaciach niepowikłanych jest dobre. Za najskuteczniejsze środki lecznicze (prócz odpowiedniej dyety i wód alkalicznych) prelegent uważa: salol, urotropinę, a szczególnie ichtalbinę. Dokonany przez prelegenta przegląd piśmiennictwa dowodzi, że sprawą, w mowie będącą, mało się dotąd zajmowano, i że panują o niej bardzo sprzeczne poglądy. *J. L.*

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.

II.

Praga, 9. czerwca.

Jak wspomnieliśmy w liście wczorajszym, »Komitet lekarzy słowiańskich«, który, zdawało się, że jest już pogrzebany, został wskrzeszony i odbył dwa posiedzenia 7. i 8. czerwca. Pobudką ideową do tego wskrzeszenia był nastrój, wywołany znaną pielgrzymką delegatów Słowian austryackich: Kramarza, Hribara i Hlibowickiego do Petersburga i Warszawy, oraz głębsze odczucie potrzeby jednoczenia się Słowian wobec agresywnej postawy Germanów; wreszcie przybycie do Pragi petersburskiego profesora Dra Otta, prezesa Komitetu lekarzy słowiańskich, który w r. 1900 podjął się wyjednać taką zmianę statutu Zjazdów lekarzy rosyjskich, któraby równouprawniła wszystkie języki słowiańskie. Do składu »Komitetu lekarzy słowiańskich«, wybranego d. 9. sierpnia 1900 r. podczas Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu, należeli: Przewodniczący Prof. Ott (Petersburg); zastępcy: Prof. Hlava (Praga) i Prof. Wicherkiewicz (Kraków); sekretarz generalny Pešina (Praga); skarbnik Subbotić (Belgrad); sekretarze narodowi: Botkin (Rosya), Kwaśnicki (Polska), Čačković (Kroacya), Russow (Bułgarya), Kobryński (Ruś), Šlajmer (Slawonia), Danic (Serbia), Sieminowicz (Słowianie w Ameryce). Na tem zgromadzeniu w Paryżu zapadły następujące uchwały: 1) Prof. Ott bierze na siebie trud wypracowania statutu; 2) Prof. Pešina ułoży plan »Związku redaktorów pism lekarskich słowiańskich«; 3) Prof. Gundrum ma się zająć sprawą założenia czasopisma »*Revue médicale slave*«; 4)Doc. Veselý zbada sprawę zorganizowania Zjazdów narodowych lekarskich w tych krajach, gdzie ich jeszcze nie było; 5) Dr Semerad poda wyniki swojej pracy nad sprawą terminologii lekarskiej słowiańskiej. Wszytkie te postulaty miały być urzeczywistnione w roku następnym (1901) podczas III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, który miał być pierwszym lekarskim Zjazdem międzysłowiańskim. Na Zjazd ten nie przybył jednak Prof. Ott i najważniejsi referenci, a Komitet lekarzy słowiańskich odbył parę posiedzeń w tym składzie, jaki znalazł się na Zjeździe w Pradze. Przy braku statutu rozprawy miały charakter więcej teoretyczny; »Komitet lekarzy słowiańskich« nie wyszedł poza granicę uchwał i postanowień, powziętych w Paryżu i rozszedł się z uczuciem, że chyba nie istnieją warunki, sprzyjające jego działalności, oraz że wznowienie tej działalności wtenczas dopiero stanie się możebne, gdy system wewnętrznej polityki w carstwie rosyjskiem przybierze cechy rządu konstytucyjnego, równouprawniającego języki słowiańskie na Zjazdach i przyzwalającego na Zjazdy naukowe na całym obszarze Rosyi. Wypadki na Dalekim Wschodzie, które nastąpiły po nieudałem zgromadzeniu »Komitetu lekarzy słowiańskich« w Pradze, jak również reformy rządowe i społeczne, które zaszły w Rosyi, zdawały się sprzyjać wznowieniu działalności »Komitetu lekarzy słowiańskich«; byliśmy już więc ideowo przygotowani, gdy Prof. Pešina rozesłał zaproszenie na posiedzenie w d. 7. i 8. czerwca.

Z członków Komitetu, wybranych w Paryżu 1900 r., znaleźli się w Pradze i przybyli na posiedzenie: Przewodniczący Prof. Ott, zastępca przewodniczącego Prof. Wicherkiewicz, sekretarz generalny Prof. Pešina, skarbnik Subbotić, oraz członkowie: Dr Kwaśnicki, Dr Semerad, Dr Šlajmer i Prof. Veselý. Komitet zaprosił na te posiedzenia grono gości. W przebiegu tych dwóch posiedzeń rozprawiano nad następującemi zagadnieniami: 1) Czy wobec powszechnie znanego faktu prześladowania Kroatów i Słowaków przez Węgrów nie należałoby Słowianom wstrzymać się od udziału w przyszłorocznym Międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie? Sprawa ta została podniesiona z powodu, że wśród lekarzy czeskich jest znaczny odłam, przemawiający gorąco za wstrzymaniem się od tego udziału. Komitet jednomyślnie prawie uchwalił wziąć udział w Zjeździe peszteńskim, opierając się na tej zasadzie, że nauka jest międzynarodowa, i że ta miara, którą przykładamy do Zjazdów narodowych, nie da się zastosować do Zjazdów międzynarodowych. 2) Drugie pytanie dotyczyło sprawy, czy nie należałoby podczas przyszłorocznego Zjazdu w Peszcie, gdzie »Komitet lekarzy słowiańskich« ma być czynny, ażeby lekarze słowiańscy oświadczyli się przeciw gnębieniu Kroatów i Słowaków w Królestwie węgierskiem? Wniosek ten nie uzyskał poparcia, a to dlatego, że demonstracya taka mogłaby tylko szkodzić Słowianom węgierskim, a powtóre — z przyczyn zasadniczych: albo Komitet lekarzy słowiańskich zalicza do obowiązkowego zakresu swego działania protestowanie przeciw gnębieniu Słowian wogóle i oświadczać się przeciw niemu będzie wszędzie, albo wyłączy ze swego programu tego rodzaju politykę, która, jak to łatwo przewidzieć, mogłaby wzniecić przeciwieństwa w łonie samego Komitetu i narazić na niepewność jego istnienie. To, że wnioskodawca, mówiąc o gnębieniu Kroatów i Słowaków, nie wspomniał o pół milionie Rusinów na Zakarpaciu, co mu wytknął ukrainiec Dr Gwozdecki, wystarczyło, by zostawić wątpliwość, czy tu się stało proste przeoczenie, czy też świadome przemilczenie z tego tylko powodu, że Rusini mieszkają nietylko na Węgrzech, ale i po obu stronach Dniepru. 3) Wniosek domagania się, by jeden z języków słowiańskich został zaliczony do oficyalnych na międzynarodowych Zjazdach lekarskich, obok francuskiego, angielskiego i niemieckiego, upadł również. Poruszyć sprawę pierwszeństwa jednego z języków słowiańskich, to tyle, co »dmuchnąć w ul«: nimby się zgodzono na wybranie naczelnego języka słowiańskiego, któregoby notabene Zjazdy międzynarodowe nigdy nie przyjęły do liczby urzędowych, sama dyskusya osłabiłaby spójność Komitetu lekarzy słowiańskich, a możeby zachwiała jego istnieniem. 4) Rezygnacyi Prof. Otta z prezesostwa w Komitecie lekarzy słowiańskich nie przyjęto i uproszono go o zatrzymanie tego stanowiska jeszcze na rok jeden. Prof. Ott uzasadniał swoją rezygnacyę tem, że może mniej ma bezpośrednich bodźców do działania, gdyż »w Rosyi Słowian nie prześladuje się«; inaczej rzecz się ma na Zachodzie Słowiańszczyzny. Na propozycyę, ażeby przewodnictwo objął prof. Wicherkiewicz, polscy delegaci sprzeciwili się, by na stanowisku prezesa postawić Polaka, gdyż główna zapora do przeprowadzenia postulatów Komitetu lekarzy słowiańskich spoczywa w Rosyi, a do usunięcia tej zapory nie jest powołany Polak, lecz Rosyanin, i to zajmujący wpływowe stanowisko, i tak ustosunkowany, jak Prof. Ott. Cofnięcie rezygnacyi przez Prof. Otta na rok jeden dyskusyę przerwało. 5) Wniosek, ażeby

Komitet lekarzy słowiańskich miał swoich reprezentantów w Zjeździe delegatów narodów słowiańskich, który ma się odbyć 12-go lipca t. r. w Pradze, po porozumieniu się z Drem Kramarzem przeszedł jednomyślnie. Reprezentacyę tę ma stanowić zarząd Komitetu, t. j.: Prezes prof. Ott, jego zastępcy: Prof. Hlava i Prof. Wicherkiewicz, oraz sekretarz generalny prof. Pešina. Prof. Wicherkiewicz wyraził powątpiewanie, czy będzie mógł przybyć na ten Zjazd, i prosił o wyznaczenie mu zastępcy, na którego Komitet wybrał Dra Kwaśnickiego. 6) Opracowania i wydania »Balneologii krajów słowiańskich« podjął się czcigodny Prof. S. Zaleski (z Petersburga) wraz z Drem Veselým (z Luhaczowic). — Wreszcie wznowiono postulaty z roku 1900: 7) Wydawanie przez lekarzy słowiańskich czasopisma lekarskiego w języku francuskim. 8) Doprowadzenie do skutku Zjazdów lekarskich międzysłowiańskich po otrzymaniu równouprawnienia wszystkich języków słowiańskich na Zjazdach rosyjskich. 8) Zbliżenie terminologii lekarskiej u narodów słowiańskich.

Mgławica słowiańska z każdym dniem przybiera wyrazistsze kształty. Stary panslawizm nie był czem innem, jak tylko złośliwą fantazyą na tle instynktów zaborczych; a gdy mu szpony przycięto przed paru laty, przeobraził się pod kierunkiem innych już ludzi w neoslawizm, który, zachowując pierwiastki etyczne i narodowe poszczególnych narodów słowiańskich, ma widoki powodzenia i zwycięstwa. Wglądając jednak głębiej w duszę zgromadzonych i obradujących Słowian, dostrzega się w niej jakąś niepewność przyszłości, a może nawet i wzajemną nieufność; ten nastrój psychiczny wymaga nadzwyczajnego taktu, ażeby tej chwiejności nie zmienić w odporność, ażeby jakiemś niedomówieniem nie obudzić podejrzenia o chęć supremacyi jednych nad drugimi. Ażeby w tym rozczynie wzajemności (na razie nie jedności) słowiańskiej mogły spokojnie wytwarzać się pojedyncze kryształy konglomeratu słowiańskiego o wspólnem jądrze ideowem, trzeba się raz na zawsze rozstać z myślą bezpostaciej bryły słowiańskiej: Słowiańszczyzna zespolona musi pozostać konglomeratem pojedynczych, dobrze wykształconych kryształów. Ażeby tego procesu wykrystalizowywania się nie zamącić, Komitet lekarzy słowiańskich powinien na razie wyłączyć z zakresu swego działania bieżącą politykę praktyczną, a skupić swoją pracę nad zagadnieniami kulturalno-zawodowemi i postawić na porządku dziennym swych obrad w Peszcie tylko wnioski dobrane, należycie rozważone i do uchwał dojrzałe.

Dr August Kwaśnicki.

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

Chirurgia klatki piersiowej (III dzień obrad).

25) Brauer (Marburg): **Lecznicze znaczenie sztucznej odmy piersiowej.** Wytwarzanie sztucznej odmy piersiowej nie przedstawia niebezpieczeństw. Wynik leczniczy spostrzegał B. u 60 chorych, głównie przy gruźlicy płuc i rozszerzeniach oskrzeli. Wcale dobre wyniki osiąga się przy gruźlicy. Ciepłota często opada, ilość plwociny zmniejsza się, prątki z niej znikają, ciężar ciała wzrasta, krwotoki ustępują. W kilku przypadkach nie było jednak żadnego wyniku. W przypadkach sekcyonowanych zauważono w płucach obraz, przemawiający wybitnie za skłonnością do gojenia się sprawy. Przeciwwskazaniem do tego leczenia jest sprawa obustronna.

26) Küttner (Wrocław): **Dalsze doświadczenia nad operacyami w wolnej klatce piersiowej.** K. omawia swoich 18 operacyi śródpiersiowych. 9 razy operował przy zmniejszonem i 9 przy zwiększonem ciśnieniu według Brauera, które przekłada nad zmniejszonem. Operacye śródpiersiowe raka przełyku dają zwykle wynik niepomyślny.

27) Friedrich (Marburg): **W sprawie operacyi jednostronnej gruźlicy płuc.** Operacyjne leczenie gruźlicy płuc uważa F. za wskazane w przypadkach jednostronnej, a ciągle pogarszającej się sprawy. F. usuwa zupełnie 2—10 żebro, przez co uruchomienie klatki piersiowej jest ogromne. W przypadkach swych uzyskał F. wybitne wyniki, jak spadek ciepłoty, zmniejszenie się ilości plwocin i wzrost wagi.

28) Friedrich: **Przystosowanie się płuc do wielkich ubytków.** F. przedstawia preparaty z psów, u których przed rokiem usunął całe płuco. Zabieg ten znoszą zwierzęta w razie dokładnego zaopatrzenia oskrzeli bardzo dobrze. W miejsce wyjętego płuca przesuwa się serce, a drugie płuco rozszerza się znacznie, przepona zaś podnosi się znacznie ku górze.

29) Seidel (Drezno): **Wycięcie chrząstki żebrowej przy gruźlicy szczytów płuc.** S. zachęca do operacyi Freunda, którą wykonał w początkowych okresach gruźlicy w 2 przypadkach z wynikiem dobrym.

30) Dreyer (Wrocław): **Porównawcze badania doświadczalne nad zwiększonem i zmniejszonem ciśnieniem** doprowadziły D. do wniosku, że oba postępowania uważać należy za równoznaczące.

31) Schmieden (Berlin): **Zwiększone ciśnienie przy sztucznym oddechu i uśpieniu.** S. również nie spostrzegał wielkiej różnicy między postępowaniem przy zwiększonem lub zmniejszonem ciśnieniu. Poleca przyrząd Brata, gdzie źródłem zwiększonego ciśnienia jest bomba, wypełniona tlenem lub ścieśnionem powietrzem. Przyrząd przy zastosowaniu intubacyi sposobem Kuhna okazał się doskonałym przy sztucznem oddychaniu z powodu zaburzeń oddechu w uśpieniu. Przy wycinaniu przełyku śródpiersiowem radzi S. zaszywać kikuty, wyrzec się ich połączenia, a chorych odżywiać przez założoną przedtem przetokę żołądkową.

32) Sauerbruch (Marburg): **Przyczynek do chirurgii płuc.** S. poleca operacyę w swej komorze. Operował 8 raków przełyku, wszystkie z wynikiem niepomyślnym. Operować należy dwuczasowo.

Dyskusya: Kuhn (Kassel) poleca intubacyę swoim sposobem. — Henke (Dortmund) poleca swoją maskę, która ma zastępować używanie zmienionego ciśnienia, w co jednak Eiselsberg (Wiedeń) wątpi. — Kausch (Berlin) przytacza swój pomyślnie zakończony przypadek wycięcia chrząstek żebrowych przy gruźlicy. — Wullstein (Halle) radzi uzyskiwać ruchomość przez przeszczepianie na opłucną skóry stroną zewnętrzną; włosy po ogoleniu nie odrastają. — W odpowiedzi Brauer (sprawozdawca) odrzuca maski, bo w razie wymiotów łatwo przy tem nastąpić może zachłyśnięcie; również wszelkie przyrządy z wentylami i ciężkiemi rurami uważa B. za niedostateczne.

33) F. König (Altona): **Złamanie żeber i urazowa odma opłucna.** Przy urazowej silnej odmie opłucnej po złamaniu żeber radzi K. otworzyć opłucnę w miejscu złamania i płuco w ranie umocować, by zapobiedz zapadaniu się płuca.

34) Föderl (Wiedeń): **Leczenie promienicy.** F. poleca gorąco wstrzykiwania kakodylanu sodowego; leczył w ten sposób 6 przypadków; wstrzykuje w okolicę pośladków. — Schlange zwraca uwagę na bezskuteczność jodu w promienicy. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Popieranie zdrojowisk polskich. Zdaniem Dr Mikołajskiego (»Głos lek.« 12) nie można obwiniać wyłącznie dzienników galicyjskich o zaniedbanie w tej sprawie; »Kuryer lwowski« pomieścił przed sezonem artykuł Dr Mikołajskiego, a »Nowa Reforma« artykuł Dr Czopa. Równocześnie to samo zdanie wyraża »Kuryer lwowski« (Nr 273). Zdaniem »Kuryera« winić należy raczej lekarzy zdrojowych, że nie rozesłali na czas do pism politycznych stosownych artykułów, dalej oba Komitety bojkotowe lekarskie we Lwowie i w Krakowie, Ligę pomocy przemysłowej, Towarzystwo balneologów polskich, Komisye przemysłowolekarskie w Towarzystwach lekarskich lwowskiem i krakowskiem, Zarządy zdrojowisk naszych i t. d.

Zarzuty to w pewnej mierze słuszne, ale nie zmienią one w niczem faktu, że prasa codzienna galicyjska w sprawie tej z małymi wyjątkami zachowywała się obojętnie. Pojawienie się dwóch artykułów w »Kuryerze lwowskim«, a jednego w »Nowej Reformie« nie można przecież nazwać ani szeroką, ani energiczną akcyą. Dzienniki warszawskie zdobyły się na to, aby sprawę zdrojowisk poruszać w obszernych artykułach co parę dni, a nawet poświęcać jej w kilkunastu numerach z rzędu szereg szczegółowych artykułów, pisanych za staraniem redakcyi i przez dziennikarzy; redakcye warszawskie wysyłały nawet osobnego delegata (dziennikarza, nie lekarza) dla zebrania danych o zdrojowiskach galicyjskich. Czemuż prasa codzienna galicyjska o niczem podobnem nawet nie pomyślała?

Inicyatywa w tej sprawie wyjśćby mogła od lekarzy, będących stałymi referentami działu lekarsko-sanitarnego w dziennikach; ale samo wykonanie jest rzeczą czysto dziennikarską. Coprawda, z wyjątkiem »Kuryera lwowskiego«, żaden inny dziennik galicyjski nie ma obecnie zawodowego referenta spraw lekarskich i higienicznych i o sprawy te wogóle mało się nasza prasa troszczy w przeciwieństwie do prasy zagranicznej i zakordonowej. Gdybyż przynajmniej chciano korzystać z gotowego materyału, zawartego w naszych czasopismach lekarskich i higienicznych! Ale i to nawet zdarza się tylko wyjątkowo. R.

Walka z gruźlicą w Niemczech. Główny Komitet przeciwgruźliczy niemiecki odbył w d. 27. V. doroczne Zgromadzenie. Ze sprawozdania sekretarza generalnego, Prof. Dr Nietnera, wynika, że Komitet ten liczy obecnie 1,539 członków. Na budowę sanatoryów i inne zakłady przeciwgruźlicze udzielił Komitet w r. z. 278,000 mk. zasiłków. Zakłady ubezpieczeń uczestniczą coraz żywiej w walce z gruźlicą; obecnie starają się one tworzyć małe schroniska dla nieuleczalnych suchotników. Również kasy chorych i zarządy gminne łożą coraz więcej na zwalczanie gruźlicy, zwłaszcza na tworzenie »opiek« (dyspensatoryów) i schronisk leśnych (Walderholungsstätten). Sanatoryów ludowych jest obecnie w Niemczech 99 z 10,539 łóżkami, oprócz tego jest 36 sanatoryów prywatnych z 2,175 łóżkami; wogóle może się obecnie leczyć rocznie w sanatoryach niemieckich 50,500 chorych. Dla dzieci chorych na gruźlicę jest 18 zakładów a 837 łóżek, dla zołzowatych 73 zakłady, a 6,843 łóżek. W toku jest budowa 3 dalszych sanatoryów ludowych o 180 łóżkach. »Opiek« działa 175, oprócz tego działa w Baden 481 miejscowych komitetów, zorganizowanych przez kobiece Towarzystwo przeciwgruźlicze. Schronisk leśnych jest 82 i 3 »szkoły w lesie«. Komitet utworzył też ruchome muzeum przeciwgruźlicze. *R.*

Lekarze szpitalni w Pradze wypowiedzieli swe posady, ponieważ nie uwzględniono ich prośby o uregulowanie płac i stosunków służbowych. *R.*

Dom lekarski w Maryenbadzie. Towarzystwo domu lekarskiego w Maryenbadzie zebrało dotąd ze składek różnych Towarzystw lekarskich i t. p., oraz z opłat członków 4.707 koron i uzyskało w darze od zakonu Premonstratensów, jako właściciela Maryenbadu, grunt pod budowę. Zanim jednak stanie dom osobny, zdołał Komitet na r. b. zapewnić w maju i wrześniu (od połowy sierpnia) pomieszczenia bezpłatne dla 40 kolegów, potrzebujących leczenia, oraz uzyskać ulgi w hotelach, restauracyach i t. p. Na sezon tegoroczny zgłosiło się 37 chorych kolegów. Rychłe uzyskanie własnego domu zależy od poparcia, jakiego całemu przedsięwzięciu udzielą lekarze, towerzystwa lekarskie i prasa. Członkowie zwyczajni (lekarze) opłacają 5 koron rocznie. Zgłaszać się należy do Komitetu (Vorstand des Vereins zur Errichtung eines Erholungsheimes für Ärzte in Marienbad: Dr Stark, Dr Grimm, Dr Zörkendörfer). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 2, Hranki 2), Bohorodczany (Dźwiniacz 1), Buczacz (Trościaniec 10), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 6), Horodenka (Żywaczów 9), Jaworów (Drohomyśl 2), Kamionka (Majdan stary 3), Mościska (Czerniawa 3, Hodynie 1), Rawa (Biała 1, Kamienna góra 1, Potylicz 1, Zamek 4), Skałat (Krasne 3), Sokal (Wolica komorowska 7), Stryj (Tuchla 3, Orawczyk 7, Łęgi chodowieckie 4), Zborów (Pleśniany 2, Zborów 1) i nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Brzesko (Łętowice 2, Czyżów 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 5; zmarło osób 42 (w tem obcych 13), z nich z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 4. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 1), krztuśca 11 † 1, płonicy 6 (2), odry 7 (1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. VI. 1908 posiedzenie (w klinice okulistycznej), na którem Prof. Wicherkiewicz, oraz Dr Witaliński i Berezowski przedstawili chorych z kliniki. Wykłady odłożono do następnego posiedzenia.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył d. 1. VI. 1907 posiedzenie, na którem przewodniczący R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz poświęcił gorące słowa wspomnienia ś. p. Namiestnikowi hr. Potockiemu, poczem odczytano pismo śląskiej Izby lekarskiej z prośbą o wydelegowanie jednego z członków do Wiedniu na zjazd, mający się odbyć w sprawie podwyższenia płac lekarzy b. kolei północnej. Delegatem wybrano wiceprezydenta Dra Schoenguta. Na zapytanie dwóch kolegów,—wezwanych przez oddziały podatkowe starostwa do wydania opinii jako znawcy w sprawie dochodów kolegów, — jak mają postąpić, odpowiedziała Izba, że wezwani winni się na żądanie władzy stawić, ale wyjaśnienia udzielić mogą tylko po poprzedniem porozumieniu się z kolegami, o których chodzi. Następnie załatwiono szereg drobnych spraw.

— Na ostatniem posiedzeniu Komisyi administracyjnej krakowskiej sekcyi krajowego Komitetu ochrony dzieci uchwalono na zasadzie referatów Prof. Dr Lewkowicza i adw. Dr Olearskiego: 1) konieczność urządzenia osobnego zakładu dla osesków, 2) możebność oddawania niemowląt w opiekę prywatną pod ścisłym nadzorem lekarskim, o ileby zakład był przepełniony. Zakład powinien mieć organizacyę szpitalną i pozostawać pod kierunkiem lekarza. Uchwalono też zwrócić się do Rady m. Krakowa z prośbą, aby z okazyi jubileuszu cesarskiego przeznaczyła znaczniejszą kwotę na założenie krajowego Zakładu podrzutków w Krakowie lub najbliższej okolicy.

— Walne Zgromadzenie kraj. Związku lekarzy (dawniej »Samopomocy«) odbędzie się w Krakowie d. 27. VI. b. r. (Porządek dzienny obacz niżej).

— II. Zjazd balneologiczny polski odbędzie się z końcem września b. r. w Zakopanem. Na Zjazd zgłoszono już kilka referatów.

— Zamiast wieńca na trumnę bł. p. Dra A. Kirschnera złożyło Towarzystwo lekarskie krakowskie 30 K na cele szpitala izraelickiego w Krakowie.

Lwów. Towarzystwo higieniczne miało w r. 1907 — 279 członków; organ Towarzystwa »Przegląd higieniczny«, rozchodził się w 533 egzemplarzach. Wydział Towarzystwa odbył 4 posiedzenia, posiedzeń naukowych odbyło się 8, wykładów 8. Wydano w wielkiej ilości egzemplarzy broszurę Prof. Popielskiego »O działaniu alkoholu na organizm«, a przygotowuje się wydanie broszury »Ochrona przed chorobami płciowemi«, oraz »O racyonalnem karmieniu niemowląt«. Towarzystwo zamierza wnieść do władz memoryał w sprawie zaopatrzenia gmin w wodę i w sprawie wychowania fizycznego młodzieży; o zredagowanie memoryałów zwrócono się do inż. Maślanki i Dra Piaseckiego. Dochody Towarzystwa wynosiły 3,079 K (w tem subwencye kraju i miasta 1,000 K, wkładki członków 655·40 K), rozchody 1,995 K; pozostałość na r. 1908 wynosi 1,083 K.

— Rada miejska uchwaliła już dawniej w zasadzie urządzić »Park Jordana« na Żelaznej Wodzie. Obecnie jednak pojawiła się myśl, by urządzenia parku poniechać, a ograniczyć się tylko do założenia boiska w sąsiedztwie boisk Towarzystwa zabaw ruchowych.

Warszawa. Biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach, założone przy warszawskiem Towarzystwie higienicznem, okazało się instytucyą bardzo potrzebną, codziennie bowiem napływa po kilka zapytań, na które Biuro zaraz odpowiada. Niestety niektóre zdrojowiska nie dostarczyły Biuru jeszcze żadnych danych, a przedewszystkiem (prócz Krynicy) galicyjskie. Wszelkie nawoływania do popierania zdrojowisk krajowych nie na wiele się przydadzą, jeśli te zdrojowiska same nie troszczą się o swój interes.

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi utrzymywało w r. 1907 w przytułku w Drewnicy 170 chorych przez 36,520 dni zakładowych. Koszt jednego dnia wynosił tylko 59·4 kop.; ogólny wydatek całoroczny 23,000 rb. Niestety liczy Towarzystwo zaledwo 278 członków; zamierzone rozszerzenie zakładu i budowa drugiego przytułku w Karolinie (dla nerwowo chorych) zależy od ofiarności społeczeństwa.

— W Kielcach otwarto przy szpitalu św. Aleksandra oddział izraelicki na 20 łóżek. Ordynatorem mianowany został Dr Józef Lewinson.

— W Birsztanach wskutek podjęcia odpowiednich robót uzyskano nowe źródło, tak obfite, że zasób wody mineralnej w tem zdrojowisku wzrósł prawie w trójnasób.

Z różnych stron. IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich uchwalił na końcowem posiedzeniu ogólnem rezolucyę, domagającą się założenia drugiego uniwersytetu czeskiego. Rezolucya ta ma być w języku francuskim rozesłana wszystkim wszechnicom. Na temże posiedzeniu przemawiał m. i. Prof. Zaleski, prezes Polskiego Związku lekarzy i przyrodników z Petersburga.

— Rozprawy XIV. międzynarodowego Zjazdu higienicznego, odbytego w Berlinie w r. 1907, wyszły właśnie z druku w 4 obszernych tomach, które przesłane zostaną uczestnikom w ciągu czerwca. W handlu księgarskim kosztują rozprawy 50 mk.; można także nabywać każdy tom z osobna (po cenie 6, 14, 20 i 10 mk.).

Mianowani: Dr W. Skórski sekundaryuszem I. klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, Dr W. Wyhowski sekundaryuszem I. kl. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Zmarli:

Dr Józef Weigel,

zmarły we Lwowie, 1. VI., w 65 r. ż., był wychowańcem uniwersytetu wiedeńskiego. Osiadłszy we Lwowie w r. 1869, wkrótce uzyskał sobie szeroką klientelę i uznanie. Przez kilka lat prowadził w zastępstwie Prof. Nagla wykłady w szkole chirurgicznej, a od r. 1872—1878 wykładał w uniwersytecie medycynę sądową dla prawników. Obok ogromnej pracy zawodowej i zajęć dydaktycznych znajdował jeszcze siły i czas na działalność obywatelską (był przez szereg lat radnym miasta), oraz piśmienniczą w zakresie historyi medycyny (ogłosił: »Historya medycyny w wiekach średnich«, »Jan Śniadecki«, »Die Halskrankheiten bei den alten griechischen u. römischen Ärzten«), a niezwykłe wykształcenie ogólne pozwalało mu z zamiłowaniem i znawstwem zajmować się jeszcze sztukami pięknemi. Zalety jego charakteru i głęboka wiedza zjednały mu ogólny szacunek wśród kolegów i społeczeństwa. *R.*

Bł. p. Dr Aron Kirschner.

Znowu ubyła z grona lekarzy krakowskich jedna z najsympatyczniejszych postaci, Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu jeden z najstarszych, najpilniejszych i najbardziej przywiązanych członków. Cichy i skromny, nadzwyczaj sumienny w wypełnianiu swych obowiązków, łagodny i uprzejmy dla chorych, charakter czysty jak kryształ, piękny i prawy, odznaczał się bł. p. Dr Kirschner również wybitnem poczuciem honoru stanu lekarskiego. Nieznużoną pracą i niezmordowanem wypełnianiem obowiązku położył niespożyte zasługi w szczególności dla ludności żydowskiej i pozyskał sobie ogólne uznanie i serca kolegów, zaufanie i szacunek chorych. Bo też i zawód swój lekarski wykonywał z niestygnącym zapałem i zamiłowaniem, uważając go za święte powołanie. Od najmłodszych lat skazany na samopomoc, własną pracą wywalczał sobie byt i wiedzę, tylko swej wytrwałości zawdzięczał ukończenie Wszechnicy Jagiell. i to, że dobił się stanowiska; kiedy przed 35 laty objął posadę sekundaryusza w szpitalu żydowskim przy boku Prof. Oettingera, znalazł tu upragnione szerokie pole działania dla dobra społeczeństwa. Kiedy następnie po Oettingerze objął stanowisko prymaryusza, stał się prawdziwym wzorem dla młodszego pokolenia, jak należy wypełniać swe obowiązki wobec cierpiącej ludzkości. Losem powierzonych sobie chorych przejmował się więcej, niż względami na własną osobę, a wytężająca praca musiała wreszcie nadwerężyć ustrój, który przez tak długie lata odmawiał sobie odpoczynku. Ciężkie schorzenie serca przerwało to życie w dniu 13. b. m. Bł. p. Kirschner zostawił pamięć szlachetnego człowieka, wzorowego lekarza i zacnego kolegi. Toteż na miejsce wiecznego spoczynku odprowadzały go tłumy, zwłaszcza ubogiej ludności, a przemówienia żałobne: Dr Tillesa imieniem Zboru izrael., Prof. Ciechanowskiego imieniem Towarzystwa lek. krak. i Dr Jurowicza imieniem szpitala izrael., nacechowane były szczerym i głębokim żalem.

Dr Jan Landau

Dr Anastazy Sawicki,

prezes Towarzystwa lekarskiego siedleckiego zmarł nagle 14. VI. b. r. Urodzony na Podlasiu w r. 1847, szkoły średnie ukończył w Siedlcach, wszechnicę w Warszawie (1871), poczem przez 3 lata był asystentem kliniki terapeutycznej szpitalnej. Ś. p. Sawicki ogłosił szereg prac z zakresu głównie nauki o wymianie materyi, po polsku, niemiecku i rosyjsku. Od roku 1875 osiadł w Siedlcach, gdzie zjednał sobie powszechny szacunek i miłość kolegów; dowodem tego był niedawny wybór na pierwszego prezesa młodego Towarzystwa lekarskiego siedleckiego. Cześć Jego pamięci! *R.*

Dr Kazimierz Kondratowicz, lekarz w Żydaczowie, w 41 r. ż.; Dr Oskar Modl, lekarz powiatu grojeckiego.

Redakcya otrzymała: Winogrodzki: Higiena, podręcznik dla użytku uczniów i uczenic szkół średnich i samouków. Sambor 1908. Nakładem Tow. przyjaciół młodzieży. Str. 114. — Crandon: Orthopedic Heresics on Feet and Their Treatment. Boston 1908. — Hornowski i Nowicki: Histologische Untersuchungen üb. die Nebennieren bei Arteriosklerose i t. d. »Virch. Arch.« 1908. — Nowicki: Badania nad wyrostkiem robaczkowym. »Tyg. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

VIII. Zwyczajne Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krak. dla obrony ich interesów ekonomicznych i społecznych (dawnego Tow. Samopomocy lekarzy) odbędzie się **w Krakowie w sobotę d. 27. czerwca** o godzinie 6 wieczór w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska 4).

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z II. nadzwyczajnego i VII. zwyczajnego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Dyskusya nad sprawozdaniem. 5) Wybór prezesa, sekretarza, skarbnika, ich zastępców oraz 7 członków Wydziału. 6) Wybór komisyi kontrolującej. 7) Sprawa organizacyi lekarzy w myśl nowego statutu. 8) Wnioski i interpelacye.

Nowe statuty i sprawozdanie będzie członkom rozesłane w najbliższych dniach.

Sekretarz: *Dr Flis.* I. wiceprezes: *Dr W. Damski.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Na podstawie dokładnych historyi chorób stwierdza Podloucky (»Med. Bl.« Nr 12, 1907), że valofin, o zapachu aromatycznym, podobnym do mięty, i takimże smaku, posiada w dawce 15—25 kropli działanie świeżo sporządzonego naparu kozłkowego i nawet przy długiem stosowaniu nie wywołuje niemiłych objawów ubocznych. P. podnosi szczególnie dobry smak tego przetworu. W tymże duchu wyrażają się: Mode, Beddies, Flesch i i. *S. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla").

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś"

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Guajacol Perdynamin

Środek swoisty
przeciw **gruźlicy** w okresie początkowym,
przeciw **skrofulozie,**
przeciw **nieżytowi oskrzeli,**
przeciw **kokluszowi.**

270 b

Środek zapobiegawczy
przy **skłonności do chorób płuc** (wywołanej przez niedokrewność)
przy **ozdrowieniu** po **influency** lub innych chorobach **zakaźnych.**

Próbki i piśmiennictwo [illegible]

d. Mr. Camillo Raupenstrauch, em. aptekarz,
Wiedeń III, Castellezgasse 25.

Części składowe:
12.5 g Natr. sulfoguajacol. na 250 g Perdynam
(Hämoglobin-Saccharat).

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Nowy koncesyonowany krakowski

Zakład desinfekcyjny i czyszczenia mieszkań

przy ul. Mikołajskiej L. 11. 227

p. f. „SANATOR"

Wykonuje desinfekcye po chorobach zakaźnych, czyści okna, wystawy, portale, podłogi, zapuszcza i froteruje posadzki oraz tępi owady, — po cenach niskich. Kilkuletnia praktyka przy prowadzeniu zakładu „Nuntia". Świadectwa i dowody uznania ze strony panów lekarzy i osób prywatnych.

Kąpiele z kwasem węglowym
Kąpiele ze solami naturalnemi
Kąpiele ze solami kw. węglowego
Kąpiele z kwasem węglowym i jodłą, stalą, siarką, ziołami aromat.
Kąpiele tlenowe (czyste)
Kąpiele nasiadowe z kw. węglow.
Kąpiele jodłowe, siarczane 122
Kąpiele z żelazem, z ziołami arom.
i t. d. sporządza się najlepiej, najwygodniej i najtaniej za pomocą

opatent. kołaczyków kąpielowych

Dra SEDLITZKYEGO w HALLEIN

Halleinowska sól ługu macierzystego.

Pastylki słone do wdechiwań.

Lecznicom jak najniższe ceny.

ZAKŁAD ROENTGENA

WYŁĄCZNIE DLA CELÓW LECZNICZYCH

Dra Zygmunta STEUERMARKA

KRAKÓW, UL. STAROWIŚLNA 1. 226

Wskazania do leczenia promieniami Roentgena stanowią:

1) Choroby skórne: eczema, psoriasis, acne, favus, trichophytiasis, sycosis, lupus vulgaris i t. d.
2) Nowotwory: epitheliomata, carcinomata, sarcomata, fibromyomata uteri.
3) Gruźlica kości i gruczołów.
4) Choroby krwi i tkanek limfatycznych: leucaemia, pseudoleukaemia i t. d.
5) Choroba Basedowa, struma, hypertrophia prostatae.



Rok XLVII. Kraków, dnia 27. czerwca 1908. Nr 26

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej c. k. Uniwersytetu Jag. pod kierunkiem Prof. W. Jaworskiego.

Nauka Aleksandra Poehla i wyniki uzyskane jego przetworami w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1906/7.

Podał
Dr Stanisław Szurek, asystent kliniki.

Z końcem zeszłego stulecia jednem z wielkich zagadnień, które poruszało umysły świata lekarskiego i było przedmiotem ożywionych sporów, roztrząsań i badań, zarówno w pracowniach, jak i klinikach, była sprawa organoterapii. Spodziewano się po niej wiele i rokowano, że otworzy nowe horyzonty. Dziś mówi się o niej mało, pisze jeszcze mniej, a na stosy organoterapeutycznych przetworów patrzy się po największej części z lekceważeniem i powątpiewaniem. Z pola widowni na plan drugorzędny, czy nawet trzeciorzędny, zepchnęła ją seroterapia i z nią związane zagadnienia. A jednak zdaje mi się niesłusznie. Organoterapia racyonalna, nie ta empiryczna, o której wzmianki znajdujemy już u starych pisarzy lub która żyje w medycynie ludowej, jest stosunkowo za świeżą i za młodą nauką, by to, co powiedziała i zrobiła dotychczas, mogło być uważane za ostatnie jej słowo i ostateczny wynik tego, do czego ona jeszcze jest zdolna.

Podwaliny organoterapii, t. j. leczenia sokami narządów, położył pierwszy Brown-Séquard, stwarzając w r. 1869 naukę o t. zw. wydzielaniu wewnętrznem. Wedle tej teoryi gruczoły obok istniejącego w danym razie wydzielania zewnętrznego, mają mieć jeszcze wydzielanie wewnętrzne, które na drodze wessania dostarcza tkankom pewnych niezbędnych dla prawidłowego ich życia i czynności istot. W 20 lat potem, w r. 1889, zastosował on tę swoją teoryę do celów medycyny praktycznej, podając do wiadomości, że gruczoły płciowe, a w szczególności jądra »dostarczają krwi albo przez wessanie pewnych istot, które wydzielają, albo w jakiś inny sposób składników, które układowi nerwowemu, a prawdopodobnie także mięśniom dostarczają energii«. Tę teoryę uogólnił on później, wygłaszając zdanie, że wszystkie tkanki ustroju, rzecz obojętna, czy gruczoły lub nie, dostarczają dla ustroju swoistych ciał lub też zaczynów, które wchodzą w krew i za pośrednictwem niej wpływają na czynności biologiczne reszty komórek, w razie braku wywołując ciężkie zaburzenia całego ustroju. Ta nowa nauka zwróciła odrazu na siebie uwagę wielu badaczy, a jakkolwiek badania późniejsze nie potwierdziły w całej rozciągłości przypuszczeń Brown-Séquarda, to jednakowoż nadały tej nowej nauce o wydzielaniu wewnętrznem naukowe prawo obywatelstwa. Z tej nauki o wydzielaniu wewnętrznem wyłoniła się nowoczesna organoterapia.

Po Brown-Séquardzie podjął dalszą pracę w szerokim zakresie Rosyanin Al. Poehl, a podjął ją z energią i wytrwałością podziwu godną. Wychodząc z zasady, że używane dotychczas do wstrzykiwań podskórnych wyciągi z narządów nie były wolne od niebezpieczeństwa ze względu na obecność toksyn, przystąpił on przedewszystkiem, zgodnie z dążeniami nowoczesnej chemii lekarskiej, do żmudnej pracy wyodrębnienia z wyciągów narządów działających składników i określenia ich jakości fizyczno-chemicznej, zadanie, które niewątpliwie obecnie napotyka na olbrzymie przeszkody, a które przyszłość w całości może dopiero pokona. W ten sposób udało mu się za Schreinerem uzyskać w stanie czystym w większej ilości z wyciągów jąder sperminę, która miała jednoczyć w sobie wszystkie lecznicze skutki zawiesiny jądrowej Brown-Séquarda bez jej ujemnych własności. Do tej samej grupy organoterapeutycznych jednostek zaliczyć należy wyodrębnioną już wcześniej przez Takamine adrenalinę, dalej hemoglobinę, sole choleinowe i znane już dawniej zaczyny, jak pepsynę, trypsynę i t. d. To racyonalne nawskróś dążenie nowoczesnej organoterapii wyodrębnienia w stanie czystym działających istot, nie mogło jednak jak dotychczas pójść dalej, ze względu na ogromne trudności. I ten wzgląd, jak i ta okoliczność, że w pewnych razach pomyślniejsze wyniki dałyby się osiągnąć przez całość w pewnym narządzie zawartych składników, skłoniła Poehla i innych współcześnie na tem polu pracujących do wyrabiania przetworów z narządów, któreby przedstawiały całość zawartych w nich czynnych składników, czyli t. zw. synergetyczną grupę, oczywiście wolną od wszelkich szkodliwych i trujących składników. Tak stoi sprawa ta w teraźniejszości. Z tych grup synergetycznych organoterapia przyszłości wyodrębni poszczególne czynne składniki i zbada ich chemiczno-biologiczne własności. »Po przemianie tych x y i z, jak powiada Poehl, które stanowią składniki rozmaitych organoterapeutycznych przetworów na pewne określone wielkości, zdoła organoterapia przyszłości przez zadziałanie poszczególnych czynnych składników narządów,

albo przez powiązanie ich w 2, w 3 i więcej, przez jakościowe i ilościowe ustopniowania z rozmaitemi chorobami walczyć«. To jest ten ideał, do którego dążyć powinna organoterapia, i który organoterapii przyszłości może otworzyć szerokie horyzonty.

Po wyodrębnieniu sperminy zajął się Poehl zbadaniem jej chemicznych i fizykalnych własności i jej znaczeniem fizyologicznem w ustroju. Stwierdziwszy, że spermina nie jest wyłącznie tylko swoistym składnikiem męskich narządów rozrodczych, ale także prawidłowym składnikiem ustroju kobiecego, znalazłszy ją nietylko w jądrach i gruczole krokowym, ale i w jajnikach, gruczole tarczowym, wątrobie, śledzionie, doszedł Poehl do wniosku, że temu ciału musi oczywiście w gospodarstwie ustroju przypadać jakieś ważne zadanie. Po wyodrębnieniu w stanie czystym tej organicznej zasady w większej ilości, powiodło mu się stwierdzić, że spermina posiada własność utleniania metalicznego magnu, przyczem wywiązuje się znamienna woń nasienia, i że do utlenienia jak największych ilości magnu, wystarczają minimalne ilości sperminy. Ponieważ odczyn ten nie zależy od ilości sperminy, a spermina po odczynie ma pozostawać niezmienioną, przeto Poehl przypisał na tej zasadzie sperminie działanie katalityczne.

W obrębie ustroju naszego, jak i poza nim, znane nam są odczyny chemiczne, w których obecność nieskończenie małej ilości pewnej istoty odczyn przyspiesza, albo odwrotnie odczyn hamuje. Takie związki, należące do grupy zaczynów, które swoją obecnością i w najmniejszych ilościach przyspieszają, albo opóźniają odczyn, same nie doznając na swym ciężarze straty nazwano katalizatorami. Dodatnie katalizatory przyspieszają odczyny wolno przebiegające, ujemne je zwalniają, a w obu razach chodzi tylko o zmianę czasu trwania odczynu, któryby i tak bez tego się odbył. Dodatnie katalizatory można za Ostwaldem przyrównać do oliwy na osiach, która zmniejsza tarcie i ułatwia ruch kół, pomimo, że siła popędowa pozostaje ta sama. Tym katalizatorom przypisuje Ostwald bardzo wielkie znaczenie w naszym ustroju, a bez współudziału katalizatorów byłaby niemożliwą, jak powiada »fundamentalna czynność życia, uzyskanie niezbędnej chemicznej energii przez spalenie na koszt tlenu powietrza przy rozstrzygającym współudziale katalizatorów. Albowiem wolny tlen jest, jak wiadomo, bardzo nieruchawą istotą przy ciepłotach ustrojów i bez przyspieszenia jego szybkości odczynowej byłoby utrzymanie życia niemożliwem.« Wedle Poehla ma być spermina takim dodatnim katalizatorem fizyologicznych spraw utleniania; podobną rolę spełnia również i hemoglobina, jednakowoż sperminie, która ma być prawidłowym wytworem rozpadu leukocytów, przypisuje on bezwarunkowo rolę główną jako utleniającego katalizatora (oksydazy). A ma być ona wedle niego tym zaczynem, lub też enzymem nietylko oddychania śródtkaninowego, ale ma wpływać na wszystkie sprawy utleniania w ustroju, a więc i na utlenianie oddychania zewnętrznego, t. j. płucnego. Odwrotną w swojem katalicznem działaniu ma być wedle Poehla adrenalina, swoisty czynnik wydzieliny nadnercza, który ma działać znów przyspieszająco, a więc katalitycznie na sprawy redukcyjne ustroju.

W przeciwieństwie do tych dwóch rozwijających swoją działalność we wszystkich tkankach i narządach katalizatorów, przyjmuje Poehl jeszcze cały szereg swoistych katalizatorów, wpływających tylko na pewne sprawy w pewnych określonych narządach; do takich katalizatorów zalicza cerebrynę, tyreoidynę, hypofizynę, mamminę, ovarinę i t. d. Tak np. w cerebrynie, która zawiera synergetyczną grupę działających składników istoty nerwowej, widzi on dodatni katalizator, który już w małych ilościach wpływa na wydzielanie wytworów oddychania tkankowego, względnie zapobiega ich nagromadzeniu.

Rozważając to wszystko, choćby nie godząc się w całości na wyż przytoczone poglądy, trudno nie przyznać słuszności myśli, wypowiedzianej przez Poehla jeszcze w r. 1893, że »w rozmaitych gruczołach i narządach ustroju naszego istnieją nasze apteki domowe z obfitym arsenałem środków leczniczych, którymi posługuje się ustrój przy samoleczeniu i w walce z bodźcami chorobowymi«. Studyum fizyologicznych i chemicznych właściwości tych wyodrębnionych środków ochronnych ustroju nietylko wielce jest zajmujące dla biologii, ale posiada ogromną doniosłość praktyczną, ponieważ dostarcza nam szeregu środków skutecznych ku pomocy cierpiącej ludzkości.

Na tem jednak nie kończy się jeszcze teoretyczna strona rozważań Poehla. Od Boucharda przyjmuje on naukę o samozatruciu i nadaje temu pojęciu jak najobszerniejsze granice, rozumiejąc przez nie objawy, występujące nietylko w tych przypadkach, gdzie w ustroju tworzą się i zatrzymują trujące wytwory wymiany materyi, jak newryna, cholina i t. d., lub w tych różnorakich schorzeniach, które polegają na zakłóceniach wymiany materyi lub wtargnięciu do ustroju chorobotwórczych drobnoustrojów, a w których tworzą się trujące wytwory rozpadu białka, ale także i tam, gdzie samozatrucie jest wynikiem nagromadzenia się w ustroju istot obojętnych, jak np. kwasu moczowego. To tak szeroko ujęte samozatrucie widzi Poehl w całym szeregu chorób, a za naturalną ochronę ustroju przed tem nagromadzeniem i zatrzymaniem tych wytworów uważa sprawę utlenienia. Pod wpływem tych spraw azotowe wytwory wymiany materyi ze związków trudno rozpuszczalnych o wielkim ciężarze drobinowym przechodzą w związki o ciężarze małym, o wielkiej rozpuszczalności i zdolności do osmozy, które przez to stają się więcej zdatne do wydalenia z ustroju, przyczem istoty trujące jadowitość swoją przez utlenienie tracą. To utlenienie więc nietylko odtruwa wytwory wymiany materyi, ale i nierozpuszczalne przetwory wstecznej wymiany zamienia w związki rozpuszczalne. Tylko dzięki tej przemianie staje się możliwem, że wytwory wymiany materyi mogą być z tkanek wydalone i dostać się do ogólnego krążenia, a stamtąd przez nerki, skórę opuścić ustrój. To zadanie wydalenia ułatwia ogromnie jeszcze i ta okoliczność, że utlenienie w ustroju staje się nietylko źródłem tej postaci energii, którą nazywamy ciepłem, ale wytwarza także energię kinetyczną, która objawia się jako ciśnienie osmotyczne. Ponieważ osmotyczne właściwości istot rozpuszczalnych pozostają w stosunku odwrotnym do ich ciężarów drobinowych, przeto z rozpadem ogromnej drobiny białka na mnóstwo drobin o małym ciężarze drobinowym rośnie osmotyczne ciśnienie wiele tysięcy razy, a wytworzona w ten sposób różnica osmotycznych ciśnień stwarza ciągły ruch wody i zdolnych do dyfuzyi składników między komórkami, a opłukującymi je sokami tkankowymi.

Wytworzona w ten sposób różnica osmotycznego ciśnienia między sokami tkankowymi, a treścią naczyń chłonnych, wpływa na ruch limfy i sprawia, że nadmiar z rozpadu białka powstałych drobin drogą krwi dostaje się do nerek i przez nerki uchodzi na zewnątrz. Nerki więc, jak to podniósł Koranyi, obniżając osmotyczne ciśnienie krwi, stwarzają stałą różnicę ciśnień, bez której życie komórek nie dałoby się pomyśleć. Warunkiem atoli koniecznym do takiej stałej różnicy ciśnień jest tlenowe (aërobowe) życie komórek ustroju, t. j. prawidłowe oddychanie śródtkankowe. W tych stanach natomiast, w których to oddychanie jest upośledzone, a więc w beztlenowem (anaërobowem) życiu komórek, gdzie wzrasta wytwórczość trujących i trudno rozpuszczalnych, pośrednich związków azotowych, t. zw. przez Gautiera leukomainów, i gdzie wyższe stopnie utlenienia wytworów wymiany materyi tylko w małej ilości powstają, tam spada wedle Poehla różnica ciśnień osmotycznych, i zbliża się do tej bezwzględnej równowagi ciśnienia, jaka się pojawia po zamarciu wszystkich czynności życiowych komórek. Prawidłowe utlenianie jest więc koniecznym warunkiem prawidłowego przebiegu wymiany materyi aż do ostatecznych jej krańców i stałej różnicy w osmotycznem ciśnieniu, bez czego wydalanie wytworów rozpadu napotyka na przeszkody, dając powód do powstania tak nazwanej przez Poehla »autointoksykacyi skutkiem obniżonego oddychania śródtkankowego«.

Spermina wedle Poehla ma znaczenie katalizatora fizyologicznych spraw utlenienia w ustroju. Jeżeli jednak mimo to, że spermina stale w ustroju istnieje i swoje katalityczne działanie rozwija, następuje w pewnych patologicznych chwilach obniżenie oddychania śródtkankowego, to dzieje się to, jak tłomaczy Poehl, dlatego, że katalityczne działanie sperminy istnieje tylko pod pewnymi warunkami zasadowości soków tkankowych, czyli, że w takich razach występuje w ustroju unieczynnienie fizyologicznej sperminy. W stanach zmniejszonej zasadowości soków tkankowych, względnie zachorzenia ustroju, powstają warunki do wytworzenia się trudno rozpuszczalnego fosforanu sperminy, przez co czynna spermina przechodzi w związek nierozpuszczalny i skutkiem tego swe katalityczne działanie traci. A to działanie czynnej sperminy ma rozciągać się nietylko na azotowe wytwory wstecznej wymiany, ale także na tłuszcze, węglowodany, związki aromatyczne, ba nawet ma ona działać utleniająco na kwas mleczny i zapobiegać w ten sposób przekwaszaniu tkanin. W prawidłowym więc stanie prawidłowy przebieg oddychania śródtkankowego pozostaje w zależności od obecności pewnych enzymów, t. j. katalizatorów, i od stopnia zasadowości soków tkankowych. Wszelkie zakwaszenie tkanin pociąga za sobą unieczynnienie sperminy i obniżenie spraw utlenienia w ustroju. Prawidłowo tkanki, a w szczególności tkanka mięśniowa i nerwowa oddziaływają słabo zasadowo, i wszelkie podrażnienie mięśni lub istoty nerwowej obniża jej zasadowość lub nawet wywołuje zakwaszenie. A tą istotą, która przy długotrwałem podrażnieniu zmniejsza zasadowość mięśni lub istoty nerwowej, lub je nawet zakwasza, ma być właśnie kwas mleczny. W nagromadzeniu tego kwasu mlecznego upatruje Poehl przyczynę unieczynnienia fizyologicznej sperminy. W ten sposób wedle Poehla zmniejszona zasadowość krwi i obniżenie oddychania śródtkankowego tworzą koło błędne, ponieważ wspierają się wzajemnie i działają w jednym kierunku, będąc równocześnie oba przyczyną i skutkiem.

Ustrój może być anatomicznie zdrowy i nie okazywać żadnych morfotycznych zboczeń, a jednak chemizm przemiany komórek może być zakłócony, jak bywa w całym szeregu zboczeń czynnościowych, n. p. w neurastenii, histeryi, migrenie, niektórych otruciach i t. d. Wedle Poehla rozbiór moczu, który uważa się słusznie za zwierciadło wymiany materyi, może nam dać klucz do należytego zrozumienia tego zboczenia, jednak nie ten dawny, polegający na stwierdzeniu obecności lub braku pewnego składnika chorobowego i ilościowem oznaczeniu tego lub owego w dobowym moczu. Skoro atoli dokładne oznaczenie całkowitego bilansu wymiany materyi, jakkolwiek bezwątpienia wielkiej doniosłości naukowej, trudnem jest do wykonania, przeto radzi Poehl uciekać się do oznaczania w moczu t. zw. współczynników moczu, jako najpewniejszego wskaźnika nieprawidłowości wymiany materyi. Takim współczynnikiem energii spraw utleniania w ustroju i dlatego najważniejszym jest wedle Poehla odsetkowy stosunek ilości azotu mocznika do całkowitej ilości N moczu. Do oznaczenia obniżonej zasadowości tkanek służy Poehlowi stosunek całkowitej ilości fosforu moczu do ilości fosforu pod postacią fosforanu dwusodowego. Za miarę skazy moczanowej uważa Poehl współczynnik Zernera, t. j. stosunek ilości kwasu moczowego do ilości kwasu fosforowego w moczu jako fosforanu dwusodowego, w prawidłowych stosunkach równający się 0·2—0·35. Do tego samego celu, t. j. stwierdzenia skazy moczanowej, służyć może jeszcze inny współczynnik, podany przez Boucharda i Senatora, t. j. stosunek całkowitej ilości N moczu do ilości N kwasu moczowego. Wskaźnikiem natężenia wymiany materyi w tkance nerwowej ma być stosunek azotowych istot w moczu do ilości moczem wydalonych fosforanów t. zw. odczynnik Zülzera. W końcu uwzględnia Poehl stosunek mocznika do chlorku sodu, który w prawidłowych warunkach wynosi 2: 1, t. zw. współczynnik energii życiowej. W ten sposób dokonany rozbiór moczu staje się nietylko środkiem pomocnym w rozpoznaniu, bo stwierdza zakłócenie w wymianie materyi, pozwala je jakościowo i ilościowo ocenić i stwierdza obecność samozatrucia, jego okres i jakość, ale daje także możność kontrolowania leczenia, pozwala ocenić skutek, albo brak leczniczego wyniku.

W ten sposób przedstawiałaby się całość poglądów Poehla, którą przytoczyliśmy w skróceniu, nie wdając się w szczegóły, tylko dlatego, że po Brown-Séquardzie, który jest ojcem organoterapii, Poehl jest niewątpliwie najzasłużeńszym organoterapeutą teraźniejszości. Z niezmierną energią i konsekwencyą w całym szeregu prac naukowych, odczytów na zjazdach i posiedzeniach i ulotnych publikacyi, bronił tych swoich zapatrywań do chwili obecnej i pełen nadziei w przyszłość pozostał im wierny. A choć niejedno z nich nie utrzyma się w przyszłości i ulegnie zmianie, choć niejedna z tych nadziei, jakie Poehl wiązał z organoterapią, nie urzeczywistni się w praktyce i sprawi niejednemu zawód, to jednak w tych myślach jego tkwi niewątpliwe jądro prawdy odczutej, chociaż nie całkowicie udowodnionej i za szybko uogólnionej. (Dok. nast.)

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Prus.

»Odczyn kwaśny« i kwasy (kwas mleczny) w stosunku do przyswajania pokarmu w narządzie trawienia oraz przemiany chloru.

Podał
Prof. Edmund Biernacki.

(Dokończenie.)

Chodzi teraz o to, czy cały sens i znaczenie odczynu kwaśnego ściąga się do faktu powyższego i nim wyczerpuje? Pytanie to powstać musi, ponieważ istotnie trudno uważać tylko okoliczność, iż przy odczynie kwaśnym pokarm bywa lepiej przyswajany, niż przy obojętnym (a przyswajanie było przecież w doświadczeniach naszych także dobre!) — za powód dostateczny zjawiska, że pokarm nasz, sądząc właśnie ze stałości odczynu kwaśnego, kwaśnym być musi?

Pytanie to przeprowadza nas jednakże już do innej dziedziny, ponieważ chodzić wtedy może o działanie ogólne odczynu kwaśnego, względnie kwasów, o działanie ich na wymianę materyi.

Temat powyższy poruszano i opracowywano już wielokrotnie [14]), nie zdobywszy dotychczas określonych wyników co do wymiany azotu przy kwasach. W naszych doświadczeniach najczęściej następowało przy kwaśnym odczynie pokarmu wzmożenie już istniejącego zatrzymywania azotu: tak było w doświadczeniu III. z kwasem mlecznym (tabl. IV. — wzmożenie zatrzymania z 25·3% do 29·6%, spadek po odstawieniu kwasu do 26·6%), wreszcie w stopniu bardzo wybitnym w doświadczeniu z mlekiem kwaśnem (zatrzymanie azotu przy mleku słodkiem 8·1%, przy kwaśnem — 21·9%). Zdaje się, że takie samo zjawisko mieliśmy przed sobą i w drugiem doświadczeniu z kwasem mlecznym (tabl. II, okresy VI i VII), jako po odstawieniu kwasu zatrzymanie tylko 25·5% przeciw 27·2% przy pokarmie zakwaszonym. Co się tyczy odczynu zasadowego, to tutaj w jednem doświadczeniu mieliśmy, zdaje się, wzmożenie, w drugiem osłabienie zatrzymywania azotu; zmiennem było zachowanie się w tym kierunku i przy laktobacylinie.

Co się tyczy zachowania się kwasu siarkowego całkowitego, to zarówno odczyn kwaśny, jak zasadowy, nie okazują w tym względzie także nic określonego. Natomiast wydzielanie eterosiarczanów było przy HCl, w trzeciem doświadczeniu z kwasem mlecznym (tabl. IV), a także i w pierwszem (tabl. II) — zmniejszone, co potwierdza jeszcze raz już dość liczne dane co do hamującego wpływu kwasu solnego lub mlecznego na gnicie w jelitach.

Daleko znamienniejsze były wyniki w innych kierunkach, przedewszystkiem co do amoniaku. Otóż gdy w doświadczeniu z HCl zgodnie z zapatrywaniami, wyraźnie wzrosły zarówno bezwzględne, jak względne ilości (współczynnik) amoniaku w moczu (okres przed kwasem 0·1956 gr i 6·1%, przy kwasie 0·2414 gr i 8·2%, po kwasie 0·2145 gr i 7·6%), przy kwasie mlecznym zachowanie się NH_3 było bynajmniej nie takie. Zapewne współczesny pogląd o amoniaku, jako neutralizatorze kwasów w ustroju, dotyczy zasadniczo kwasów nieorganicznych i nieutlenialnych organicznych; że jednak i przy takich kwasach organicznych utlenialnych jak kwas mleczny ilość amoniaku w moczu może wzmagać się, (zdaje się, że chodzi tutaj przedewszystkiem o dostateczną wysokość dawki), wypada to choćby z odpowiedniego doświadczenia Limbecka [15]). Ostatecznie i w doświadczeniu mojem z mlekiem kwaśnem współczynnik amoniaku podniósł się z 7·6% (przy mleku słodkiem) do 10·4%, chociaż zapewne ilości bezwzględne NH_3 pozostały jednocześnie prawie niezmienione (0,1979 i 0,2164 gr *pro die*).

Tak jednakże nie działo się we właściwych doświadczeniach z kwasem mlecznym. A nawet jeszcze więcej, we wszystkich trzech doświadczeniach zarówno ilości bezwzględne NH_3 w moczu, jak ich współczynniki zmniejszyły się, zupełnie tak samo, jak w doświadczeniach z ługiem, które — zauważmy ubocznie — zmniejszeniem swem ilości amoniaku w moczu stwierdziły to samo, co dotychczas wiadomo było w tym kierunku o wpływie węglanów zasad. Zapewne, zmniejszenie ilości amoniaku i jego współczynników zarówno przy kwasie, jak ługu nie było znaczne, było jednak obecne zawsze i po powrocie do pokarmu obojętnego wartości te znowu się podnosiły.

Fakt powyższy na pierwszy rzut oka wygląda bardzo paradoksalnie, jednakże zaznaczmy, łączy się on konsekwentnie z pojęciem współczesnem, iż kwasy organiczne (utlenialne) ulegają w ustroju spaleniu na węglan zasad: można więc tedy wśród pewnych warunków oczekiwać od kwasu takiego samego następstwa dla amoniaku, jak od Na_2CO_3. Podkreślmy z drugiej strony jeszcze raz, że fakt zmniejszenia NH_3 zaszedł w doświadczeniach naszych w obecności tylko bardzo umiarkowanych dawek kwasu mlecznego, dawek n. p. takich, jakie codzienne pożywienie człowieka może zawierać bardzo często i łatwo.

Nauka o amoniaku, jako neutralizatorze kwasów w ustroju straciła bardzo dużo ze swej wyłączności potem, gdy nietylko co do kwasów mineralnych (Gaethgens) [16]), ale po raz pierwszy przez moje [17]) poszukiwania na człowieku i co do kwasu mlecznego udowodnionem zostało, że kwas ten wiedzie do wzmożenia zasad w moczu: oczywiście nietylko kwasy nieorganiczne, ale i utlenialne organiczne (kwas mleczny), mogą być zobojętniane w ustroju zarówno przez zasady, potas i sód, jak przez amoniak. Limbeck [18]) dochodzi nawet na podstawie swego, wprawdzie jedynego, ale starannego spostrzeżenia do wniosku, że amoniak należy uważać w sprawie neutralizacyi kwasów za czynnik drugiego rzędu, względnie, że zobojętnianie kwasu mlecznego zaczyna się w ustroju właśnie od zasad.

Ku potwierdzeniu mniemania Limbecka może służyć pierwsze moje doświadczenie z kwasem mlecznym (dziennie po 2·5 gr), w którem nie było zwiększenia ilości amoniaku, natomiast wyraźne wzmożenie zasad w moczu,

[14]) Piśmiennictwo przedmiotu p. Otto Loewi, u C. v. Noordena: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1907, t. II, str. 669—689.

[15]) R. v. Limbeck: Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung. Zeits. f. kl. Med., tom 34, zeszyt 5 i 6.

[16]) Gaethgens: Zeitschr. f. physiolog. Chemie. T. 4.

[17]) Münch. med. Wochs. 1896, Mr 28, 29. Medycyna 1896.

[18]) Loc. cit.

jedno i drugie w przeciwstawieniu do działania kwasu solnego, przy którym zwiększyła się zarówno ilość amoniaku, jak KCl + NaCl w moczu. Ale, pomijając jeszcze lekkie wzmożenie zasad w kale w doświadczeniu trzeciem z kwasem mlecznym (tabl. IV, okresy VII, VIII, IX), które zresztą nie miało żadnego wpływu na bilans ogólny zasad, — doświadczenie pierwsze z kwasem mlecznym jest jednocześnie jedynem, gdzie mamy wzmożony wywóz zasad pod wpływem »odczynu kwaśnego«. We wszystkich pozostałych (włączając i doświadczenie z mlekiem kwaśnem) dane liczbowe okazują nietylko wszelki brak wzmożenia KCl + NaCl, ale przeciwnie — znowu wbrew wszelkiemu oczekiwaniu! — zmniejszenie ilości zasad w moczu przy pokarmie zakwaszonym.

Nie posiadam materyałów do rozbioru pytania, o ile to szczególne zjawisko stało w związku, względnie zależało od silnej skłonności do zatrzymywania zasad, jaka wraz z zatrzymywaniem azotu istniała u naszych psów, względnie o ile spostrzeżenia moje posiadać mogą znaczenie ogólniejsze co do wydzielania zasad przy małych dawkach kwasów organicznych (mlecznego); tymczasem chodzi mi o samo stwierdzenie istnienia faktu powyższego, faktu, który przedewszystkiem wskazuje na to, iż nasze obecne wiadomości bynajmniej nie wyczerpują jeszcze całego zagadnienia przemiany kwasów w ustroju. Zaznaczę, że omawiane zachowanie się zasad w naszych doświadczeniach z kwasem mlecznym było takie same, jak przy NaHO w doświadczeniu pierwszem, gdzie także widzimy zmniejszone wydzielanie zasad. Jednakże w drugiem doświadczeniu z ługiem widzimy wybitne zwiększenie ilości zasad w moczu, co znowu zgadza się w zupełności z wynikami spostrzeżeń Stadelmanna[19]) i jego uczniów pod wpływem węglanów zasad i soli zasadowych kwasów roślinnych. W dodatku w doświadczeniu naszem nadmiar KCl + NaCl w moczu przewyższał znacznie ilość zasady, dodaną do pokarmu.

Wzmożone wydzielanie zasad, jak powyżej wspominałem, istniało także w pierwszem mojem doświadczeniu z kwasem mlecznym — ale tą drogą w działaniu odczynu kwaśnego i zasadowego mamy bardzo wiele wspólnego, nawet identycznego. Istnieje jednakże punkt, gdzie się drogi rozchodzą, a nim jest wydzielanie chloru.

Wydzielanie chloru, które stale niższem było od dowozu tego związku, ukształtowało się w obu szeregach naszych doświadczeń, a szczególniej w drugim, w ten sposób, że wartości chloru, obliczone na NaCl, były, z wyjątkiem ledwie kilku okresów, wyższe, niż wartości KCl + NaCl: oczywiście zatrzymanie chloru było mniejsze, niż zatrzymanie zasad. Pomijając przytem tylko co wspomniane kilka okresów i w pozostałych nie było żadnej równoległości pomiędzy wywozem chloru, a wywozem zasad — przeciwnie, co do tego zwraca na siebie uwagę silna rozbieżność obu danych w kilku okresach. Otóż jest rzeczą niezmiernie ciekawą i ważną, że największą rozbieżność tego rodzaju widzimy w okresach doświadczeń z kwasem mlecznym, że, gdy w trzech doświadczeniach mlecznych (na cztery) ilość KCl + NaCl w moczu była zmniejszoną, to ani razu nie zdarzyło się to z chlorem, przeciwnie wydzielanie chloru przy zakwaszaniu pokarmu kwasem mlecznym zawsze się wzmagało. A więc, n. p. w doświadczeniu porównawczem na tabl. II (okresy V, VI, VII) przy ługu znajdujemy w moczu 6·307 gr KCl + NaCl i 6·8595 gr Cl (jako NaCl), przy kwasie mlecznym zaraz potem mniej zasad 5·9914 gr, ale więcej chloru (NaCl) — 7·395 gr; przy mleku słodkiem 7·4466 gr KCl + NaCl i 7·4550 gr chloru (NaCl), a przy kwaśnem 6·9336 gr zasad i 7,776 gr chloru; w trzeciem doświadczeniu z kwasem mlecznym: 6·9763 gr KCl + NaCl i 6·968 gr Cl (NaCl) w okresie kontrolnym, a 6·6543 gr zasad i 7·0035 gr Cl (NaCl) przy kwasie mlecznym. Takiego zachowania się nie widzimy przy innych stosowanych czynnikach: niechaj przy NaHO, HCl, czy laktobacyllinie zmniejszy się (lub zwiększy) wywóz chloru w moczu, to takie same wahanie, — zapewne bez ścisłej równoległości — przechodzi i zasada mineralna. A nawet, jak to zdarzyło się n. p. w ostatniem doświadczeniu z laktobacyliną (tabl. IV) — zachowanie bywa wprost odwrotne: zmniejszenie się ilości chloru, a zwiększenie ilości KCl + NaCl[20]).

Stadelmann[21]) wraz ze swymi uczniami stwierdził wzmożenie wydzielania chloru wraz ze wzmożeniem wydzielania zasad pod wpływem soli zasadowych kwasu węglowego oraz kwasów roślinnych, a chociaż Harnack[22]) wątpi o tem właśnie przy solach kwasów roślinnych (cytrynian sodu), to jednak fakt wzmożonego wydzielania chloru pod wpływem zasad jest ogólnie znany, nawet uznany. Tymczasem O. Loewi[23]) oblicza z danych Kozerskiego, że w doświadczeniach tego autora z cytrynianem sodu nadmiar chloru w moczu sięgał tylko dotąd, ile potrzeba go było do nasycenia nadmiaru wydzielonego potasu i sodu. W zgodzie z tem w mojem drugiem doświadczeniu z NaHO nadmiar wydzielonych KCl + NaCl był daleko wybitniejszy, niż wzmożenie chloru (NaCl).

A więc właściwością zasad jest nie tyle »wyciąganie« chloru z ustroju, ile wyciąganie tychże zasad; w przeciwstawieniu do tego kwasy (kwas mleczny), które niewątpliwie także śród pewnych jeszcze bliżej nieznanych warunków mogą wzmagać wydzielanie zasad, okazują się przedewszystkiem zdolne do wyciągania chloru z ustroju i stosunek ten w świetle naszych doświadczeń przedstawia się niemal jako swoisty.

Znaczenie biologiczne i praktyczne tego stosunku ujawnia się wobec faktu, iż zaburzenia wydzielania chloru uznajemy coraz bardziej w patologii za zjawisko częste i ważne.

---

[19]) Stadelmann: Ueber den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. Stuttgart 1890.

[20]) W drugiem doświadczeniu z laktobacyliną, zupełnie podobnie jak w drugiem doświadczeniu z NaHO, wzmożenie KCl + NaCl w moczu było daleko znaczniejsze, niż wzmożenie chloru, w doświadczeniu pierwszem przy zmniejszeniu chloru zmniejszyły się także HCl + NaCl, a więc, że podniesiemy to specyalnie w stosunku do laktobacyliny, ciągle zachowanie się wprost odwrotne, niż przy kwasie mlecznym. Fakt ten może służyć za jeden z dalszych, a stanowczych dowodów, że wbrew mniemaniu Miecznikowa działanie laktobacyliny nie zasadza się na działaniu kwasu mlecznego, co szczegółowo rozbieram na innem miejscu. (Gazeta lek., 1908, Nr 16, 17).

[21]) Stadelmann: loc. cit.

[22]) Harnack cytow. według A. Magnus-Levyego u. C. v. Noordena: Handbuch der Stoffwechsel-Pathologie. 1906. Tom 1, str. 453—457.

[23]) O. Loewi: loc. cit., str. 684.

A nawet zaburzenia tego rodzaju mogą powstawać wprost przez błędy odżywiania: niedawno miałem sposobność wskazać, jak wielkie znaczenie w tym względzie ma pokarm przetłuszczony z powodu, iż tłuszcz — właśnie w przeciwieństwie do kwasu mlecznego — wiedzie łatwo do zatrzymywania chloru w ustroju. Wobec tego stanowisko »odczynu kwaśnego«, względnie kwasów organicznych (mlecznego), wprowadzanych z pokarmem do ustroju, coraz wyraźniej wyłania się jako stanowisko regulatorów przemiany chlorowej, w dodatku, wśród warunków prawidłowych jako regulatorów wyłącznych, które tylko wśród pewnych okoliczności (co jeszcze jest do zbadania) mogą być zastąpione przez węglany zasad, lub sole zasadowe kwasów roślinnych. Tylko wśród pewnych okoliczności, bo stanowisko węglanów, jako prawidłowych regulatorów przemiany chlorowej nie zgadza się zupełnie z biegiem prawidłowym sprawy trawienia. Zapewne, w krótkotrwałych doświadczeniach nad żołądkiem przy lekkiem alkalizowaniu śniadania próbnego sodą, spostrzegałem podobne wyniki, jak przy zakwaszaniu takiego śniadania: alkalizacya przewlekła doprowadzi jednak ostatecznie do ustania wydzieliny żołądkowej. A znowu Pawłow stwierdził wpływ hamujący rozczynów sody na wydzielinę trzustkową, w przeciwstawieniu do podniecającego wpływu kwasów.

A więc »odczyn kwaśny« pokarmu, który sprzyja tak wyraźnie zarówno wydzielaniu soków trawiennych, jak, co najważniejsza, przyswajaniu pokarmu w przewodzie pokarmowym, istotnie, jak tylko co powiedziałem, pozostaje regulatorem »swoistym« przemiany chlorowej [24]); z tego punktu widzenia odczyn kwaśny naszego pokarmu, względnie dowóz utlenialnych organicznych kwasów (kwas mleczny) przedstawia się jako konieczność biologiczna. W związku z tem niektóre zwyczaje gastronomiczne nabierają głębszego znaczenia, właśnie jako wyraz instynktowej dążności ustroju do posiadania regulatora chlorowego. Mam tu na myśli n. p. wspomniane już kombinacye tłustych potraw z przystawkami (jarzynami czy kompotami), zawierającemi kwas mleczny lub kwasy roślinne, które właśnie mogą przeciwdziałać i wyrównać grożące — wobec dużych ilości tłuszczu — zaburzenia wydzielania chloru.

[24]) Naturalnie pomijając wodę, która jest pierwszym warunkiem chemicznych spraw życiowych. W doświadczeniach moich, w których szczególnie w szeregu drugim, dowóz wody był bardzo równomierny, nie widzimy zupełnie wyraźnego związku pomiędzy wydzielaniem wody, a wydzielaniem zasad mineralnych. Wyraźniejszemi są stosunki odpowiednie przy chlorze, istotnie większe ilości chloru kojarzą się na ogół z większemi ilościami moczu i odwrotnie. Ale, jak n. p. wskazują okresy IX i X na tabl. II., istnieją i wybitne wyjątki w tym kierunku; z drugiej strony zwiększenie ilości moczu w 3 doświadczeniach z kwasem mlecznym było bardzo nieznaczne, albo nawet nie było wcale tego zwiększenia (doświadczenie czwarte).

Rozczyny dwutlenku wodoru w praktyce lekarskiej.

Napisał **Mg. f. Henryk Banke.**

Odkąd dwutlenek wodoru swojem działaniem przeciwgnilnem począł zwracać większą uwagę lekarzy, starano się go otrzymać w stanie ile możności zgęszczonym i czystym. Prace, przeprowadzane w tym kierunku, długo nie dawały pomyślnych wyników, dopiero w ostatnich czasach udało się już z 80 prc. rozczynu otrzymać kryształy czystego H_2O_2 bez stosowania niebezpiecznej metody cząstkowej destylacyi. Cel prac całego szeregu chemików jest dziś osiągnięty, ponieważ jednak przewóz tego przetworu jest dość niebezpieczny i otrzymywanie go bardzo drogie, w życiu codziennem używamy trzechprocentowych rozczynów, znajdujących się w handlu jużto jako »*Hydrogenium hyperoxydatum solutum technicum*«, jużto jako »*medicinale*«, ale tak jedno, jak i drugie, mimo swej nazwy, bywają zazwyczaj zanieczyszczone i bardzo często zakwaszone kwasem siarkowym. Z rozczynów zgęszczonych, chemicznie czystych, znajduje się w handlu przetwór fabryki E. Mercka pod nazwą handlową »Perhydrol«, stanowiący 30 prc. rozczyn dwutlenku wodoru. Perhydrol przesyłany i przechowywany bywa we flaszkach ze specyalnego szkła, wewnątrz powleczonych parafiną, co już dawniej polecał Brühl. Opakowanie to przyczynia się znacznie do podrożenia przetworu Mercka, co jest przyczyną, że mało odpowiadające wymogom leczniczym 3 prc. przetwory handlowe są jeszcze w użyciu.

Ilościowe oznaczanie zawartości dwutlenku wodoru wykonywano początkowo na drodze gazometrycznej, t. j. przez mierzenie tej objętości tlenu, którą pewna ilość rozczynu wywiązuje. Podawano znalezioną ilość w odsetkach, która to liczba wyrażała odsetki objętościowe wywiązującego się tlenu. Ten sposób obliczania stosowano szczególnie we Francyi, Anglii, Ameryce i stosują go do dziś firmy eksportowe, podając w swych cennikach »*Hydrogenium hyperoxydatum solutum*«, 12 względnie 10 prc. Sposób ten jednak łatwo wiedzie do błędów. Natomiast tak farmakopea austryacka (wydanie VIII.), jak i Merck siłę swych przetworów podają w odsetkach ciężarowych. Stosunek odsetków ciężarowych do objętościowych wynosi 1: $3^1/_3$, czyli 30 odsetków ciężarowych równa się 100 objętościowym. Ta niejednostajność w sposobie obliczania stała się przyczyną, że tak w kołach lekarskich, jak i aptekarskich przy zapisywaniu i sporządzaniu przetworów z dwutlenku wodoru panują ciągłe nieporozumienia. Aptekarz nigdy nie wie, jakiego zgęszczenia leku życzy sobie lekarz, bo ten nigdy nie podaje, czy ma na myśli odsetki ciężarowe, czy objętościowe; stąd też lekarz nigdy nie może być pewnym, jak silny przetwór ma w ręku. Nadmienić należy, że i w piśmiennictwie pomieszane są obydwa sposoby obliczania koncentracyi bez bliższego określenia.

Ponieważ obowiązkowy przetwór farmakopei austr. (VIII.) zawiera 3 prc. ciężarowe, t. j. 10 prc. objętościowych H_2O_2, przetwór zaś Mercka 30 prc. ciężarowych, t. j. 100 prc. objętościowych, można przy niepewności, jakie odsetki lekarz miał na myśli, jedną i tę samą receptę zrozumieć i przyrządzić w czworaki sposób. Gdy n. p. lekarz przepisze 100·0 3 prc. rozczynu dwutlenku wodoru (*Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0*), to jedna apteka wyda obowiązkowy przetwór farmakopei nierozcieńczony, licząc wedle odsetków ciężarowych, druga wyda 30·0 obowiązkowego przetworu + 70·0 wody przekroplonej, licząc wedle odsetków objętościowych. Posługując się perhydrolem, da apteka trzecia 10·0 perhydrolu + 90 wody przekr. (odsetki ciężarowe), czwarta zaś 3·0 perhydrolu + 97·0 wody przekr. (odsetki objętościowe). Zdarza się także, że liczbę odsetkową odnoszą do obowiązkowego przetworu farmakopei jako takiego. Kilka razy na zapytanie, jak mam przyrządzić receptę: *Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0* otrzymywałem odpowiedź: *Hydrog. hyperoxydati soluti officinalis 3·0 Aquae dest. 97·0;* lek taki jednak z powodu minimalnej zawartości H_2O_2 chyba żadnych własności terapeutycznych mieć nie może.

Nic też dziwnego, że wobec tych stosunków zdania lekarzy co do działania omawianego leku są dotychczas bardzo podzielone, i że wreszcie aptekarz ciągle narażony jest na niemiłe zajścia z publicznością, która słusznie jest zaniepokojona, że ten sam lek wzięty w jednej aptece ma zupełnie inne działanie, a wreszcie też inną cenę, jak w drugiej.

Z łatwością można dowieść, że już jedynie słusznem jest obliczanie stężenia H_2O_2 wedle odsetków ciężarowych. Sama już farmakopea (wydanie VIII.) powiada w ustępie »Uwagi i wskazówki szczegółowe«, że wszędzie, gdzie we farmakopei mowa jest o częściach, należy rozumieć części ciężarowe.

O perhydrolu mówi Merck w jednem ze swych rocznych sprawozdań tak: »Do użytku praktycznego służą z reguły rozczyny, zawierające 1 do 3 prc. H_2O_2. Celem ich sporządzania należy 1 część perhydrolu rozcieńczyć 29, względnie 9 częściami wody przekroplonej«. A więc chodzi tu o odsetki ciężarowe.

Wobec tych wyraźnych zastrzeżeń dziwić się można, że istnieje w mowie będąca niepewność; że tak jednak jest i to

nietylko u nas, ale w całem państwie austryackiem, dowodzi praktyka codzienna, dowodzą ciągle ponawiające się głosy w prasie farmaceutycznej (świeżo w »Zeitschr. des Allg. Apotheker Vereines« Nr 10 i w »Kronice farmaceutycznej« Nr 5 z r. 1908) i wreszcie właśnie wydany okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych. Okólnik ten, datowany z 1-go maja 1908 r., ma na celu ujednostajnić sporządzanie rozczynów dwutlenku wodoru. Na wstępie zwraca uwagę na różne zapatrywania, panujące pod tym względem w kołach lekarskich i aptekarskich i przypomina przytoczony powyżej ustęp farmakopei. Gdyby okólnik na tem był zakończył, rzecz cała byłaby raz na zawsze załatwiona. Tymczasem ustęp jego czwarty, który poniżej przytaczam, gmatwa znów całą rzecz i nie będzie wyjścia z tego błędnego koła, jeżeli prasa lekarska nie pospieszy tu z pomocą. Ustęp ten brzmi dosłownie:

»Ze względu na przyzwyczajenia lekarzy przy przepisywaniu tego środka i na doświadczenia lecznicze, z nim poczynione, używać należy zawsze przy przepisaniu *Hydrog. hyperoxyd. solut.* o wyższej zawartości dwutlenku wodoru, niż 3 prc., chemicznie czystego dwutlenku wodoru (perhydrolu), a należy go brać tyle na 100·0 przepisanej ilości, ile procentów zaordynowano«.

Rozporządzenie to wcale sprawy nie wyjaśniło, wyraża bowiem tylko, że do 3 prc. ma się rozumieć odsetki ciężarowe, a od trzech wzwyż objętościowe. Jeżeli zatem lekarz przepisze 6 prc. rozczyn dwutlenku wodoru, to dostanie 6·0 perhydrolu na 94·0 wody przekr., jeżeli 3 prc., otrzyma 10·0 perhydrolu na 90·0 wody. Po rozporządzeniu stoimy zatem na tym samym punkcie, co i przed niem. Pewności nie daje ono żadnej, a jest ona konieczna zarówno dla aptekarza, który musi przecież dokładnie przepis lekarski wykonać i w zgadywania wdawać się nie może, jak i dla lekarza, by ten mógł ocenić należycie działalność leku i wyłączyć nieprzewidziane, może i szkodliwe jego następstwa.

Wyjście z tej niepewności, wytworzonej przez częstokroć mylne tłómaczenia, a wreszcie przez okólnik ministerstwa, znaleźć się musi, a najpewniej stałoby się to przez zerwanie z dzisiejszym sposobem zapisywania rozczynów dwutlenku wodoru.

Lekarz, znając zgęszczenie obowiązkowego przetworu farmakopei, jak i Mercka, niech przepisuje lek ten *magistraliter*, t. zn. niech nie podaje ilości H_2O_2 w odsetkach, ale wprost potrzebną ilość 3 prc. rozczynu obowiązkowego lub 30 prc. Mercka, a więc n. p. nie *»Hydrogenii hyperoxydati 3% 100·0«*, ale *»Hydrogenii hyperoxydati soluti offic. 100·0«*, chcąc zaś mieć przetwór czystszy nie *»Perhydroli 3% 100·0«*, ale *»Perhydroli 10·0 Aquae destill. 90·0«* i t. d. Gdyby zaś ta myśl nie znalazła uznania, to na przyszłość konieczną będzie rzeczą, by lekarz wyraźnie na recepcie zaznaczał, czy ma na myśli części ciężarowe, czy objętościowe (*partes ponderis*, czy *voluminis*).

Oceny i sprawozdania.

Bing: **Ohrenheilkunde; 12 Vorlesungen für Studierende und Ärzte.** Wydanie II, 1908.

Nie dla specyalistów, ale dla uczniów i lekarzy ujęta całość otyatryi w formie bardzo praktycznej, bez przytoczeń z piśmiennictwa, napisana w sposób nadzwyczaj przystępny i łatwy do przyswojenia sobie najważniejszych zasad nauki o chorobach narządu słuchowego obok najpraktyczniejszych zaleceń leczniczych, czynią książkę Binga bardzo udałą.

Wydanie jej w tłómaczeniu polskiem uprzystępniłoby bardzo otyatryę dla naszych uczniów i lekarzy. *A. B.*

Borntraeger: **Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art.** Würzburg 1908. C. Kabitsch (A. Stuber). Wydanie V poprawione i rozszerzone. Cena 2,50 Mk.

O praktyczności i powodzeniu książeczki (a raczej książeczek) Borntraegera najlepiej świadczy szybkie powtarzanie się jej wydań. Wydawnictwo to jest zbiorkiem 39 rozmaitych przepisów dyetetycznych, wydanych jako osobne broszurki i oprawionych (po kilka egzemplarzy) w bloczek, z którego łatwo wyjąć potrzebny właśnie przepis i wręczyć choremu. Są tu więc przepisy dyety dla zdrowych, dla niemowląt, położnic, dla chorych na rozmaite cierpienia przewodu pokarmowego, na cukrzycę, choroby nerkowe i t. p. Rzecz prosta, że takie gotowe przepisy mogą być tylko szablonem, który w każdym poszczególnym przypadku trzeba uzupełnić stosownemi jeszcze wskazówkami; niemniej jednak mogą one dla lekarza być znacznem udogodnieniem i uproszczeniem. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia.

O. Kölpin. **O zniedołężnieniu przedwczesnem** (*dementia praecox*), **zwłaszcza o paranoidalnej postaci tego cierpienia.** (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1908, T. 65, Z. 1). Jeśli rozszerzymy pojęcie zniedołężnienia przedwczesnego tak dalece, jak to czyni Kraepelin i jego szkoła (N. B. w ostatnich czasach Kraepelin znów zwęził pojęcie zniedołężnienia poraźnego, odnosząc znaczną część spornych przypadków do t. zw. »manisch-depressives Irresein«. *Przyp. sprawozd.*), to cierpienie to przedstawiać będzie najznaczniejszy bodaj odsetek ze wszystkich chorób umysłowych; zwłaszcza dotyczy to zakładów dla obłąkanych, które trzymać muszą chorych przewlekłych, nieuleczalnych. Tu też spotykamy w wielkiej ilości końcowe stany zniedołężnienia przedwczesnego. Kölpin opiera się w swej pracy na materyale zakładu dla obłąkanych w Andernach nad Renem. Dla ścisłości wyników poddaje on rozbiorowi tylko przypadki, osobiście przez siebie spostrzegane, odrzucając takie, w których rozpoznanie nie zostało ustalone z całą pewnością, lub wywiady były niedostateczne. Z temi zastrzeżeniami rozporządza on równo stu przypadkami zniedołężnienia przedwczesnego u kobiet.

Pewne trudności napotkał K., zarówno jak i większość poprzednich autorów, przy podziale zniedołężnienia przedwczesnego na trzy kategorye, ustalone przez Kraepelina, zwłaszcza przy odgraniczaniu postaci hebefrenicznej od katatonicznej, a czasami i od paranoidalnej. Starając się trzymać jak najściślej określenia Kraepelinowskiego, zwraca K. baczną uwagę nietylko na przebieg, ale i na zejście choroby. Tym sposobem w liczbie owych 100 przypadków można było ustalić 31 razy hebefrenię, 30 katatonię i 39 postać paranoidalną.

Dziedziczne obciążenie dało się stwierdzić w 50 prc. wszystkich przypadków: mniejszy odsetek, niż u innych autorów (n. p. Kraepelin podaje 70 prc., Lomer nawet 90,86 prc.), objaśnia się tem, iż K. zaliczał tutaj pijaństwo rodziców i wyraźnie zaznaczoną chorobę umysłową w rodzinie, wyłączając wszelkie »nerwowości«, »dziwaczne charaktery« i t. p. Najwyższy odsetek dała postać katatoniczna (61,9 prc. przypadków z obciążeniem dziedzicznem), dalej szła hebefrenia z 45,2 prc. i wreszcie postać paranoidalna z 43,6 prc. K. potwierdza również w pewnym stopniu słuszność spostrzeżenia Lomera, iż w przypadkach zachorowania w późniejszym wieku obciążenie dziedziczne bywało mniejsze: w tych przypadkach K., gdzie początek choroby przypadał na wiek przed 36-tym rokiem życia, obciążenie wynosiło 54,3 prc., w późniejszych zaś latach tylko 40 prc. (u Lomera była większa różnica, bo po 36 latach tylko 28,5 prc.).

Co do przyczyn, wywołujących chorobę, stwierdzić je można było w 33 przypadkach: najczęściej były to wstrząśnienia psychiczne, zwłaszcza nieszczęśliwa miłość. Czynnik ten w hebefrenii podano 8 razy, w katatonii 5 razy, w paranoidalnej postaci 3. Z innych przyczyn zasługuje na uwagę poród; w hebefrenii i paranoidalnej postaci po 1 razie, w katatonii zaś 5 razy (ten ostatni szczegół K. podkreśla). Wrodzone niedołęstwo umysłowe (*imbecillitas*) stwierdzono w 5 przypadkach.

Ciekawe jest zestawienie, w jakim wieku choroba powstała. A więc w hebefrenii najwcześniejszy początek przypada na 14. rok życia, najpóźniejszy na 38. rok; największa ilość przypadków tej grupy w wieku od 26 do 30 lat. W katatonii najmłodsza chora 17 lat, najpóźniejszy początek w 48. r. ż.; maximum od 21 do 25 lat. W postaci paranoidalnej granice zachorowania leżały pomiędzy 16. i 51. r. ż., najwyższy punkt pomiędzy 36. i 40 r. ż., drugie maximum przypadało na 45.—50 r. ż. Wiek średni na początku zachorowania wynosił w trzech grupach: 25,4 27,1—37,1 lat. Uderza tu znacznie późniejsze występowanie postaci paranoidalnej w stosunku do pierwszych dwóch grup; dodać należy, że wpływu przekwitania wykazać nie było można.

Przechodząc do rozbioru obrazu klinicznego każdej z trzech grup, poświęca K. kilka uwag opisanej przez Diehma *»dementia simplex«*. Tę postać hebefrenii spostrzegał K. w 9. przypadkach: występowało tu bardzo powoli osłabienie władz umysłowych bez żadnych dalszych objawów psychicznych; do cięższych postaci stępienia nigdy nie dochodziło. Chorzy tacy byli wybitnie tępi, żadnych wyraźniejszych życzeń lub zajęcia się czemkolwiek nie objawiali; niekiedy łatwo wpadali w rozdrażnienie. Zazwyczaj mogli być jeszcze używani do pracy mechanicznej. Wbrew ogólnemu twierdzeniu, że postać ta jest swoistą dla wieku dojrzewania, K. tylko w 3 swoich przypadkach mógł stwierdzić początek przed 20. r. ż. i u 2 następnych chorych

przed 25. r. ż.; najstarszy wiek na początku choroby był 30 lat. Zastrzedz się należy, że wiek przy powolnem występowaniu choroby mógł być podany w wywiadach niezupełnie dokładnie. Czas od początku choroby do umieszczenia w zakładzie wahał się od 2 do 38 lat. Zwolnień (remisyi) w postaci tej niema. W innych 22 przypadkach hebefrenii choroba rozwijała się również bardzo powoli, w 2 tylko razach określić ją było można, jako podostrą. Zazwyczaj występowały u chorych krok za krokiem postępujące zmiany w ogólnej osobowości psychicznej, z utratą zajęcia się swym zawodem, zaniedbaniem rodziny i obowiązków domowych, znaczną drażliwością i t. d. W połowie przypadków powstały obłędne idee (zwłaszcza urojenia prześladowcze) wraz ze złudzeniami zmysłowemi. Rola jednak urojeń w obrazie chorobowym hebefrenii była zwykle podrzędna, bardzo rzadko wysuwały się one na bliższy plan i wtedy zachodziła konieczność różniczkowania od postaci paranoidalnej. Przebieg przypadków hebefrenii zwykle był stale postępujący, aż do ostatecznego stępienia; zaledwo w niektórych przypadkach bywały wahania lub nieznaczne zwolnienia. Zakończeniem choroby były zazwyczaj mniej lub więcej ciężkie postacie zniedołężnienia umysłowego.

W grupie katatonicznej (30 przypadków) początek bywał prawie zawsze ostry lub ostrawy; bardziej przewlekle rozpoczynała się choroba zaledwie w 6 przypadkach. Więcej, niż u $^2/_3$ chorych zaczęła się choroba od stanu przygnębienia z następczemi złudzeniami zmysłowemi, a często i z urojeniami prześladowczemi i samooskarżeniami. Prawie połowa chorych z początkowym stanem przygnębienia zapadła później w mniej lub więcej ciężkie otrętwienie (*stupor*), którego trwanie było bardzo zmienne (jedna z chorych zakładowych autora znajduje się już 25 lat w takiem otrętwieniu!). W $^1/_4$ przypadków choroba rozpoczęła się od stanu podniecenia, zwykle z wyraźnem zabarwieniem szałowem, różniącem się jednak w znany sposób od »manisch-depressives Irresein«. I tu występowały liczne złudzenia i omamy zmysłowe, urojenia jednak wielkości zdarzały się rzadko. Trwanie stanu podniecenia było również zmienne; w 12 przypadkach naprzemian występowało otrętwienie i podniecenie. Co do przebiegu katatonii, zaznaczyć można, że i tu zarówno, jak i w hebefrenii, urojenia odgrywały rolę tylko przemijającą. Ważniejsze są złudzenia i omamy zmysłowe, które utrzymują się dziesiątki lat i często dają podkład do nagłych wybuchów podniecenia. W grupie katatonicznej skłonność do zwolnień jest daleko wybitniejsza, niż w hebefrenii. Znaczne zwolnienia, mniej lub więcej długotrwałe, a nieraz kilkakrotnie powtarzające się, spotykał K. w $^1/_3$ swych przypadków. Długość zwolnień dochodziła do 10 lat i często chorzy uchodzili w tym czasie za zupełnie zdrowych, a w każdym razie cierpienie ich nie wpadało w oczy. Co do zejścia choroby, to w niektórych przypadkach występowała, jak i w hebefrenii, daleko posunięta ogólna tępota i wybitne przytępienie uczuciowe z usposobieniem jednak do manier i stereotypii; przeważnie bywały cięższe postacie zniedołężnienia umysłowego. W $^1/_3$ przypadków zejściem choroby był znany obraz otrętwienia katatonicznego z upornem milczeniem (*mutacismus*), negatywizmem i t. d. W niewielkiej stosunkowo tylko części tych otrętwień, zmanierowanie i liczne stereotypie występowały na pierwszy plan i panowały nad całym obrazem choroby. I w tej grupie, zarówno jak i w hebefrenii, zasługuje na uwagę drażliwość pewnych chorych i wybitna skłonność do czynów popędowych.

Przypadki, należące do postaci paranoidalnej (39), rozpoczynały się w ogromnej większości mniej lub więcej przewlekle: zaledwo w 4 przypadkach spostrzeżono ostry lub ostrawy początek. Częściej wyraźną chorobę umysłową poprzedzał okres zwiastunów, trwający nieraz latami, kiedy chorzy byli bardzo »nerwowi« lub kiedy sposób ich zachowania się zmieniał się (wielka drażliwość i t. p.). Pierwsze objawy umysłowe polegały zwykle na złudzeniach i omamach zmysłowych, odnoszeniu wszystkiego do siebie, urojeniach prześladowczych i t. p. — W połowie przypadków na początku był stan przygnębienia, w którym wielu chorych usiłowało popełnić samobójstwo. Samooskarżanie w takich przypadkach przygnębienia rzadko występowało. Złudzeń zmysłowych brakło tylko w 5 przypadkach. Co do treści obłędów, to urojenia prześladowcze były we wszystkich przypadkach bez wyjątku; w $^3/_5$ przypadków były urojenia wielkości. Wahania w napięciu objawów chorobowych K. spostrzegał często, natomiast rzeczywistych zwolnień było bardzo mało.

W przebiegu i zejściu postaci paranoidalnej rozróżnia K. 3 typy: 1) W nielicznych przypadkach dochodzi prędko do stworzenia systemu, który przy licznych złudzeniach i omamach zmysłowych, coraz to bardziej wikła się i zatacza coraz nowe kręgi; treść tych urojeń jest zawsze awanturnicza i fantastyczna; chorzy pozostają przy tem przytomni i wrażliwi na afekty; do większych braków w inteligencyi nie dochodzi, lecz po dłuższym czasie zwykle występuje pewne osłabienie władz umysłowych. 2) Najczęstsza postać, gdy również dochodzi do wytworzenia systemu, który jednak bywa zwykle bardzo ograniczony; prędzej, czy później dochodzi tu przebieg do pewnego stałego punktu bez wytwarzania nowych urojeń obłędnych. I tu większych braków inteligencyi nie bywa, aczkolwiek zwykle występuje pewne osłabienie władz umysłowych i przytępienie sfery uczuciowej. 3) W trzeciej grupie, (obejmującej $^1/_5$ przypadków K.) urojenia wcale nie systematyzują się, albo w mierze bardzo ograniczonej i stają się prędko rozproszone, pomieszane. Szybko występuje tu powiększające się stale otępienie umysłowe z zupełnem zaniedbaniem się chorych, postępującem przytępieniem sfery uczuciowej i t. d.

Na podstawie swych spostrzeżeń nie zgadza się K. z rokowaniem Kraepelina w zniedołężnieniu przedwczesnem, zwłaszcza w jego postaci katatonicznej: mianowicie, wbrew Kraepelinowi, nie widział K. nigdy zupełnego i trwałego wyzdrowienia w żadnej z postaci zniedołężnienia przedwczesnego; jeśli nastąpiło wyzdrowienie, to był to obraz tylko bardzo zbliżony do zniedołężnienia przedwczesnego, ale zawsze można było przypuścić bezmysł (*amentia*) lub t. zw. »manisch-depressives Irresein«; zniedołężnienie zaś przedwczesne prawdziwe uważa K. w każdym bez wyjątku przypadku za sprawę chorobową niszczącą (destruktywną). (NB. Kraepelin w ostatnich czasach przychyla się również do zdania, iż większość wyleczonych przypadków z rzekomym obrazem zniedołężnienia przedwczesnego należy właściwie do »manisch depressives Irresein«. *Przyp. sprawozd.*).

Dalej podkreśla K. często napotykaną trudność w odróżnieniu hebefrenii od katatonii i na podstawie swych przypadków potwierdza wypowiedziany już przez innych autorów pogląd, iż podstawę obu tych postaci stanowi jedna i ta sama sprawa chorobowa z bardziej tylko ostrem w katatonii zadziałaniem — zresztą nieznanego dotąd — czynnika szkodliwego.

Wreszcie co do paranoidalnej postaci zniedołężnienia przedwczesnego sądzi K., iż tylko trzeci typ przezeń podany, odpowiadający I. podgrupie Kraepelinowskiej, zaliczony być może do zniedołężnienia przedwczesnego, natomiast pierwsze dwa typy, zgodne z drugą podgrupą Kraepelina, uważać należy za osobną postać chorobową, pośrednią pomiędzy zniedołężnieniem przedwczesnem i pomieszaniem (*paranoia*). Co do ogólnej nazwy omawianej choroby: »zniedołężnienie przedwczesne (*dementia praecox*)«, to K. uważa ją za niewłaściwą, gdyż w większości przypadków cierpienie to powstaje w drugiej połowie życia po minięciu lat rozwojowych. Proponuje on tedy, modyfikując wniosek Grossa, zastąpić tę nazwę inną, odpowiadającą najbardziej znamiennemu objawowi choroby, mianowicie nazwą: *dementia dissociativa*. *Dr St. Rudzki.*

Stiefler. **Porażenie wielu nerwów w następstwie płodowego okręcenia górnej kończyny.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 13). Rzadki taki przypadek miał S. sposobność spostrzegać w insbruckiej klinice neurologiczno-psychiatrycznej. Przypadek ten dotyczył robotnika 32-letniego, który, jeżeliby pominąć objawy przewlekłego alkoholizmu i zmiany, opisane poniżej, był zupełnie zdrowy. Na lewem ramieniu w środkowej trzeciej części znajdowała się bruzda bliznowata wgłębiona, otaczająca w całym obwodzie ramię. W parze z tem istniało poniżej silne niedokształcenie w zakresie dłoni i zesztywniałych palców, mniej wybitne, aczkolwiek wyraźne na przedramieniu i ramieniu. Zakresy działania nerwu pośrodkowego (*medianus*), łokciowego (*ulnaris*), oraz nerwu ramieniowego skórnego przyśrodkowego tylnego (*n. cutaneus brachii medialis ac posterior*) z powodu ucisku uległy znacznym zmianom, przejawiającym się w zanikach, porażeniach i zaburzeniach czucia. S. wyraża zapatrywanie, że o ile podobne przypadki wcześnie dostają się w ręce lekarza, zabieg operacyjny może mieć bardzo dobry skutek. *Dr Blassberg.*

Okulistyka.

Lagrange. **O bliźnie przesączającej w leczeniu jaskry.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 2). Zdaniem L. można uzyskać trwale przesączającą bliznę przez wycięcie skrawka twardówki i wytworzenie ubytku, który pokrywa spojówka, a w który nie wciska się tęczówka dzięki równocześnie wykonanej irydektomii. Brzegi rany po sklerektomii nie mogą spoić się ze sobą dokładnie nawet w przypadkach o małem wzmożeniu napięcia, a ubytek z powodu małej żywotności tkanki twardówkowej i z powodu nieustannego prądu sączącego się płynu nie wypełnia się

ziarniną i nie zarasta. Blizny przesączającej nie należy równać z t. zw. blizną pęcherzykowatą (*cicatrix cystoidea*), ponieważ ta łączy się z wrośnięciem tęczówki, co, jak wiadomo, może być nieustającem źródłem podrażnień zapalnych. L. przytacza spostrzeżenie osoby, operowanej obustronnie z powodu jaskry zapalnej przewlekłej. Na jednem oku wykonano irydektomię w sposób klasyczny bez zarzutu, ale zanik wzroku coraz dalej postępował. Na drugiem oku nastąpiło wrośnięcie tęczówki i powstała blizna pęcherzykowata. Tu wzrok się poprawił i następnie utrzymywał się bez zmiany, ale chory cierpi bezustannie na to oko z powodu zadrażnienia, bolu i światłowstrętu. Spostrzeżenie to dowodzi jasno, że blizna pęcherzykowata lepiej wprawdzie wzrok zabezpiecza, ale bynajmniej nie odpowiada wszystkim wymaganiom. Wymagania te spełnia blizna przesączająca (*cicatrice filtrante*), wytworzona przez sklerektomię, połączoną z irydektomią.

K. W. Majewski.

Rollet, Aurand. **Badania doświadczalne nad zakażeniami naczyniówki.** (*Arch. gén. d'Opht.* 1908, Nr 1). Wszczepienie do naczyniówki grzybka promienicy nie wywołało znamiennych wybujałości w samej naczyniówce, ale w jednym przypadku wytworzyło ognisko przerzutowe w wątrobie. Bezpośrednie szczepienia do naczyniówki prątka Hansena, pleśnicy (*oïdium albicans*), prątka Ebertha, prątka okrężnicy i prątka Pfeifera pozostały bez skutku. Pośrednie zakażenie naczyniówki promienicą i prątkiem Pfeifera miało również ujemny wynik. Prątek Hansena, wprowadzony do ciała szklistego, wywołuje już 6-go dnia posokowate zapalenie (*hyalochorioiditis septica*) z przebiegiem przewlekłym, wiodące do zaćmienia soczewki. Zakażenie jednak nie uogólnia się. Prątek Ebertha, zaszczepiony do ciała szklistego, wywołuje tylko nieznaczne zmiany, ograniczające się do miejsca wszczepienia. Natomiast prątek okrężnicy wywołuje już po 6 dniach zapalenie siatkówki i naczyniówki, ciała szklistego (*retinochorioiditis septica, hyaloiditis*), a wreszcie zaćmę (*cataracta dystrophica*). Ale nawet w doświadczeniach, 7 miesięcy trwających, nie wywołał ten prątek żadnych zmian ogólnych, co się tłómaczy znaną odpornością królików wobec niego. Pleśnica wywołuje już 5. dnia zmiany w naczyniówce i siatkówce, które po 2 tygodniach przybierają wejrzenie znamienne. Są to guzki, postaci zaokrąglonej, śnieżysto białej barwy, zlewające się ze sobą i pokrywające się z czasem nowo wytworzonemi naczyniami. Przylegająca siatkówka ulega pewnym zmianom odczynowym, wyrażającym się jej zgrubieniem i przybraniem szarawej barwy. W porównaniu z zakażeniem kropidlakiem (*aspergillosis*) zakażenie pleśnicą posiada mniejszą siłę, nie wiedzie bowiem do zniszczenia gałki, ani się nie przerzuca. *K. W. Majewski.*

Scott Lamb. **Miażdżyca naczyń krwionośnych w oku.** (*Ophthalmology* 1908, Vol IV., Nr 2). Ważną jest rzeczą umieć rozpoznać zapomocą wziernika pierwsze, najwcześniejsze objawy rozpoczynającej się miażdżycy naczyń na dnie oka: lekkie zamglenie siatkówki w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego i nieznaczne zatarcie granic tarczy, drobne zgrubienia w przebiegu włosowatych rozgałęzień naczyń i zlekka zaznaczająca się *tortuositas*, zwłaszcza w okolicy plamki żółtej, oraz na obwodzie siatkówki. Dopiero w późniejszych okresach występują znane białe obwódki, podwójne kontury naczyń i wyraźne znaczne zgrubienia. Wczesne rozpoznanie zmian miażdżycowych jest dlatego ważne, że tylko w pierwszych okresach odpowiednie leczenie może dać pomyślne wyniki. *K. W. Majewski.*

Lefebvre. **Wypalenie wnętrza gałki przy zapaleniu całego oka** (*panophthalmitis*). (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). Po krzyżowem przecięciu rogówki i wypuszczeniu soczewki wprowadza się termokauter w postaci zakrzywionego noża w głąb gałki i wypala nim i wydobywa całą jej treść zropiałą aż po twardówkę. Dla przyspieszenia operacyi należy termokauter kilkakrotnie wyjmować i przez wyżarzenie do białości wyczyszczać jego ostrze, oblepione zwęglonemi resztkami tkanek. Po wypaleniu całej treści oka wypłukuje się wnętrze gałki rozczynem dwujodku lub sinku rtęci, zakłada mały setonik i opatrunek wilgotny, który się następnie codziennie zmienia.

K. W. Majewski.

Nelson Spratt. **O wszywaniu kul parafinowych do torebki Tenona. Sprawozdanie z 40 operowanych przypadków.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. IV., Nr 2). Autor odpiera zarzuty, stawiane tej metodzie operacyjnej, na podstawie 40 własnych przypadków, z których w jednym tylko u 75-letniego starca gałka parafinowa wydostała się na zewnątrz z torebki Tenona. We wszystkich innych przypadkach nastąpiło doraźne zagojenie się z zachowaniem podkładu parafinowego i wyniki kosmetyczne były bardzo korzystne. Przez przecięte mięśnie proste przewleka S. nitki, poczem po dokonanem wyłuszczeniu oka wprowadza do torebki Tenona po jej należytem wypłukaniu kulę twardej parafiny odpowiedniej wielkości. Następnie ponad nią zeszywa parami mięśnie proste na krzyż, a ponad nimi ściąga spojówkę szwem torebkowatym. Odczyn po operacyi tej bywa zazwyczaj taki, jak po wypatroszeniu. Korzyści kul parafinowych, w porównaniu z kulami szklanemi i metalowemi, są wedle doświadczenia S. następujące: 1) Kule parafinowe są niedrogie i łatwo je sporządzić; 2) nie ulegają stłuczeniu, jak kule szklane; 3) parafina wywołuje mniejsze zadrażnienie, niż jakikolwiek inny materyał, a tem samem nie tak łatwo zostaje z ustroju usunięta; 4) w krótkim czasie wytwarza się dookoła kuli parafinowej torebka włóknista. *K. W. Majewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie w dniu 1. czerwca 1908.

1) Czł. Marchlewski zdaje sprawę z pracy p. J. Dunin-Borkowskiego p. t.: **O działaniu hemolitycznem soli rtęciowych.** Autor oznacza kolorymetrycznie stopień hemolizy krwinek zwierząt następujących: królika, barana, krowy, świni, cielęcia i psa. Im trudniej jest oddzielić krwinki od surowicy, tem mniej są one wrażliwe na działanie środków hemolizujących. Stosunek pomiędzy koncentracyą związków, a stopniem hemolizy nie okazuje żadnej prawidłowości. Hemoliza nie zależy wyłącznie od ilości wolnych ionów. Granice pomiędzy hemolizą częściową, całkowitą i aglutynacyą ciałek są bardzo wyraźne. Krzywe aglutynacyi są nieciągłe. Badanie szybkości reakcyi wykazuje: iż zależnie od koncentracyi stała reakcyi k z biegiem czasu maleje, pozostaje bez zmiany lub wzrasta, ze wzrostem koncentracyi k zawsze wzrasta. Stosunek $k_{\vartheta+10}$ do $k_{\vartheta} = 4{,}3$ u królika, 2,6 u psa, Stałą charakterystyczną μ oznaczono ze stałych reakcyi i zapomocą metody Madsena; μ ze wzrostem temperatury wzrasta. Nie należy oznaczać μ powyżej 35—37°, gdyż pod wpływem temperatur wyższych ciałka hemolizują się nawet w fizyologicznym rozczynie soli.

2) Czł. Cybulski przedstawia pracę p. R. Nitscha p. t.: **Poszukiwanie bakteryi przeciwcholerycznych w powietrzu.** Według Miecznikowa zachorowanie na cholerę zależy nietylko od obecności bakteryi cholery, ale też i od tego, czy flora przewodu pokarmowego danego osobnika sprzyja rozwojowi cholery, czy nie. Tak też tłómaczy Miecznikow fakt, że Wersal był zawsze wolny od cholery, chociaż w Paryżu ona silnie grasowała. Autor zbadał powietrze w Wersalu i w Paryżu ze względu na obecność bakteryi przeciwcholerycznych i znalazł w powietrzu wersalskiem 11 takich kolonii (t. j. na 19 obojętnych 1 przeciwcholeryczną), a w Paryżu 4 takie kolonie (t. j. na 62 obojętnych 1 przeciwcholeryczną).

(Treść innych 4 prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 3. czerwca 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Prezes kol. Borzęcki, przypominając, że za parę dni odbędzie się IV. Zjazd lekarzy czeskich, w gorących słowach zachęca do wzięcia licznego udziału.

3) Prezes zawiadamia, że na telegram, wysłany na pierwsze posiedzenie Towarzystwa lek. w Siedlcach, przyszła odpowiedź z podziękowaniem.

4) Kol. Kostanecki zawiadamia, że wybrany przez Towarzystwo komitet celem zwalczania gruźlicy postanowił w zasadzie połączyć się z lwowskiem Towarzystwem zwalczania gruźlicy. Również na posiedzeniu subkomitetu postanowiono ułożyć projekt nowego statutu Towarzystwa, który o tyle będzie różny od starego, że będzie kładł główny nacisk na Koła miejscowe, a tem samem przyjdzie do pewnego rodzaju decentralizacyi. Następnie kol. Kostanecki wnosi, żeby Towarzystwo lekarskie powierzyło definitywne załatwienie tej sprawy wybranemu komi-

tetowi. — Wniosek jednogłośnie przyjęto, poczem przystąpiono do właściwego porządku posiedzenia naukowego.

5) Kol. Ciechanowski przedstawił i objaśnił: *a*) Okaz **nieprawidłowego położenia nerki,** znalezionego przy sekcyi 16-miesięcznego dziecka (PS. 402, 1908). Nerka prawa, prawidłowego kształtu i wielkości, znajduje się w prawidłowem położeniu; tuż poniżej niej po tej samej stronie (prawej) leży druga nerka, (która powinnaby leżeć po stronie lewej), zwrócona ku tyłowi wnęką, od której odchodzący moczowód wpada do pęcherza w miejscu prawidłowem, t. j. po stronie lewej; do tej niżej położonej nerki dochodzą 2 tętnice, z których wyższa, cieńsza, odchodzi od tętnicy głównej, dolna, grubsza, od tętnicy biodrowej wspólnej prawej tuż poniżej podziału aorty; odchodząca od nerki żyła wpada do żyły głównej dolnej. *b*) Okaz zwężającego odźwiernik guza (PM. 148, 1908), wyciętego przez Doc. Dra Rutkowskiego, a złożonego drobnowidowo wyłącznie z tkanki



Fig. 1.

włóknistej. *c*) Okaz mnogich **uchyłków pętli esowatej** u 65-letniej kobiety (PS. 431, 1908), usadowionych w miejscach silnie rozwiniętych przydatków sieciowych (*appendices epiploicae*). *d*) Okaz pierwotnego **śluzaka serca,** wychodzącego z przegrody międzyprzedsionkowej (PS. 383, 1908), a znalezionego przy sekcyi 35 letniej kobiety, zmarłej wśród objawów zwężenia i niedomykalność zastawki dwudzielnej w klinice lekarskiej U. J. (Przypadek ten ma być osobno opisany).

6) Kol. Kader przedstawił: *a*) 3 przypadki **raka sutka.** Mowca operował te przypadki tak, jak i wszystkie inne, z usunięciem mięśnia piersiowego wielkiego i małego i części m. zębatego wielkiego, z wyłuszczeniem wszystkich gruczołów pod pachą, oraz tkanki tłuszczowej i łącznej na całej przestrzeni pola operacyjnego, zwłaszcza w okolicy naczyń. Mowca operuje tak doszczętnie zasadniczo każdy przypadek od lat 15 (wyjątki są bardzo rzadkie). Przy zakładaniu opatrunku pooperacyjnego ustawia K. od lat 6 ramię w położeniu prawie poziomem w celu zapewnienia późniejszej swobody ruchów (por. fotografie: fig. 1, 2 i 3). Skórę w pasze należy przyszyć od wewnątrz do klatki piersiowej w celu uniknięcia krwiaków. Pomimo tak doszczętnego zabiegu odsetek nawrotów jest duży.

b) Przypadek obustronnej **stopy płaskiej** u dziewczyny 15-letniej, operowany przez usunięcie kości czółenkowatej i plastyczne przedłużenie ścięgna Achillesa. Opatrunek gipsowy utrwalający w silnej supinacyi z wytworzeniem sklepienia stopy. Sposób ten zastosował K. w 4 przypadkach, po raz pierwszy 5 lat temu. We wszystkich przypadkach wynik ostateczny bardzo dobry.

c) Chłopiec ze **złamaniem** chirurgicznej szyjki **kości ramieniowej, leczonem zapomocą wyciągu** w maksymalnem odprowadzeniu i elewacyi. K. zwrócił uwagę na doskonałe wyniki czynnościowe przy tej metodzie leczenia, pomimo że anatomiczne wyniki pozostawiają wiele do życzenia.

d) Dziewczynka 11-letnia **po krwawem nastawieniu zwichnięcia stawu łokciowego,** powikłanego złamaniem nadkłykciów, i wyrzeźbieniu stawu z wynikiem stosunkowo bardzo dobrym. Ruchomość stawu wynosi 65°, kąt maksymalnego zgięcia 63°, a rozgięcia 128°. Przed operacyą bezwzględnie sztywne ustawienie w położeniu zupełnie wyciągniętem.

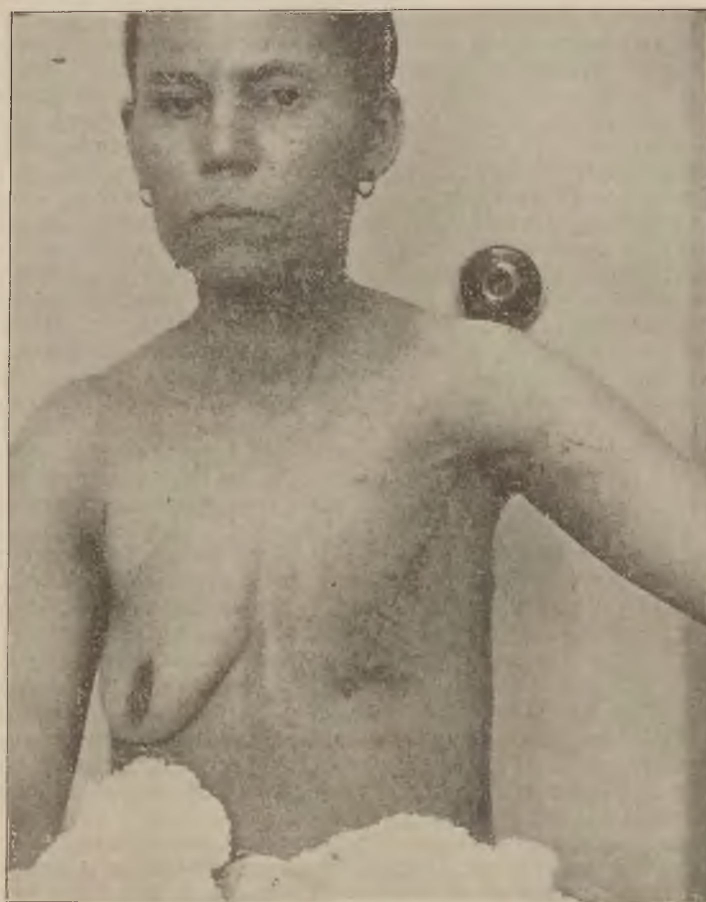


Fig. 2.

e) Chora 27-letnia **z zapaleniem szpiku kości biodrowej.** K. zwrócił uwagę na zwodniczość położenia przetok, które znajdowały się nizko na udzie, dochodząc aż do kolana; można było przypuszczać, że sprawa wychodzi z uda. Okolica kości miednicznej bez zmiany. Po trepanacyi k. biodrowej drenował K. od strony pośladkowej.

f) Chory 26-letni z **przepukliną pachwinową** jednostronną, leczoną w Chicago przez jednorazowe **wstrzyknięcie parafiny** do i w okolicę kanału pachwinowego. Parafina przedstawia się w postaci peloty płaskoowalnej, plastycznej, doskonale zapobiegającej (w dwa lata po zabiegu) nawrotowi przepukliny. Chory zgłosił się do kliniki z powodu nerwobolu w pachwinie.

g) Oprócz tych przypadków przedstawił prof. Kader preparat **nerki z wybitnemi zmianami gruźliczemi,** pochodzący z kobiety 22-letniej. Chora ta z powodu bolów w prawym boku i bolesnego oddawania moczu udała się przed 2 laty do jednego z lekarzy, który rozpoznał gruźlicę pęcherza moczowego i leczył ją miejscowo. Stan chorej poprawił się o tyle, że chora zdawała się zupełnie wyleczona. Tymczasem w jesieni roku zeszłego znowu pojawiły się bole w prawym boku. W maju roku bieżącego chorą przyjęto do kliniki z powodu ropnia przynerkowego. K. ropień przeciął; wydobyła się spora ilość ropy. Na

drugi dzień chora umarła. Autopsya stwierdziła gruźlicę nerki i gruźlicę prawego moczowodu z zupełnem zarośnięciem ujścia moczowodu w pęcherzu. K. zaznaczył, jak to już niejednokrotnie czynił, że gruźlica pęcherza moczowego nigdy się nie zdarza samoistnie, ale zawsze ognisko sprawy znajduje się wyżej, t. j. w nerce. I tym razem należało z samego początku usunąć nerkę, a gruźlica pęcherza przeszłaby sama przez się.

7) Kol. Radliński przedstawił: *a*) chorego, l. 29, leczonego z powodu bardzo silnych **przykurczeń spastycznych kończyn dolnych** (choroba Littlea). Dokonano przecięcia w typowy sposób ścięgien zginaczy w dołach podkolanowych, ścięgien mięśni przywodzących, napinaczy powięzi szerokiej i mm. najdłuższych uda (*m. sartorii*). Prócz tego celem zmniejszenia przewodnictwa wstrzyknięto do obu obnażonych nerwów kulszowych po 1 ctm.³ 80% wyskoku (*alcoh. abs. 80·0, sol. tropacocaini 2%—20·0*). Po paru miesiącach ustalenia w gipsie wynik



Fig. 3.

dobry: chory może prosto stać i chodzić o kijach. Skłonności do nawrotu spastycznego stanu mięśni niema, przeciwnie jest nieznaczny niedowład w mięśniach łydek i obniżenia czucia w okolicach, odpowiadających nerwom kulszowym poniżej wstrzyknięcia.

b) Chorego l. 63 ze **zwężeniem cewki moczowej** pochodzenia tryprowego. Z powodu jeszcze w części wiszącej prącia rozpoczynającego się szeregu zwężeń, ułożonych na długiej przestrzeni i z powodu niemożności dokonania w tych warunkach typowego wycięcia zwężeń (*stricturectomia*), dokonano przed miesiącem uretrotomii wewnętrznej przyrządem Maisonneuvea. Obecnie cewka jest drożna dla Nr 24 Charrièrea.

c) Chorego, który wśród napadu padaczkowego upadł kroczem na jakiś twardy przedmiot i po przyjściu do przytomności zauważył ból na kroczu i krwiomocz. Do kliniki przybył po 12 dniach z wysoką gorączką, naciekiem moczowym krocza i objawami **urazowego przerwania cewki.** Dokonano uretrotomii zewnętrznej i założono cewnik przez prącie i ranę do pęcherza. Przednia ściana cewki zachowana, o wytworzeniu tylnej przez szwy mowy nie było z powodu silnego posokowatego zakażenia rany kroczowej. Przebieg zupełnie pomyślny. Cewnik na kroczu już — po 25 dniach — zakryty ziarniną. Zakażenie pęcherza nie nastąpiło w stopniu znaczniejszym.

d) Kol. Radliński wspomina o przypadku **zwężeń tryprowych** cewki u chorego 54-letniego, któremu przy usiłowaniach rozszerzenia cewnikami porobiono szereg dróg fałszywych okołocewkowych w dawnych latach poza kliniką. Przy zewnętrznej uretrotomii nie można było trafić wskutek zmienionych warunków anatomicznych do pęcherzowego końca cewki. Zrobiono cięcie nadłonowe pęcherza i tą drogą odnaleziono przebieg cewki. Linia zwężeń za długa do stricturektomii; wskutek tego założony cewnik obszyto tylko szwami okołocewkowymi. Przebieg pomyślny. Wszyscy ci chorzy mają się zgłaszać co miesiąc do zgłębnikowania.

8) Kol. Tomaszewski przedstawił **dwa ciała obce,** pieniądz i gwizdawkę, które wydobył **z przełyku** u trzyletnich dzieci zapomocą ezofagoskopu z ruchomem ustawieniem elektroskopu, pomyślanem przez Prof. Kadera i dającem łatwość manipulowania światłem. Pieniądz tkwił w przełyku 6 tygodni i nie wywołał odleżyny.

9) Kol. Nüssenfeld przedstawia **wyniki badań nad oddziaływaniem treści pokarmowej** i chemizmem trawienia u chorych, u których wykonano **gastroenterostomię** (*poster. retrocolica antiperistaltica modo Kader*) z powodu zwężenia odźwiernika natury łagodnej (zwężenie bliznowate po wrzodzie). Badania, przeprowadzone na 7 chorych, stwierdziły: *a*) W 4 przypadkach obecność wolnego kwasu solnego i stosunki trawienia prawidłowe; oddziaływanie treści wybitnie kwaśne; *b*) w 3 przypadkach oddziaływanie kwaśne, wolnego kwasu solnego brak, kwas mleczny wyraźnie obecny. Badania przeprowadzano w dłuższy czas po zabiegu, w jednym przypadku w 3 lata po dokonanej operacyi.

10) Kol. Kasprzyk przedstawia 12-letnią chorą z powodu **wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego** lewego. Skrócenie kończyny funkcyonalne 8 ctm., silne wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód utrudniony i niewytrzymały, dotkliwe bole przy chodzeniu. Cięciem podłużnem według Lorenza dotarto międzymięśniowo do stawu, po podwiązaniu dokładnem naczyń otwarto zgrubiałą, przerosłą i silnie ku górze wyciągniętą pochewkę, usunięto zgrubiałe i przerosłe więzadło okrągłe, w końcu po pogłębieniu wydatnem i wymodelowaniu panewki dokonano odprowadzenia główki, wciągając odprowadzoną i skręconą na wewnątrz kończynę przy równoczesnym silnym ucisku na krętarz. Wobec silnej antewersyi główki założono opatrunek ustalający w silnem skręceniu około 90° wewnątrz i w odwiedzeniu (abdukcyi), pozostawiając ostateczną poprawę ustawienia kończyny do następowej osteotomii.

W dyskusyi, jaka wywiązała się z powodu przedstawionych przez Dra Radlińskiego chorych, Prof. Kader zaznaczył, że jest zwolennikiem jedynie tylko uretrotomii zewnętrznej z wycięciem zwężenia i częściowem zszywaniem cewki.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich w szpitalu powszechnym dnia 4. VI. 1908.

Przewodniczący kol. Kramarzyński. Jako goście obecni lekarze wojskowi załogi przemyskiej.

1) Kol. Herman oprowadza zgromadzonych po oddziale chirurgicznym, przedstawiając operowanych m. i. ozdrowieńców po gastroenterostomii, po śródpęcherzowem wyłuszczeniu sterczu sposobem Freyera, po resekcyi stawu kolanowego z powodu gruźlicy, kilku chorych z wyłuszczonymi gruczolakami zołzowymi szyi, chorą po laparotomii, wykonanej z powodu otorbionego ropnego zapalenia otrzewnej, wywołanego zgorzelinowem zapaleniem wyrostka robaczkowego, chorą po wycięciu żyły odpiszczelowej (*v. saphenae minoris*) z powodu wrzodu goleni i t. d.

2) Kol. Süsswein *a*) zdaje sprawę z wyników, jakie osiągnął, lecząc **zmiękńienie kości adrenaliną.** Dotąd leczył tym środkiem siedem chorych, pięć razy z wynikiem dodatnim, dwa razy bez skutku. Z obecnie leczonych przedstawia dwie, z których jedną uważa za wyleczoną, u drugiej zaś stwierdza wybitną poprawę, jakkolwiek leczenie rozpoczęto dopiero przed paroma dniami. Po wstrzyknięciu adrenaliny zauważał często dreszcze i bole głowy. — W dyskusyi przemawiali kol. Grabscheid, Ehrlich, Majewski i prelegent.

b) Kol. Süsswein przedstawia chorą, która przed dwoma laty złamała kość ramieniową prawą. Chora opowiada, że bezpośrednio po wypadku zwróciła się do lekarza, który założył

opatrunek ustalający. Ten nie ruszany leżał przez cztery tygodnie. Przez cały ten czas palce miały być obrzękłe i sine. Dopiero w tydzień po zdjęciu opatrunku obrzęk ustąpił, lecz sprawność kończyny dotychczas nie wróciła. Przedmiotowo stwierdza się: oś kości ramieniowej prawidłowa, w dolnej $^1/_3$ nieznaczne zgrubienie, odpowiadające miejscu złamania, dobrze zresztą wygojonego, wybitny zanik mięśni ramienia, przedramienia i ręki, ruchy czynne zachowane wszystkie, lecz bardzo upośledzone, jakby niedowładne, podczas ruchów czynnych mięśnie drgają: czucie nieupośledzone. **Zwyrodnienie mięśni** jest tu **następstwem zbyt ciasnego** i zbyt długo niezmienianego **opatrunku po złamaniu.**

3) Kol. Małaniuk przedstawia chorego, który przysłany został do szpitala z powodu zgorzeli niemal całej goleni. Jak z wywiadów wynika, **zgorzel** wystąpiła w parę tygodni **po wielokrotnem złamaniu podudzia** i powstania jej nie można sobie czem innem wytłómaczyć, jak tylko tem, że skutkiem zbyt luźnego opatrunku, odłamki nieodprowadzone zacisnęły światło naczyń. U chorego tego goleń odjęto sposobem Sabanejewa, gdyż chory zyskuje wtedy kikut, na którym bez dalszych zabiegów opierać się może bezpośrednio na kuli. — W dyskusyi przemawiał kol. Herman.

4) Kol. Doliński przedstawia *a)* chorą, u której przed kilkunastoma dniami **zresekował** kawał **jelita** z powodu zgorzeli w uwięzniętej przepuklinie udowej. Uwięznięcie nie trwało nawet 36 godzin. Przepuklina była ścienną. *b)* Chorą *(virgo intacta)*, u której ze względu na młody wiek wyłuszczył z macicy jeden wielki i dwa małe włókniaki podsurowicze, zachowując zresztą nietkniętą anatomiczną ciągłość narządu rodnego.

5) Kol. Lenartowicz okazuje chorego, przyjętego do szpitala z powodu gruźlicy najądrza, a u którego żyła odgoleniowa *(v. saphena magna)* w okolicy dołu owalnego wytwarza ograniczony żylak, naśladujący przepuklinę udową. — W dyskusyi kol. Majewski wspomina o przypadku, w którym ropień zimny, opuszczający się po mięśniu lędźwiowoudowym, naśladował przepuklinę udową.

6) Kol Herman: *a)* stosował systematycznie elektrargol w zakaźnem zapaleniu szpiku uda, w septycznem zapaleniu pęcherzyka żółciowego i t. d. stale z wynikiem ujemnym. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia o środku tym powiedzieć może H. tylko, że dawki 10 gr znosi ustrój bez szkody, a raczej obojętnie; *b)* natomiast kilka razy przekonał się H. o dzielności fizostygminy, podawanej podskórnie po 1 mlgr, jako środka pobudzającego ruch robaczkowy jelit. Wyższość tego środka nad analogicznie działającą atropiną polega głównie w tem, że fizostygmina niemal całkowicie wolną jest od działań ubocznych. *c)* Następnie kol. H. okazuje i omawia preparaty anatomiczne z dwóch przypadków **wgłobienia.** W pierwszym przypadku *(invaginatio colica)* nastąpiło wgłobienie w miejscu przejścia okrężnicy zstępującej w pętlę esowatą. Odpochwienie udało się bardzo łatwo, poczem wyczuć można było w świetle jelita guz wielkości mandarynki. Guz sprawiał wrażenie nowotworu złośliwego, przeto z podwójnego wskazania przystąpiono do wycięcia odpowiedniego odcinka kiszki. Operowany zmarł wśród objawów ostrego zapadu. W następnym przypadku z preparatu, uzyskanego w czasie operacyi, okazało się, że chodziło o podwójne wgłobienie. Wgłobienie *(invaginatio enterica)*, jakie powstało tuż przed zastawką Bauhina, wpochwiło najpierw resztę jelita biodrowego do kątnicy, a następnie samo w nią się wsunęło, tworząc zwyczajne wgłobienie biodrowokątnicze *(ileo-coecalis)*. Stąd to podczas operacyi stwierdzono dwie szyjki. Odprowadzenie mimo ponawiane próby nie udawało się. Musiano przeto wyciąć całe wgłobienie wraz z odpowiednią częścią jelita doprowadzającego, które skutkiem całkowitego zamknięcia, trwającego już piątą dobę, znacznym i na rozległej przestrzeni uległo zmianom. Operowany umarł po pięciu dalszych dniach po operacyi wśród objawów utrzymującej się niedrożności jelit. Wycięte jelito, na którem prócz zgorzelinowych, innych zmian nie znaleziono, mierzy 160 cm. W końcu wspomina kol. H. *d)* o przypadku **zgorzeli pętli esowatej,** spowodowanej podwójnem okręceniem się tejże około osi krezki; *e)* o śmiertelnym **zatorze tętnicy płucnej** w 10 dni po zupełnie gładko przebiegającej operacyi doszczętnej wolnej przepukliny pachwinowej i *f)* o ujemnym wyniku po **naciągnięciu nerwów** zwoju pachowego i nastrzykaniu w każdą gałązkę po kilka kropel 25% rozczynu siarkanu magnowego w początkowym okresie **drżączki poraźnej,** kiedy to charakterystyczne drgania ograniczone były wyłącznie niemal do kończyny górnej prawej. Sekretarz: *Süsswein.*

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

35) Erdheim i Stumme (Wiedeń): **Zmiany przysadki mózgowej w ciąży.** Zgrubienia części miękkich, jak nosa, warg i rąk u ciężarnych mogłyby być w związku, analogicznie do akromegalii, ze zmianami przysadki mózgowej. E. i S. badali pod tym względem 150 przysadek i stwierdzili powiększenie w wymiarze poprzecznym i zwiększenie wagi prawie $2^1/_2$ razy. Na przekroju przysadka (zwykle czerwono-szara) z końcem ciąży przybiera barwę białą i dopiero w kilka tygodni po porodzie odzyskuje prawidłowe zabarwienie. Drobnowidowo stwierdzili E. i S. również zmiany przejściowe.

36) Fessler (Monachium): **Próby nad działaniem niemieckiego pocisku z płaszczem niklowym.** Próby wykonał F. w bawarskiej strzelnicy wojskowej na odległość 50—1500 m. Wlot strzału jest zwykle zaczerniony od prochu; zaczernienie to sięga aż do ścięgna. Wylot postrzału jest zawsze większy, zwłaszcza w czaszce, na 150 metrów; rzadko spotyka się tutaj szczeliny. Płaszcz kuli pęka rzadko. Wogóle nowy ten pocisk sprawia jednak uszkodzenia większe.

Chirurgia jamy brzusznej.

37) Rovsing (Kopenhaga): **Gastrodiafanoskopia i gastroskopia.** R. poleca ze względu na częste trudności rozpoznawcze, badanie żołądka także przy operacyi już po jego otwarciu wziernikami, do czego podaje odpowiednie narzędzia, dozwalające równocześnie żołądek przy badaniu wydymać.

38) Rubritius (Praga): **Wyniki chirurgicznego leczenia niezłośliwych chorób żołądka.** Następowe badania przypadków, operowanych z powodu niezłośliwych chorób żołądka, stwierdziły 53 prc. wyleczeń, 12 prc. polepszeń, 8 prc. przeobrażeń rakowych.

39) Neuhaus (Berlin): **Wyniki badań czynności żołądka ze względu na wpływ gastroenterostomii.** W przypadkach badanych w krótki czas po gastroenterostomii spotyka się żółć i sok trzustkowy w żołądku, natomiast już w rok do półtora po operacyi w wielu przypadkach już żółci ani soku trzustkowego w żołądku nie ma, co dowodzi, że żołądek przyszedł do siebie i odźwiernik przepuszcza treść. Należy brać w rachubę także bliznowate zaciąganie się otworu operacyjnego.

40) Credé (Drezno): **Połączenie żołądka z jelitem z pomocą przypalenia.** C. nie otwiera światła żołądka i jelita, lecz przypala żegadłem Paquelina błonę surowiczą i mięsną. Śluzówka zostaje zaś następowo przeżartą, co zwykle dzieje się 4—5 dnia. Nieraz chorzy sami odczuwają wtedy podmiotowo poprawę. Sposób ten ma podług C. wielkie zalety, bo dozwala operować zupełnie jałowo. C. operował tak już 8 razy.

41) Heddaeus: **Skutki całkowitego wyłączenia jelita grubego** (przez połączenie jelita biodrowego z pętlą esowatą). Całkowite wyłączenie jelita grubego pociąga za sobą poważne, a nieraz groźne następstwa, powinno też być stosowane jedynie w ostateczności.

42) Canon (Berlin): **Wyłączenie jelit przez połączenie biodrowo-esowate.** W przypadku wyłączenia jelita grubego z powodu zmian przymiotowych, spostrzegał C. nadzwyczaj silną wydzielinę z wyłączonej części, natomiast biegunki występowały stosunkowo rzadko.

43) Schloffer (Insbruk): **O przewlekłych zapalnych guzach powłok brzusznych po operacyach przepuklin.** Występujące czasem w pewien czas po operacyach przepuklin guzy w powłokach brzusznych nie są nowotworami, lecz przewlekłemi zmianami zapalnemi, tworzącemi się około podwiązek.

44) Brenner (Linz): **Operacya przepukliny pępkowej zapomocą zdwojenia płatów.** Ubytek zakrywa B. dwoma płatami (z pochewek mięśni prostych), położonymi jeden na drugim.

45) Ritter (Greifswald): **Doświadczalne badania nad uwięznięciem przepuklin.** R. wywoływał u psów sztucznie uwięznięcie jelita, przeciągając pętle przez wązki otwór w płycie kauczukowej i wywołując potem w przeciągniętej pętli przekrwienie.

46) Ruge (Berlin): **Przyczynki do anatomii chirurgicznej dróg żółciowych.** Przewód pęcherzykowy wpada bardzo

rzadko pod kątem ostrym do przewodu żółciowego wspólnego; zwykle biegnie tuż obok przewodu wątrobowego, nieraz nawet z nim jest zrośnięty lub otacza go grajcarkowato. Długość przewodu waha się od 2—11 cm. Przewód wątrobowy dzieli się nieraz na gałęzie tuż przy ujściu przewodu pęcherzykowego i z tego powodu w podobnych przypadkach sączkowanie przewodu wątrobowego odprowadza żółć tylko z jednego płatu wątroby. Z tych też powodów zaleca R. jedynie sączkowanie przewodu żółciowego wspólnego. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wybory do Izby lekarskiej w Krakowie. Według obwieszczenia Namiestnictwa we Lwowie z dnia 22. maja 1908 r. mają lekarze zamieszkali i praktykujący w Krakowie wybrać w dniu 30. czerwca b. r. czterech członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i czterech zastępców. Prawo wybierania i wybieralności ma każdy lekarz, uprawniony do wykonywania praktyki lekarskiej, jeżeli nie zrzekł się wyraźnie tego prawa, nie zostaje w czynnej służbie wojskowej lub przy rządowych władzach politycznych i jeżeli przeciw niemu niema dochodzenia w Radzie honorowej Izby lekarskiej. Magistrat miasta Krakowa przesyła obecnie lekarzom, uprawnionym do wyboru, karty głosowania, które po wypełnieniu należy podpisać w odpowiednio oznaczonem miejscu, albowiem karty bez podpisu wyborcy będą uznane za nieważne. Zaklejoną kartę głosowania należy opatrzyć napisem: »Karta głosowania do Izby lekarskiej« i najpóźniej w dniu 30. czerwca b. r. oddać, lub przesłać do miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie. Można je też przesłać pocztą; należy je w tym celu włożyć do koperty, opatrzonej odpowiednim adresem.

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi, założone z inicyatywy Dra S. Sterlinga z początkiem r. b., wybrało do Zarządu (t. zw. »Sekretaryatu«) Dr W. Pinkusa, S. Skalskiego i J. Jokla. Na 3 zebraniach organizacyjnych Koła opracowano regulamin i powzięto szereg uchwał, między niemi 3 ważniejsze: Jedna z nich określa wysokość wynagrodzenia za pomoc lekarską dla robotników, druga postanawia utworzenie stałego biura ekspertyz lekarskich, trzecia zaś opiewa: »Lekarze fabryczni odmawiają Towarzystwom ubezpieczeń wydawania opinii ostatecznych o skutkach wypadków przy pracy«. Chodzi tu mianowicie o orzeczenia co do stopnia utraty zdolności do pracy zawodowej. Wydawaniem tych orzeczeń zajmować się będzie odtąd nowo utworzone biuro ekspertyz, złożone z 9 członków, wybranych przez Koło, a urzędujących grupami po 3 (każda grupa przez 4 miesiące). (Czas. lek. 5). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 20. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Hranki 1), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 3), Horodenka (Daleszowa 1)), Jaworów (Jazów stary 3), Lisko (Krzywe 1), Peczeniżyn (Akreszory 2, Berezów n. 2), Rawa (Manastyrek 1), Skałat (Iwanówka 3, Okno 1, Krasne 1), Sokal (Spasów 4), Stanisławów (Komarów 1), Zborów (Pleśniany 1), Złoczów (Remizowce 6), Żółkiew (Dobrosin 2).

W powiecie liskim i gródeckim do przeprowadzania dezynfekcyi używa się przyrządów pomysłu Dra Gąsiorowskiego »Therm« z bardzo dobrym skutkiem. Lekarze delegowani podnoszą zalety tego przyrządu, a mianowicie sprawność w użyciu przyrządu i możność stosowania go do odkażania kożuchów, futer i t. p. przedmiotów, których w dotychczas używanych przyrządach nie można było odkazić, gdyż ulegały zniszczeniu. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14. do 20. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 77, nieżywo 1; zmarło osób 58 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1, płonicy 5 (3), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 20. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 5 † —), krztuśca 9, płonicy 15 † 5 (4 † 3), odry 27 (3), duru brzusznego 5 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 20. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy 1, płonicy 63 † 15 (5 † —), odry 14 † 2, duru brzusznego 5 † 1 (2 † —), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1. *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Profesor Julian Kosiński, obchodzić będzie w d. 30. b. m. jubileusz półwiekowej działalności lekarskiej, który Towarzystwo lekarskie warszawskie uczci uroczystym obchodem.

Pięćdziesięcioletni jubileusz pracy, w naszym zawodzie tak rzadki, tym razem tem żywsze budzi uczucia u ogółu lekarzy polskich, że złote te gody obchodzi Nestor chirurgów polskich, wychowawca całego szeregu pokoleń lekarskich, jeden z ostatnich przedstawicieli świetnych tradycyi warszawskiej Szkoły głównej, który działalnością swą naukową, piśmienniczą, dydaktyczną i praktyczną znakomicie Ojczyźnie swej się zasłużył.

Nazwisko swe zapisał Czcigodny Jubilat niestartymi głoskami na kartach historyi medycyny polskiej i w pamięci wszystkich lekarzy naszych; toteż w dniu Jego jubileuszu ze wszystkich ziem naszych popłyną wyrazy hołdu i serdeczne życzenia, by w takiem zdrowiu i z taką świeżością umysłu, jakie do dziś w siedemdziesiątym piątym roku swego życia zachował, jeszcze jaknajdłużej pracować mógł ku pożytkowi kraju i społeczeństwa.

Na XV. Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10. i 11. lipca r. b. **w Krakowie,** zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

16) Bronisław Szerszyński (Warszawa): O wpływie cholecystenterostomii na ustrój. (Praca doświadczalna wykonana wspólnie z St. Hubickim).

17) Antoni Leśniowski (Warszawa): W sprawie gruczołów przytarczycowych (*glandulae parathyreoideae*).

18) Prof. Aleksander Rosner (Kraków): Chorionepithelioma malignum (z dem. prep.).

19) Tenże: O skombinowanem znieczuleniu skopolaminą i tropakokainą.

20) Friediker (Kraków): O równoczesnem pojawieniu się raka w żołądku i jajnikach.

21) Morawski (Kraków): Tuberculosis salpingum (z dem. preparatów).

22) Owsiński (Kraków): Włókniak cewki moczowej (z dem. preparatów).

23) Przybylski (Kraków): Temat zastrzeżony.

24) Prof. Roman Barącz (Lwów): W sprawie leczenia promienicy.

25) Tenże: Przyczynek do chirurgicznego leczenia rwy kulszowej.

26) Tenże: Żebra szyjne, a choroba Raynauda.

27) Tenże: O odjęciu kończyny przy ropowicy (*phlegmone*).

28) Chlumsky (Kraków): O leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Kursa dla lekarzy odbędą się w roku bieżącym w miesiącu grudniu na Wydziale lekarskim we Lwowie.

Kraków. Wybory do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na najbliższą kadencyę odbędą się 30. b. m. Ubolewać należy, że termin ogłoszono w dziennikach zaledwo na tydzień przed wyborami, t. j. 23. czerwca, chociaż Namiestnictwo wydało obwieszczenie o wyborach już przed miesiącem, 22. maja.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Rudolf Lach, rodem z Ryglic w Galicyi.

— Zastępstwa za lekarzy objąć można na 2—3 miesięcy na Śląsku austryackim w Karwinie i w Jabłonkowie. Wiadomości o zastępstwie w Karwinie (przy kasie brackiej: dziennie 15 koron, ewentualne dochody z praktyki prywatnej, mieszkanie, wikt, powóz na wyjazdy do chorych) udzieli Dr Jan Buzek (Dombrowa, Śląsk austr.), — o zastępstwie w Jabłonkowie Dr Sikora (Jabłonków).

— W łaźni ludowej w Krakowie, założonej przez Miejską Kasę oszczędności, wydano od założenia, t. j. przez 13 miesięcy i 24 dni 50,276 kąpieli. Na założenie instytucyi ochrony dzieci w Krakowie przeznaczyła Kasa świeżo 100,000 K.

Lwów. Prof. Dr Antoni Mars wybrany został rektorem uniwersytetu na r. 1908/9.

— Na dorocznem Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa

higienicznego w d. 22. VI. b. r. wybrani zostali do wydziału: Dr Józef Merunowicz, Szczepan Mikołajski, Ogórek-Pankowa, E. Piasecki, K. Zgórski i A. Kuhn.

Warszawa. Na organizacyjnem zebraniu Towarzystwa przeciwgruźliczego, odbytem w d. 15. VI. 1908 pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego, wybrano 12 członków Rady i 4 zastępców; wśród nich wybrani zostali z lekarzy: Dr A. Sokołowski, Dunin, Hewelke, J. Jaworski, B. Dębiński, Geisler, Chodecki. Na pierwszem zaś posiedzeniu Rady w d. 20. VI. wybrano prezesem Dr Alfreda Sokołowskiego. Na temże posiedzeniu wybrano kilka komisyi (finansową, redakcyjną i t. p.), zajmowano się sprawą rozpowszechnienia broszury Dr Łagowskiego, sprawą odkażania mieszkań w letniskach i nadzoru nad mlekiem.

— Sosnowicki oddział Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego przystąpił do zebrania statystyki gruźlicy wśród robotników w Zagłębiu Dąbrowskiem zapomocą kwestyonaryusza, ułożonego przez Dr M. Wołkowicza.

Z różnych stron. Pruskie ministerstwo oświaty sprzeciwiło się ze względów zasadniczych habilitacyom kobiet, zgodziło się zaś na dopuszczenie kobiet do immatrykulacyi.

— Przyrządów dezynfekcyjnych jest obecnie w Prusiech 3,725 (1,066 parowych, 2,659 formalinowych), egzaminowanych dezynfektorów 2,703.

— Olbrzymi dar ofiarował lord Mount Stephen szpitalowi im. króla Edwarda w Londynie, składając trzykrotnie po 5 milionów koron.

— W Czerniowcach zaszedł tragiczny przypadek pracownianego zakażenia nosacizną. Prof. Luksch, któremu pękła probówka z hodowlą, wyszedł wprawdzie jak dotąd cało, ale asystent Arnost, oraz urzędnik i służący zakładu zmarli.

Mianowani: asystentami-eksternami szpitali warszawskich lekarze: W. Goździcki, Olbracht, Szpikowski, Garszyński, Ettinger, Kaczyński, Konarzewska, Reklewski, Kulesza, Mamrot; lekarką miejscową szpitala Jana Bożego S. Suszczyńska; lekarzami ambulatoryów szpitalnych w Warszawie: Eljaszberg, Salberg, Herc, Holub, von Herc.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w czerwcu 1908: *Gazeta lekarska Nr 21—24:* A. A. Heiman: Z kazuistyki porażeń urazowych ucha. Cykowski: (dok.). Barszczewski: Podstawy i zasady radyodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrznych. J. Jaworski: Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. Filipkiewicz: Etyologia i wyniki leczenia rwy kulszowej na podstawie 1023 spostrzeganych przypadków. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 22—25:* Endelmann (dok.). Klęsk: Tężec (sprawozdanie poglądowe). Nowak St.: W sprawie zasady postępowania lekarskiego przy poprzecznych zaniedbanych położeniach płodu. Rzętkowski: W sprawie leczenia otyłości. Korybut-Daszkiewicz: Przypadek włośnicy u 15-letniego chłopca. Biehler Matylda: Przyczynek do badań nad mlekiem kobiecem, jako źródłem gruźlicy. Hertz: Dwa przypadki krwotocznego zapalenia nerek w przebiegu niedostateczności zastawek aorty. — *Tygodnik lekarski Nr 22—25:* Ehrlich: Przyczynek do hebosteotomii. Smużyński (c. d.). Reis: Uodpornienie Romera w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki. Blumenfeld: O próbach serodyagnostycznych w kile. Herman: Podwójny krwiak zewnątrzoponowy po urazie. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz., zesz. II:* Rotstadt: Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Gedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 6:* Sołomowicz: O ośrodkach ślinianki podszczękowej. Klecki i Wrzosek: W sprawie przechodzenia mikrobów, we krwi krążących, do moczu. Bolewski: Dwa przypadki ropnia lewego płatu skroniowego, pochodzenia usznego. Herman: Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzniętych. Szuman: Torbiel jajnika z osobliwą zawartością. — *Czasopismo lekarskie Nr 5:* Helman: Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów. Maybaum: O przyjętem obecnie leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego Brudziński: II. Sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi za rok 1907. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu w Nałęczowie za rok 1907. — *Postęp okulistyczny Nr 4—5:* Rumszewicz: O wolem oku. Rosenhauch: Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. — *Kronika dentystyczna Nr 6:* Leyzerowicz: O uśpieniu chloroformowem w gabinecie dentysty. Klejn: O doraźnem plombowaniu zębów, dotkniętych zapaleniem miazgi. Friedländer: O nadtlenku wodoru i zastosowaniu jego w stomatologii. — *Przegląd higieniczny Nr 6:* Dalszy ciąg artykułów Karwowskiego, Maślanki i Bruchnalskiego. — *Zdrowie Nr 6:* J. Jaworski: 1) Popierajmy polskie zdrojowiska i uzdrowiska. 2) Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. 3) Sprawa reklamowania zdrojowisk i uzdrowisk. Sokołowski: Nad morze. Polak: Podstawy higieniczne do opracowania projektu szpitala dla chorób zakaźnych. — *Głos lekarzy Nr 11—12:* Weinsberg: W sprawie organizacyi lekarzy. Klęsk. Prostytucya w Japonii. — Próby zbliżenia wzajemnego lekarzy narodowości słowiańskich. — Projekt rządowy ustawy o wykonywaniu sztuki wprawiania zębów i t. d. — Wybory do Izby wschodnio-galicyjskiej. — Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy. — Sprawozdanie Towarzystwa higienicznego za r. 1907. — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Klęsk: W sprawie t. zw. soku mięsnego »Puro«. — Mikołajski: Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.
Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 4. lipca 1908. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Wszechnicy lwowskiej.
(Dyrektor: Prof. Dr Antoni Gluziński.)

O lewulozuryi pokarmowej.

Podał

Dr Antoni Sabatowski, elew rządowy kliniki.

Obecność cukru w moczu jest zawsze objawem zboczenia ustrojowego. Niektórzy wprawdzie przypuszczają, że znikomo małe ilości cukru znajdują się w każdym moczu prawidłowym, ale ilości, dające się wykryć naszymi dotychczasowymi sposobami badania są dowodem przelotnego lub stałego schorzenia ustroju. Z odmian cukru wykryto i zbadano w moczu cukier sześcioatomowy prawo- i lewozwrotny (dekstrozę i lewulozę i cukier mleczny), cukry pięcioatomowe, czyli pentozy, a są już poszlaki, że zjawia się czasem w moczu jakiś cukier, silniej płaszczyznę polarymetru na prawo skręcający, niż dekstroza, być może, że siedmioatomowy.

Jakość wydzielanego cukru nie jest bez różnicy dla chorego, bo kiedy dekstrozurya stała jest poważnem i groźnem dla życia schorzeniem, pentozurya przebiega często bez objawów upośledzenia zdrowia; o lewulozuryi stałej trudno wyrokować wobec bardzo skąpej ilości przypadków dokładnie zbadanych i opisanych, dotychczas znane są bowiem tylko 2 przypadki lewulozuryi czystej (S e e g e n i K ü l z, S c h w a r z), około 30 przypadków cukrzycy mieszanej z obecnością lewulozy obok dekstrozy i kilka przypadków niepewnych, z tych n. p. 2 M o r a c z e w s k i e g o, z których opisu niewiadomo, czy obok wykrytej lewulozy był jeszcze jaki gatunek cukru, czy nie.

Brak dokładności i wszechstronności w badaniu moczów cukrowych jest powodem, dla którego tak mało wiemy o cukromoczu lewozwrotnym stałym i przejściowym; natomiast doświadczenia nad lewulozuryą pokarmową są już dosyć liczne i zasobne w dodatnie wyniki. Bez dokładnego jednak zbadania lewulozuryi samoistnej nie można się z badań nad lewulozuryą pokarmową spodziewać otwarcia dalszych nowych horyzontów w zawiłej na ogół sprawie cukrzycy. Powinno to być dostatecznym bodźcem dla każdego lekarza, aby znalazłszy w moczu cukier, starał się też zbadać jego gatunek.

W tym celu mamy cały szereg sposobów badania, które, wzajemnie się uzupełniając, dać mogą nawet mniej wprawnemu w badanie chemiczne, dokładny obraz, jaki gatunek, czy gatunki cukru ma przed sobą.

Z prób ściśle chemicznych pomijam znane próby redukcyjne, nie mogące służyć do różniczkowania cukrów, jako takie, które polegają na wspólnej cukrom własności odtleniania soli metali ciężkich. Nowsze badania dowiodły też, jak często próby redukcyjne mogą zawieść; S a h l i w swym podręczniku dyagnostyki wymienia całą litanię ciał chemicznych, które w moczu znajdować się mogą i wtedy dają próby redukcyjne (S a h l i: Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethoden 1905, str. 517). Pomijam próbę fenylhydrazynową, jako kłopotliwą bardzo dla niewprawnych, a również nie bez zarzutu; tak samo wątpliwej nieraz wartości bywa wynik polaryzacyi moczu. Wystarczy przypomnieć, że po pierwsze bywają w moczu ciała, skręcające płaszczyznę polaryzacyi, a nie będące cukrami, jak n. p. kwas glykuronowy (daje także próby redukcyjne), β-oksymasłowy, santał, przetwory benzosolu i t. p. Ciała te w moczu nie należą do rzadkości, zwłaszcza kwas glykuronowy, który się zjawia po niektórych lekach, jak kamfora, mentol, chloral i t. p. Po drugie, wynik polaryzacyi może być błędny wskutek równoczesnej obecności cukru prawo- i lewozwrotnego. Klasycznym jest tu przypadek L i o n a (Münch. med. Wochs. 1903), w którym stosunek dekstrozy do lewulozy w moczu był taki, że polaryzacya dawała θ. Kontrolną poniekąd dla polaryzacyi próbą jest fermentacya, wyłącza ona bowiem po większej części te ciała, które cukrami nie będąc, wpływają na wynik polaryzacyi. Z drugiej jednak strony zauważyć trzeba, że niektóre cukry, jak n. p. pentozy, nie fermentują, a zato są węglowodany, które fermentują, jeśli są zmieszane z cukrem fermentującym (t. zw. »Mitgährung«). Pozatem wszystkiem fermentacya nie daje pojęcia o odmianie cukru fermentującego.

Tak więc z dawniejszych prób, żadna nie może służyć do bliższego oznaczenia gatunku cukru lub rozgatunkowania mieszaniny. W tym celu używamy dziś trzech prób: orcynowej, B i a l a i S e l i w a n o w a. Próba orcynowa polega, jak wiadomo, na odczynach barwnych, charakterystycznych dla pojedynczych gatunków cukru i tak: dla arabinozy fiołkowo-czerwony, dla ksylozy fiołkowo-błękitny, dla dekstrozy brunatno-czerwony, dla lewulozy brunatny, po ochłodzeniu żółknący, dla mieszaniny dekstrozy i lewulozy występuje zwykle najpierw zabarwienie od lewulozy, potem od dekstrozy. Próba ta ma jeszcze tę dobrą stronę, że wyłącza odrazu kwas glykuronowy, z którym daje zabarwienie zielone, błę-

kitniejące nieco na zimno; przy starannem wykonaniu próby odczyny barwne występują wcale wyraźnie i można je nawet skontrolować spektroskopem kieszonkowym.

Próba Biala (pentozy) jest również wcale czułą pod warunkiem, że odczynnik nie jest stary i rozłożony, wreszcie Seliwanowa (lewulozy) jest przy zachowaniu pewnych ostrożności i wyraźna i dostatecznie czuła. Rozbieżne zupełnie sądy o wartości tej próby, a ważność jej wielka przy badaniach nad lewulozuryą, skłoniły mnie do badań nad sprawnością tego odczynu. Badałem odczyn najpierw w wodnym rozczynie lewulozy Scheringa i przekonałem się, że przy ostrożnem gotowaniu, można zabarwienie charakterystyczne czerwone uzyskać przy obocności zaledwie: 0,005$^0/_0$ lewulozy, gdy natomiast już w rozczynie 0,05 lewulozy próba Nylandra nie daje wyniku. Porównywałem te dwie próby umyślnie, ponieważ przy obu ogrzewa się płyn nieco dłużej, przez co on się zagęszcza, parując.

To zagęszczanie się płynu jest powodem, że próba Seliwanowa wypada w moczach silnie wysyconych niewyraźnie i może dać powód do błędnego rozpoznania lewulozuryi. Wprawdzie mocz taki zagęszczony jest zawsze tylko czerwono-brunatny, a mocz z próbą Seliwanowa dodatnią, czerwony, nieco mętny, ale mniej wprawnemu badaczowi o pomyłkę łatwo. W celu wyjaśnienia próby, odbarwiałem mocz octanem ołowianym, a w przesączu próba Seliwanowa dawała już niedwuznaczne wyniki aż do 0,1$^0/_0$ lewulozy w moczu, przyczem również próba Nylandra nie dawała już wyników. Dla kontroli powinno się osad moczu z próby Seliwanowa przepłukać alkoholem etylowym, przesącz taki ma wtedy rubinową barwę, jeśli lewuloza jest obecną. Przelotne zabarwienie czerwone, jakie czasem powstaje zaraz po rozpoczęciu próby Seliwanowa, a w czasie gotowania niknie, pochodzi od azotynów — jak dowiódł Adler. Tak więc próba Seliwanowa jest zupełnie zadowalającym probierzem lewulozy, jeśli się błędy możliwe wyłączy przez stosowanie polarymetru i fermentacyi.

Załatwiwszy chemiczną stronę sprawy, przystąpmy do fizyologicznej. Jestto badanie sprawności ustroju chorego lub podejrzanego o schorzenie wymiany materyi. W tym wypadku chodzi o sprawność w przyswajaniu i spalaniu cukrów, rzecz od lat kilkunastu badaną z rozmaitem powodzeniem. Co do dekstrozuryi pokarmowej, t. j. występującej po podaniu *per os* wielkich ilości dekstrozy (zwykle 100 gr), to wyniki badań są dosyć marne i nie rokują wiele na przyszłość (Bierens de Haan: Archiv f. Verdauungskrank. Bd. IV), lewulozurya pokarmowa może się zato pochlubić poważnymi wynikami.

Ściślejszych badań nad wydzielaniem cukrów sześcioatomowych niema poza dekstrozą i lewulozą. Nad wydzielaniem pentoz pracowali Bial i Blumenthal, ale nie zaszli jeszcze daleko. Cukry podaje się zwykle w ilości 100 gr na raz, dla dorosłego człowieka. W prawidłowym ustroju powinna ta ilość być spalana całkowicie. Mocz zbiera się przez 4—5 godzin w porcyach co godzinę; jeśli w czasie doświadczenia chory dostanie biegunki, to stolce muszą być zbadane co do podawanego cukru. Jestto ostrożność, nie zawsze przestrzegana, a opieszałość w tym względzie mści się na wynikach badań. Taki n. p. Landsberg, podając lewulozę w przypadkach marskości wątroby, znalazł zaledwie w 43$^0/_0$ lewulozuryę pokarmową; chorzy jego dostawali często biegunek, stolce nie były badane co do lewulozy, ale Landsberg na podstawie pobieżnych spostrzeżeń staje w opozycyi do wielokrotnie stwierdzonych praw i teoryi. Mnie udawało się wykazać lewulozę w wodnistych stolcach, oddanych w 2—3 g. po zażyciu lewulozy, spostrzegałem wprost znikanie lewulozy z moczu po oddaniu stolca. W dniu podawania cukru chory nie powinien brać leków, dających w moczu redukcyę lub skręcających płaszczyznę polaryzacyi, — co się samo przez się rozumie.

Załatwiwszy się tak z techniką badania sprawności cukrowej ustroju, przystąpmy do wyników badań dotychczasowych. Ostateczny cel tych badań, poznanie istotnych przyczyn cukrzycy, stosunku cukromoczu przejściowego do stałego, cukromoczu pokarmowego do ustrojowego, schorzeń wątroby trzustki i nadnerczy do cukrzycy, — cel ten prawdopodobnie dosyć jest jeszcze od nas daleko. Znamy całe grupy zjawisk, ale nie umiemy ich jeszcze łączyć w jedną całość. Najlepiej zaokrągloną całość przedstawiają badania nad lewulozuryą pokarmową. Rozpoczęte znakomicie przez Sachsa w roku 1899 (Zeitschr. f. klin. Med.) na żabach, którym wyjmował wątrobę, a przeprowadzane potem na ludziach z marskością wątroby, dały zaraz podstawę do przypuszczenia, że sprawność przeróbki cukru lewozwrotnego zależy od stanu wątroby, że podupada ona przy schorzeniach tego gruczołu, a zanika prawie zupełnie po wyjęciu jego z ustroju (n. p. u żab). To podupadanie przeróbki lewulozy przy schorzeniu wątroby, objawiające się lewulozuryą pokarmową, spostrzegało i opisało po Sachsie tylu badaczy, że nie można tego uważać za objaw przypadkowy. Ze znanych mi z piśmiennictwa wyników doświadczeń nad lewulozuryą, na 171 badanych przypadków w 141 osiągnięto wynik dodatni. (Moje doświadczenia nie są liczone). Wyniki ujemne przypisać w części należy błędom w wykonaniu próby lub jej ocenianiu (n. p. przy biegunkach), a może nieraz i błędnemu rozpoznaniu cierpienia wątroby tam, gdzie go nie było. Badaniom poddawano wszelkiego rodzaju choroby wątroby: nowotwory, marskość, kamicę, stany zapalne i nieżytowe dróg żółciowych i t. p. Przez czas jakiś istniał nieodparty zarzut, że także u chorych, nie cierpiących wcale na wątrobę, można wywołać lewulozuryę pokarmową; że ten zarzut był bezpodstawny dowiódł w roku 1905 Rebaudi (La Clin. med. Ital.), stwierdzając na 39 przypadków chorób zakaźnych w 38 przyp. lewulozuryę i tłómacząc to zmianami miąższowemi wątroby, spotykanemi zawsze przy sekcyi takich przypadków. Miałem sposobność stwierdzić zdanie Rebaudiego w kilku przypadkach duru brzusznego i zapalenia płuc, gdzie lewulozurya pokarmowa wyraźna w czasie natężenia choroby, znikała w okresie zdrowienia.

Moje poszukiwania nad lewulozuryą pokarmową miały za zadanie skontrolować wyniki dawniejszych badań, zbadać sprawność wątroby zastoinowej, wyjaśnić stosunek żółtaczki t. zw. »nieżytowej« do chorób dróg żółciowych, jakoteż stwierdzić odporność chorych na cukrzycę co do lewulozuryi pokarmowej. Prócz tego zbadałem wartość próby Seliwanowa, o czem wspomniałem poprzednio. Materyał mój, składający się z 78 przypadków, zaczerpnąłem przeważnie z kliniki Prof. Gluzińskiego, w poje-

dynczych zaś przypadkach z kliniki chorób skórnych Prof. Łukasiewicza i z oddziału chorób zakaźnych Prym. Dr Arnolda. Sprawozdanie z pierwszej seryi mych doświadczeń (20 przyp.) ogłosiłem w »Gazecie lekarskiej« (1906, Nr 51 i 52), tutaj zajmę się tylko ogólnymi wynikami badań w stosunku do ugrupowania chorób. Z ogólnej liczby badanych 78 chorych było:

20 przypadków marskości wątroby (tak postać zanikowa, jak i przerostowa),
8 przyp. żółtaczki t. zw. »nieżytowej«,
1 » » kiłowej,
1 » » z ropieniem miąższu wątroby,
16 » wątroby zastoinowej,
6 » guzów wątroby,
8 » cukrzycy (prawozwrotnej),
1 » moczówki prostej,
8 » duru brzusznego,
4 » zapalenia płuc włóknik.,
2 » gruźlicy płuc podostrej,
3 » choroby Basedowa.

Oprócz tych 78 chorych klinicznych, poszukiwałem lewulozy u chorych przychodnich z cukrzycą, zawsze jednak znajdowałem tylko cukier prawozwrotny w moczu. Przychodnim lewulozy nie podawałem.

Na wstępie zaraz zaznaczyć muszę, że wymioty i biegunki po podaniu lewulozy spostrzegałem rzadko. Na ogólną ilość około 120 badań (wielu chorych kilkakrotnie brało lewulozę) wypadają 6 razy wymioty (zawsze u kobiet) i 7 razy biegunki, z tego tylko w 2 przypadkach silniejsze. Prawdopodobnie podawanie lewulozy w postaci lemoniady zamiast ckliwego rozczynu wodnego było przyczyną, że wymioty zdarzały się rzadko. Oprócz lewulozy podawałem przy marskości wątroby dekstrozę i laktozę w dawkach również po 100 gr, otrzymałem jednak tylko 2 razy dekstrozuryę (przypadki nowotworów trzustki w połączeniu z marskością wątroby, jeden z nich sekcyjny). (Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej c. k. Uniwersytetu Jag. pod kierunkiem Prof. W. Jaworskiego.

Nauka Aleksandra Poehla i wyniki uzyskane jego przetworami w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1906/7.

Podał

Dr Stanisław Szurek, asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Od czasów Virchowa każdy nowożytny klinicysta widział i uznawał w chorobie tylko morfotyczne zmiany w komórce, tkance, narządzie, rozpoznawał chorobę tylko tam, gdzie jej objawy mógł wysłuchać, wypukać, lub mikroskopowo stwierdzić, a zapominał całkowicie o tem, że każda komórka żyje i ma swój chemizm, inny w zdrowym, a inny w chorym stanie. Poehl, idąc śladem innych, a głównie Robina, podnosi z naciskiem, że do zrozumienia i pogłębienia naszych wiadomości o istocie wielu chorób konieczna jest znajomość ogólnych lub miejscowych zaburzeń wymiany materyi, odzwierciedlających się w zmianach składu moczu, a zaniedbanej i mało uwzględnianej chemii fizyologicznej przywraca równorzędne z morfologią stanowisko.

W naszej klinicznej szkole krakowskiej od czasu ś. p. prof. Ed. Korczyńskiego organoterapia budziła zawsze żywe zajęcie. Z kliniki naszej wyszło sporo prac, omawiających ten nowy dział lecznictwa i niejednokrotnie podejmowano (Lud. Korczyński) próby z organoterapeutycznymi przetworami. W zeszłym roku szkolnym ze względu na Zjazd przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie z polecenia Prof. Jaworskiego podjęto na większą skalę u nas również próby z przetworami Poehla. Potrzebnych do tego celu przetworów ze szczodrobliwą i uznania godną ofiarnością dostarczył nam Zakład Prof. Poehla i synów w Petersburgu, za co na tem miejscu składam mu podziękowanie. Przetworów tych wyrabia Zakład sporo, jak *adrenalinum Poehl*, jeden z działających składników synergetycznej grupy nadnercza, *cerebrinum*, resp. *opocerebrinum Poehl*, synergetyczną grupę istoty mózgowej, *enterinum Poehl*, resp. *opoenterinum*, synergetyczną grupę wydzieliny gruczołów Lieberkühna i Brunnera, *haemoglobinum Poehl* o własnościach żyjącej, czynnej Hb., *hepatinum Poehl* (*opohepatinum*), synergetyczną grupę komórek wątrobnych, *hypophisynum Poehl* (*opohypophysinum*), synergetyczną grupę przysadki mózgowej, *lieninum Poehl* (*opolieninum Poehl*), synergetyczną grupę śledziony; *mamminum Poehl* (*opomamminum Poehl*), synergetyczną grupę gruczołów mlecznych, choleinian sodowy (*natrium choleinicum*), sól sodową kwasów żółciowych (glykocholowego i taurocholowego), *orchidinum Poehl* (*opoorchidinum*), zawierające jako najważniejszy składnik sperminę, *ovarinum Poehl* (*opoovarinum*), synergetyczną grupę jajników, *pancreatinum Poehl* (*opopancreatinum*), synergetyczną grupę gruczołu trzustkowego, *pepsinum, prostatinum* (*opoprostatinum*) *Poehl*, synergetyczną grupę gruczołu krokowego, *reniinum Poehl* (*oporeniinum*), synergetyczną grupę nerki, *sal physiologicum Poehl*, mieszaninę wszystkich nieorganicznych, osmotycznie czynnych składników surowicy krwi, *sperminum Poehl, suprarenalinum Poehl* (*oposuprarenalinum*) synergetyczną grupę nadnercza, *thyminum* (*opothyminum, Poehl*), synergetyczną grupę grasicy, *thyreoidinum Poehl* (*opothyreoidinum*), synergetyczną grupę gruczołu tarczowego i przytarczowego (*gl. thyreoidea i parathyreoidea*). Z przetworów tych stosowaliśmy głównie sperminę, cerebrynę, adrenalinę, reniinę i hemoglobinę.

Wskazania do podawania sperminy są bardzo rozległe i nie masz prawie choroby, w którejby rozmaici autorowie nie otrzymywali pewnych dodatnich wyników. Zgodnie z rolą sperminy jako zaczynu utleniającego, ma ona wedle Poehla być wskazaną przedewszystkiem w różnorakich samozatruciach, towarzyszących rozlicznym chorobom, a cechujących się obniżoną zasadowością krwi i zmniejszonym współczynnikiem utlenienia w moczu, w wiądzie jako środek wzmacniający (*tonicum*) układ nerwowy, w miażdżycy tętnic, w skazie moczanowej i dnie jako samozatruciach, w cukrzycy ze względu na upośledzenie spraw oddychania, w gnilcu i niedokrwistościach, w nerwicach czynnościowych, a zwłaszcza w neurastenii ze względu na wybitnie tonizujące działanie, w wiądzie rdzenia i pewnych cierpieniach ocznych, a zwłaszcza zaniku nerwu wzrokowego, w chorobach serca, jak w wyrównanych wadach serca, w stłuszczeniu mięśnia sercowego lub niedomodze jego z powodu

zwyrodnienia ze względu na regulujący wpływ sperminy na czynność serca i napięcie naczyniowe, w chorobach nerek z powodu ułatwienia pracy nerkom przez zwiększenie oddychania śródtkankowego i odtrucie toksycznych wytworów wstecznej wymiany, dalej w gruźlicy, dławcowem zapaleniu płuc na tej zasadzie, że w doświadczeniach Loewyego i Richtera nad zakażeniem dwoinkami zapalenia płuc spermina ratowała zwierzęta, które otrzymały potrójną i poczwórną ilość dawki śmiertelnej jadu, dalej w durze brzusznym, cholerze, kile, w końcu z nader pomyślnym wynikiem jako lek skrzepiający (*analepticum*) przy, albo po uśpieniu chloroformowem.

Co do nas najlepsze stosunkowo wyniki uzyskaliśmy przy podawaniu sperminy w nerwicach czynnościowych, a przedewszystkiem w neurastenii. Z 4 przypadków. które przez czas dłuższy mieliśmy sposobność spostrzegać w dwóch po czterotygodniowem stosowaniu wstrzykiwań sperminy dała się uzyskać trwała poprawa, w jednym poprawa była przemijająca, a w czwartym wynik był bardzo nieznaczny. Poprawa odnosiła się zarówno do sfery psychicznej, jak i somatycznej. Pod wpływem wstrzykiwań znikała cielesna i duchowa anergia, usposobienie poprawiało się, chorobliwe obawy (*phobiae*) i bole ustępowały, sen stawał się lepszy, a apetyt powracał. Jako lek wzmacniający układ nerwowy miałaby spermina w pewnych przypadkach niejakie znaczenie i wpływ dodatni. Z tych 4 spostrzeżeń pozwalam sobie przytoczyć dwa w skróceniu:

1) *Cerebrasthenia.* M. S., urzędnik kancelaryjny, lat 32, dziedzicznie nie obciążony, cierpi na neurastenię od szeregu lat. Wyskoku i tytoniu miał nie nadużywać, kiły nie przechodzić. Jako przyczynę swej choroby podaje silne zmartwienia i przeciążenie pracą biurową. Skarży się na uporczywe zawroty głowy, uczucie ucisku na szczycie głowy, bezsenność, niepokój i ustawiczną trwogę, niezdolność skupienia myśli nawet na kilka minut, tak że wszelka praca biurowa jest dlań od pewnego czasu niemożliwa. Uważa się za ciężko chorego i przypuszcza u siebie powolny rozwój jakiejś nieokreślonej choroby umysłowej. Porady lekarskiej zasięgał już niejednokrotnie z wynikiem, jak dotąd, stale ujemnym.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa nic nieprawidłowego z wyjątkiem bladości powłok i błon śluzowych, obniżenia dolnej granicy żołądka z wyraźnem pluskaniem i obecności skąpej treści kwaśnej w żołądku czczym; badanie zaś układu nerwowego stwierdza zwolnienie assocyacyi, upośledzenie pamięci, trudność skupienia uwagi, bolesność kręgosłupa, wzmożenie odruchów ścięgnistych, drżenie kończyn i wyraźne osłabienie siły mięśniowej.

Po bezskutecznem stosowaniu bromu, lecytyny i płukaniach żołądka rozpoczęto wstrzykiwania sperminy Poehlowskiej codziennie jedną ampułkę. Już po 5 wstrzyknięciach stan psychiczny chorego się poprawia, usposobienie staje się weselsze, łaknienie się wzmaga, a w całem ciele ma on uczucie, dawno niedoznawane, rzeźwości i świeżości. Po kilkunastu dalszych wstrzyknięciach stan jego ogólny staje się tak wyborny, że uważa się za wyleczonego prawie całkowicie i dalsze zastrzykiwania uważa za niepotrzebne. Wstrzykiwania prowadzi się jednak dalej aż do liczby 30, poczem chory prawie całkowicie uwolniony od swych dotychczasowych dolegliwości powraca napowrót do swego biurowego zajęcia. Od tej chwili upłynęło już blisko 1½ roku, a poprawa ta a właściwie wyleczenie dotąd trwa.

2) *Neurasthenia.* S. K., student uniwersytetu, lat 26, w toku przygotowywania się do ostatniego egzaminu dostaje silnego rozstroju nerwowego. Uskarża się na brak łaknienia, bezsenność, małą wytrwałość w pracy i tak wielkie czasami przygnębienie, że z obawy przed niedokończeniem swych studyów czepia go się chwilami myśl samobójstwa. W głowie ma uczucie pustki, to znowu przelewania się, a na skórze uczucie chłodu, to gorąca, to palenia, to znów mrowienia. Podobne cierpienie miał przechodzić już raz w życiu w czasie przygotowywania się do egzaminu dojrzałości, tylko w znacznie łagodniejszej postaci.

Badaniem przedmiotowem można stwierdzić tylko przyspieszenie czynności serca z lekką niemiarowością tętna, wybitną dermografią, fosfaturyą, objaw Romberga, wzmożenie pobudliwości mechanicznej i odruchów.

Z powodu bezskuteczności dotychczasowego leczenia zalecono choremu wstrzykiwania podskórne sperminy Poehla. Znosi je dobrze bez żadnego miejscowego odczynu. Po pierwszych wstrzyknięciach jest zrażony brakiem natychmiastowej poprawy i skutkiem tego nie ma do tego sposobu leczenia najmniejszego zaufania. Po kilkunastu wstrzyknięciach można zauważyć pewną zmianę na lepsze w jego stanie ogólnym, a w chorym poczyna się rodzić ufność w zalecone leczenie. Po 35 wstrzyknięciach stan ogólny tak cielesny, jak i psychiczny, są tak dobre, że chory rozpoczyna ponownie swe przerwane studya i szczęśliwie dobija do kresu. Obecnie mija już dwa lata blisko, a równowaga w układzie nerwowym dalej się utrzymuje bez zmiany.

Również pewien wpływ korzystny daje się czasami spostrzegać w wiądzie rdzenia. Z 3 przypadków wiądu rdzenia, spostrzeganych przez nas w jednym po 40 wstrzyknięciach bole przeszywające ustąpiły zupełnie, w drugim zelżały znacznie, w trzecim pozostały w tej samej sile. We wszystkich dała się jednak stwierdzić pewna większa lub mniejsza podmiotowa poprawa, poprawa czucia ogólnego, łaknienia, snu; natomiast przedmiotowe zboczenia, z wyjątkiem wzrostu siły mięśniowej pozostały we wszystkich przypadkach w tej samej sile i mierze. Historyę choroby dwóch pierwszych przypadków przytaczam w skróceniu.

1) *Tabes dorsalis. Stadium dolorosum.* S. K., urzędnik, lat 43. Przed 18 laty przebyta kiła. Od lat 6 bole przeszywające w kończynach dolnych, a od 2 lat chód chwiejny, niepewny, uczucie opasania dookoła klatki piersiowej; przed rokiem podwójne widzenie. Bole błyskawiczne bywają czasami tak silne, że odbierają choremu chęć do życia. Leczenie dotychczasowe (jod, arsen, kąpiele) po większej części bezskuteczne; jednorazowy pobyt w Trenczynie wywołał nawet pogorszenie.

Stan obecny: Chory blady, wychudły. Źrenice wązkie; prawa szersza, nieregularna. Argyll-Robertson. Odruchy kolanowe zniesione; ślad bezładu w kończynach dolnych. Objaw Romberga wyraźny. Objaw Biernackiego. Upośledzenie czucia bolu na goleniach. Objaw Remaka.

Zalecono wstrzykiwania podskórne sperminy Poehlowskiej codziennie. Po 15 wstrzyknięciach bole błyskawiczne mniejsze, wyglądanie lepsze, chód pewniejszy, siła mięśniowa większa; przybytek wagi 2,3 kg. Po 25 wstrzyknięciach bolów prawie brak, stan ogólny doskonały; objawy przedmiotowe prawie bez zmiany. Po dalszych 15 wstrzyknięciach chory nie miewa bolów, czuje się zdrów. Przybytek wagi 4,200 kg. Argyll, Westphal, Romberg, Remak i t. d. bez zmiany.

2) *Tabes dorsalis. Stadium primum et secundum. Atrophia nn. opticorum.* M. D., nauczyciel ludowy, lat 40. Przed 17 laty wrzód na członku, rozpoznany jako wrzód miękki. Przed 3 laty jako pierwszy sygnał choroby bole w boku lewym o charakterze neuralgicznym, połączone z utrudnieniem oddychania, a potem bole rwące w nogach i chód chwiejny. W listopadzie tegoż roku zaczerwienienie oka prawego z pogorszeniem bystrości wzroku, rozpoznane jako zapalenie tęczówki. W dalszym ciągu pojawia się uczucie cierpnięcia i zimna w kończynach dolnych, chwianie się ich podczas chodzenia.

Stan obecny: Tętno miarowe, równe, trochę zwolnione (64—68). Wątroba na palec niżej łuku, wyraźnie macalna. Gruczoły pachwinowe, głównie po stronie lewej, nieco powiększone. Ślad obrzęku około kostek. Inteligencya, pamięć, mowa bez zmian. N. wzrokowy: chory ma tylko poczucie światła i palców nawet z najbliższej odległości nie może policzyć. Źrenice niezupełnie równe, prawa nieco szersza od lewej, kształtu więcej owalnego; na światło prawie całkiem nie oddziaływają. Bezład kończyn dolnych wybitny. Objaw Romberga. Odruch brzuszny $=0$; odruch jądrowy $=$ ślad; Babiński $=0$; odruchy podeszwowe wzmożone. Czucie dotyku, bolu i ciepłoty prawidłowe; jedynie na podeszwach miernego stopnia przytępienie czucia.

Ze względu na zanik obu nerwów wzrokowych rozpoczęto wstrzykiwania podskórne neuroretininy Poehla codziennie po 1 cm^3. Przez cały czas skarży się chory na darcie i bole rwące w kończynach dolnych. Po 10 wstrzyknięciach neuroretininy przedmiotowo poprawy wzroku stwierdzić nie można, jakkolwiek chory podaje, że ma mieć wzrok cokolwiek lepszy.

Z powodu nadchodzących Świąt przerywa chory leczenie i udaje się do domu. Po przerwie dwutygodniowej powraca w stanie znacznie gorszym, miewa silne darcia w nogach, a chwianie się całego tułowia w czasie stania jest tak znaczne, że chory bez pomocy nie może przejść nawet kilka kroków.

Rozpoczęto wstrzykiwania sperminy Poehlowskiej Po 28 wstrzyknięciach stan ogólny znacznie lepszy, bole rzadsze i o wiele lżejsze, chwianie się mniejsze, chód pewniejszy, siła kończyn dolnych większa, inne objawy, a przedewszystkiem wzrok bez zmiany. Chory po raz wtóry przerywa leczenie i z poprawą opuszcza klinikę.

W dwóch przypadkach cukrzycy, leczonych jedynie zapomocą *essentia spermini Poehl* (3 × 25 kr. dź.) obok przeciwcukrzyczej dyety bez podawania jakichkolwiek wód wyniku żadnego ani co do ilości cukru, ani co do poprawy stanu ogólnego nie powiodło się nam stwierdzić; w jednym nawet, gdzie ilość cukru z 7,7% spadła na 6%, w przebiegu spostrzegania jako *signum mali ominis* pojawił się kwas acetooctowy.

W 6 przypadkach gruźlicy płuc stosowaliśmy sperminę przez pewien czas podskórnie lub wewnętrznie. Rzecz naturalna nie spodziewaliśmy się wyleczenia, mniemaliśmy jednak, że zgodnie z całym szeregiem autorów osiągniemy i tutaj być może pewną poprawę. W 4 przypadkach gruźlicy rozpadowej nie zdołaliśmy usunąć ani potów nocnych, ani obniżyć ciepłoty do poziomu prawidłowego, ani zmniejszyć kaszlu i przywrócić łaknienia, ani zwiększyć ciężaru ciała i sił. Natomiast w 2 przypadkach gruźlicy lżejszej, w pierwszym zagęszczenie obu szczytów z niedokrwistością znacznego stopnia stan po sperminie pozostał niezmieniony, w drugim — obustronnych nacieków wyglądanie poprawiło się, gorączka ustąpiła, kaszel ustał, tożsamo dreszcze i poty. Historyę choroby tej chorej przytaczam:

Infiltratio apicum praec. sin. Taenia solium. M. P., żona podurzędnika kolej., lat 30. Od 2 lat zauważyła człony tasiemca w stolcach; od roku chudnie, kaszle, miewa dreszcze, poty i czasami gorączkuje. Badanie plwociny co do prątków z wynikiem dodatnim, badanie stolców co do jaj pasorzyta również z wynikiem dodatnim. Waga 37,400. Ciepłota od 36,3 do 37,8, a nawet 38,1 wieczorami. Badanie płuc stwierdza przytłumienie w obu szczytach, w prawym do grzebienia łopatki, w lewym poniżej grzebienia łopatki; w obu zaostrzenie wdechów, w lewym wydechy głośniejsze, przedłużone; w obu skąpe drobnobańkowe rzężenia dźwięczne.

Po spędzeniu tasiemca filmaronem podano *essentia spermini Poehl* (3 × 20 kropli dz.). Po 3-tygodniowem zażywaniu sperminy wynik zadawalający. Chora wygląda lepiej, przybytek na wadze (2,800 kg), kaszel mały, plwocina skąpa, dreszczy i potów brak, ciepłota prawidłowa. W płucach zmiany te same; rzężeń tylko trochę mniej. Chora uważa się za wyleczoną.

Hemoglobinę Poehlowską podawaliśmy w 2 przypadkach blednicy i w jednym niedokrwistości pokrwotocznej. We wszystkich trzech działanie jej zadowolniło nas w zupełności. W pierwszym z 4·2 mil. c. krwi czerwonych i 48% Hb. w ciągu 3-tygodniowego leczenia ilość krwinek czerwonych doszła do prawidłowego poziomu, a procent Hb. podniósł się do 70; w drugim z 3·8 mil. krwinek cz. i 41% Hb., wyraźną polychromatofilią i nieznaczną poikilocytozą w ciągu pięciotygodniowego spostrzegania pod wpływem Hb. Poehl ilość krwinek wzrosła do 4·3 mil., procent Hb. podskoczył do 68, polichromotofilia i poikilocytoza znikły. W trzecim, ciężkiej niedokrwistości po krwotoku porodowym z 2·3 mil. krwinek i 46% Hb. przebieg był powolniejszy, gdyż po $4^1/_2$-tygodniowem leczeniu przybytek krwinek wynosił zaledwo 0·7 mil., a Hb. ca. 14%.

Cerebrynę ogółem podawaliśmy w 2 przypadkach, w jednym przypadku porażenia postępowego i jednym przewlekłego alkoholizmu. W obu pozostała ona bez dodatniego wyniku. Ani w padaczce, gdzie wedle Liona wyniki mają być pomyślniejsze, niż przy podawaniu jakiegokolwiek innego środka, ani w niedomodze nerwowej nie mieliśmy sposobności jej próbować.

Adrenal Poehla stosowaliśmy w 4 przypadkach krwotoków płucnych u osób gruźlicą dotkniętych. Podawaliśmy go z początku co trzy godziny, później 3 razy dziennie po 15 kropli, w końcu jeszcze rzadziej. Mimo, że podawanie trwało nieraz i tydzień, a jak w jednym przypadku blisko 2 tygodnie, żadnych szkodliwych skutków nie dostrzegaliśmy. W trzech przypadkach krwotoków lżejszych działanie było korzystne i krwotok zazwyczaj na drugi lub trzeci dzień ustawał; w jednym przypadku ciężkiego i ciągle ponawiającego się krwotoku płucnego żadnego wpływu dodatniego na krwawienie nie mogliśmy zauważyć.

W 2 przypadkach przewlekłej sprawy zapalnej nerek bez obrzęków podawaliśmy reniinę Poehla. Mimo korzystnych wyników, jakie uzyskał Korzon w Warszawie w szpitalu Dzieciątka Jezus u chorych na zapalenie nerek, zwłaszcza z wielkimi obrzękami i mimo, że uważa on reniinę za niezawodny środek w pewnych przypadkach zapalenia nerek, my w obu naszych przypadkach żadnego dodatniego wpływu nie spostrzegaliśmy, przeciwnie, nawet ujemny. Ani wydzielanie moczu nie rosło, ani ilość białka nie malała. W jednym tylko, t. j. trzecim przypadku ostrego krwotocznego zapalenia nerek, (nabytego w lochach cytadeli warszawskiej po zeszłorocznych nieszczęśliwych wypadkach) z wielkimi obrzękami i zwiastunami mocznicy mieliśmy sposobność podać reniinę, ale dopiero pod koniec leczenia. Ponieważ jednak chory w kilka dni potem ze względów prywatnej natury musiał się z pod naszej obserwacyi usunąć, przeto nie możemy odpowiedzieć, czy i w sprawach przyrody ostrej reniina byłaby także zawiodła.

W końcu w jednym przypadku cukrzycy ze zwiastunami zbliżającej się śpiączki cukrzycej podawaliśmy pancreon (3 × 0·50 dz.). Pod wpływem przetworu tego, a może dyety, ilość cukru w ciągu tygodnia spadła z 4·7% na 3·5%, natomiast pojawił się kwas acetooctowy, a podmiotowe przypadłości z wyjątkiem pragnienia, które zmalało, wzrosły.

Zestawiając wyniki naszych prób, czynionych z przetworami organoterapeutycznymi stwierdzamy, że zadowoliły nas swojem działaniem jedynie spermina, hemoglobina, adrenalina z tych, które próbowaliśmy; inne dały wynik ujemny. Nie znaczy to jednak, ażeby one były całkowicie bez wartości; być może, że na obszerniejszym materyale i w pewnych razach i one także zdołałyby zaznaczyć się jakimś terapeutycznie dodatnim wynikiem. W naszych doświadczeniach okazały się one jednak bez większej wartości.

Ujemna wartość tych przetworów nie obniża jednak wielkich zasług Poehla, zrobionych dla organoterapii. Organoterapia w początkach zapowiadała niezmiernie dużo, dała po dziś dzień stosunkowo niewiele, w każdym razie znacznie mniej, niż rokowała. Zajęcie się jednak nią jakkolwiek słabsze, dotychczas nie gaśnie, a spory zastęp na tem polu jeszcze pracujących i pokaźna liczba corocznie pojawiających się w tym dziale prac każą mniemać, że jej karty nie są jeszcze zamknięte, że zdoła jeszcze coś

zdziałać, a nawet zaskoczyć nas jeszcze czemś niespodziewanem, i może wzbogacić naszą naukę lekarską wbrew niedowierzaniom i ogólnemu sceptyzmowi nowym dorobkiem nietylko teoretycznego, ale i praktycznego dla medycyny znaczenia. A będzie to tylko dalszy ciąg tej pracy, którą rozpoczął genialną ideą Brown-Séquard, a poprowadził dalej z żelazną konsekwencyą Al. Poehl.

J. Wiel. Prof. Wal. Jaworskiemu, dyrektorowi kliniki lekarskiej U. J. składam serdeczne podziękowanie za łaskawe odstąpienie mi materyału i wskazówki do pracy powyższej.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Spasokukocka. **O rozpoznawczem znaczeniu trawiennej własności ropy.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 12). Müller, Jochmann, Kolaczek twierdzą, że ropa nieleczonych zamkniętych gruźliczych ropni nie trawi surowicy Löfflera; trawienie surowicy pojawia się tylko przy leczeniu ropni gruźliczych zawiesiną jodoformową lub w przypadkach zakażenia mieszanego. Natomiast ropa w owych sprawach zapalnych zawsze surowicę wybitnie trawi. Autorka (z Obuchowskiego szpitala w Petersburgu) starała się rozstrzygnąć, o ile ta własność ropy może mieć znaczenie rozpoznawcze. W tym celu badała ropę z 15 zamkniętych nieleczonych ropni gruźliczych. Ropa z 8 ropni trawiła surowicę Löfflera, z 7 zaś — nie za każdym razem. Oprócz odczynu trawiennego wykonywała S. szczepienia na agarze. We wszystkich przypadkach ropa okazała się jałową; w preparatach był znamienny obraz ropy gruźliczej. W 3 przypadkach, w których ropa gruźlicza działała trawiąco, powtarzała S. badania po wstrzykiwaniu zawiesiny jodoformowej. Wyniki były te same, co i bez wstrzykiwania. Oprócz tego badała S. zwykłą, niegruźliczą ropę; we wszystkich przypadkach ropa trawiła surowicę Löfflera. Wyjątek stanowiła ropa przy zapaleniu opłucnej, gdyż w trzech przypadkach ropniaka opłucnej (*empyema*) ropa nie miała własności trawiących. W 2 z tych przypadków wyhodowano ze krwi chorych bakterye: U jednego prątki okrężnicy, u drugiego paciorkowce; w trzecim przypadku bakteryi we krwi nie znaleziono; w tym przypadku było kilka ropni przerzutowych; ropa z tych ropni trawiła surowicę Löfflera, ropa zaś z opłucnej — nie. Na podstawie tych nielicznych danych wnosi S., że metoda ta nie ma rozpoznawczego znaczenia, gdyż 1) ropa gruźlicza również niekiedy posiada własności trawienne, 2) przy ropniakach opłucnych niekiedy ropa nie trawi surowicy Löfflerowskiej.
Z. Orłowski (Ptsbg.).

Hertz. **O proteolitycznym odczynie jałowej ropy.** (*Medycyna i Kron. lek.* 1908, Nr 18). Odczyn proteolityczny właściwy jest, jak to stwierdził Müller i Jochmann, wielojądrzastym leukocytom, a limfocyty nie wywołują go zupełnie. Tak n. p. krew w białaczce szpikowej, szpik kostny i ropa w posocznicy trawią silnie białko surowicy krwi, natomiast krew w białaczce gruczołowej, jako zawierająca głównie limfocyty, i ropa gruźlicza tego nie czynią. H. przeprowadził badanie tego odczynu na ropie jałowej, wywołanej wstrzykiwaniem środków chemicznych. Ropa terpentynowa składa się głównie z ciałek jednojądrzastych i nie trawi zupełnie surowicy, natomiast ropa kreolinowa, rtęciowa i lapisowa, składające się z ciałek wielojądrzastych, trawią surowicę wybitnie. Własności proteolityczne ropy jałowej są jednak znacznie słabsze, niż ropy zakaźnej. Twierdzenie Müllera, że własności proteolityczne posiadają jedynie białe ciałka wielojądrzaste, potwierdza H. w zupełności. *K.*

Judet. **Przeszczepianie tkanek stawowych.** (*Akad. Umiej.* Paryż, 1908, 20. I.). Z tkanek stawowych chrząstka nadaje się do przeszczepiania. Nawet po kilku godzinach zupełnego oddzielenia przygajała się chrząstka w stawie. Pozwala to próbować plastycznych operacyi w stawach w razie ubytków chrząstki, którą brać można z osobnika tego samego lub z innego. *K.*

Kaehler. **Pokrywanie się nabłonkiem ubytków pod wpływem maści szkarłatowej** (podług Fischer-Schmiedena). (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 22). Fischer (Münch. med. Wochs. 1906, Nr 42) stwierdził, że pod wpływem szkarłatu-R powstaje silne bujanie nabłonka. Praktycznie zastosował to po raz pierwszy Schmieden, używając 8 prc. maści szkarłatowej celem pobudzenia nabłonka do pokrywania powierzchni rannych. K. zachęcony tem, począł również stosować maść szkarłatową i z wyników jest bardzo zadowolony. Osiągnął n. p. rychło zupełne pokrycie się nabłonkiem powierzchni rannej po operacyi raka sutka, dalej przy uporczywym wrzodzie goleni i t. p. Opatrunek zmieniać należy codziennie, skórę okoliczną chronić zapomocą maści cynkowej, a maść szkarłatową nakładać w bardzo cienkiej warstwie. (Szkarłat-R składa się ze soli sodowych kwasu monosulfonowego naphtolu β disazobenzolu). *K.*

Selig. **Leczenie radem nowotworów, nie nadających się do operacyi.** (*Niemieckie Tow. lek.* Praga 1908, 20. III.). S. leczył w klinice Jakscha bromkiem radu (6 mlgr.) 6 przypadków nowotworów, nie nadających się już do operacyi. O wyleczeniach nawet mowy niema, ale bolesność ustępuje szybko. Na skórze zjawia się zaczerwienienie, potem martwica, w końcu blizna. Wszystkie przypadki skończyły się śmiercią. Na sekcyi znajdowano w większej części przypadków ropiasty rozpad guzów w miejscach naświetlanych. Działanie radu zależy od ilości użytego preparatu, czasu działania i od indywidualnej wrażliwości chorego. *K.*

Erhardt. **O zastosowaniu gumy jako dodatku do środka znieczulającego przy znieczulaniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 19). Tappeiner dowiódł, że środki gumowate wywołują zwolnienie wessania i zmniejszają zdolność drażnienia układu nerwowego przez inne równocześnie stosowane środki. Opierając się na tem, postanowił E. próbować przy znieczuleniu lędźwiowem do środka znieczulającego dodawać gumy. Znieczulenie (u zwierząt) trwało przytem znacznie dłużej, sięgało wyżej, a zaburzenia oddychania nie występowały. Zachęcony tem przeszedł E. do stosowania sposobu tego na ludziach w klinikach Döderleina i Amanna. Wyniki były bardzo dobre. Używa się 3 prc. dodatku gumy do 1 prc. tropakokainy. Zwykłe, niemiłe powikłania nie występują potem zupełnie, działania na sferę ruchową nigdy nie zauważono. Wyjaławianie gumy musi być bardzo skrupulatne (guma traci przytem nieraz swe osłaniające własności), dlatego też radzi E. używać jałowych rozczynów Mercka. *K.*

Jordan. **O uśpieniu.** (*Tow. lek. i przyr.* Heidelberg, 1908, 25. II.). Chloroform, nawet najlepszy, jest zawsze środkiem niebezpiecznym. Powinno się zawsze zaczynać uśpienie eterem, a tylko dla pogłębienia uśpienia przechodzić do chloroformu i w końcu znowu używać eteru. Przez użycie skopolaminy i morfiny można znacznie zmniejszyć ilość chloroformu i eteru (średnio na godzinę 16 grm. eteru, 8 chloroformu). J. używa skopomorfiny Riedela i wstrzykuje 1—2 ctm. w dwóch porcyach na $1^1/_2$, resp $^1/_2$ godziny przed operacyą. *K.*

Textor. **Zapalenie się par eteru w wydychanem powietrzu u osoby usypianej eterem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 22). Przy usypianiu eterem uważać należy bardzo na możność zapalenia się par jego, zwłaszcza przy użyciu narzędzia Pacquelina. T. chciał po wyskrobaniu gruźlicy skóry przypalić miejsce operowane. Maskę i flaszkę z eterem usunięto daleko. Gdy T. zbliżył się z palnikiem na jakie 15 ctm. do ust chorego, zrobił chory właśnie silny wydech i w jednej chwili wybuchły wydychane pary eteru, a z ust chorego wydobył się płomień, który zaraz jednak zagasł. Na szczęście nie pociągnęło to za sobą żadnych dalszych następstw. *K.*

Meyer i Löwy. **O sztucznem oddychaniu u dorosłych.** (*Tow. lek.* Berlin 1908, 13. V.). M. i L. przeprowadzili szczegółowe badania nad tem, która z metod sztucznego oddychania jest najlepszą. Jak wiadomo, głównemi metodami sztucznego oddychania są metoda wdechowa Sylwestra i wydechowa Hauera (ugniatanie okolicy łuków żebrowych). M. i L. doszli do przekonania, że najwydatniejszą jest kombinowana metoda Sylwester-Broscha, bo wymiana gazu dochodzi do 3000 ctm.³; przy zwykłej metodzie Sylwestra wynosi ona 1200 ctm.³, a przy metodzie Hauera zaledwo 600 ctm.³. Także ortodiagraficzne zdjęcia stanu przepony przemawiają za metodą kombinowaną. Metoda Sylwestra-Broscha polega na tem, że ramiona wyciągnięte do góry przyciska się celem wzmocnienia wdechu do ziemi, a przy wydechu nie kładzie się ich na boki klatki piersiowej, lecz ugniata się niemi łuki żebrowe w okolicy wyrostka mieczykowatego. Sztuczne oddychanie jest też o wiele wydatniejsze, gdy je wykonuje dwóch ludzi, a nie jeden. *K.*

Veit. **Odkażanie rękawiczek.** (*Tow. lek. w Halle*, 1908, 4. III.). Rękawiczki odkażać można w trojaki sposób. Gotować przez 5 minut i jałowo włożyć, dalej wkładać nie jałowo, lecz

potem myć na rękach podług Frommego i Gawronskyego pięć minut mydłem, wodą i sublimatem, lub też, jak radzi autor, zanurzyć i wytrzeć przez minutę w roztworze 20 prc. formolu. Po tem odkażeniu należy rękawiczki opłukać, by formol nie drażnił błon śluzowych. Rękawiczki powinno się o ile możności wkładać już na rękę wyjałowioną. Używanie chirosoteru na ręce nie jest pewne. *K.*

Kudlek. **W sprawie fizyologii zakrętu nadbrzeżnego** (*gyrus supramarginalis*). (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 17). Przy trepanacyi z powodu padaczki korowej uszkodzono zakręt nadbrzeżny. W następstwie wystąpiły zaburzenia zmysłu stereognostycznego i mięśniowego przedramienia i ręki. Czucie i ruchy pozostały bez zmian. *K.*

Reiche. **Zranienia nerwu błędnego i jego skutki.** (*Beitr. z. klin. Chirurgie* T. 56, Z. 3). Z dość licznych spostrzeżeń z kliniki Brunsa, jakoteż z doświadczeń R. na zwierzętach wypadło, że ze względu na skutki, jakoteż ważność dla życia o wiele gorsze są urazy, wywołujące podrażnienie nerwu błędnego, niż przecięcie, lub też operacyjne wycięcie nerwu, te bowiem wywołują objawy nie ciężkie i nie stale występujące. Natomiast urazy, wywołujące podrażnienie nerwu błędnego, mogą mieć skutki fatalne, jak wstrzymanie czynności serca lub oddechu, duszność i t. p., które zmuszają czasem wprost ze wskazania życiowego do wagotomii. Zapobiegawczo można próbować kokainizowania nerwu błędnego powyżej i poniżej miejsca urażonego. *K.*

Michalsky. **Nowy sposób leczenia wola.** (*Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie* T. XI, Z. 12). M. poleca próbować zawsze wobec wola miesienia. Do leczenia tego nie nadaje się oczywiście wole złośliwe, naczyniowe, gruźlicze, przymiotowe i wole przy chorobie Basedowa. *K.*

Makkas. **Nowe narzędzie do wydobywania połkniętych sztucznych szczęk przez ezofagoskop.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. I.). Sztuczne szczęki stanowią prawie 33·5 prc. połkniętych ciał obcych. Wielką stanowi różnicę, czy ciało obce usunie się drogą naturalną, czy też przez operacyę od zewnątrz. Sztucznych szczęk nie udaje się nieraz wydobyć w całości, bo są duże i tkwią silnie w przełyku. Dlatego też M. podaje narzędzie, które rozdrabnia szczękę w rurze ezofagoskopu na dwa kawałki, poczem wyjęcie nie napotyka już potem na trudności. Narzędzie posiada jedynie tę wadę, że nie jest bardzo długie; dają się nim chwycić ciała tkwiące najdalej tuż pod mostkiem. *K.*

Laryngologia.

F. Perez. **Bakteryologia, etyologia i profilaktyka ozeny.** (*Annal. de laryngol.* 1908, Nr 5). Gdy jedni upatrują przyczyny ozeny (zanikowego nieżytu nosa) w pasorzytach, inni odnoszą ją do zmian rozwojowych w budowie jam nosowych, a wreszcie do ropienia z jam bocznych nosa, to ostatnie niewątpliwie w pewnych przypadkach nie bez podstawy. Jako usposabiające przyjmuje się również skazy dziedziczne. Zwolennicy pasorzytowej przyrody cierpienia uznają za przyczynę bądź *bacillus mucosus* Loewenberga, bądź prątka, opisanego przez Della Vedova i Belfanti, samo zaś znamienne cuchnienie odnoszą zgodnie do osobnych bakteryi, nie przypisując im w powstaniu ozeny znaczenia przyczynowego, co odpowiadałoby klinicznemu podziałowi ozeny na przypadki połączone z cuchnieniem i bez cuchnienia. O wielkiem podobieństwie prątka Loewenberga do prątka Friedländera wspominają nawiasowo, nie przyjmując jednak ich identyczności, nigdy jednak nie zestawiając z prątkiem Frischa w twardzieli, lubo nie znamy dotychczas sposobu rozróżnienia tych trzech, względnie dwóch rodzajów prątków.

Perez, zwolennik pasorzytowej przyrody ozeny, zajął się badaniem flory nosa wogóle i opisując nowego ziarniako-prątka, którego znajdował wyłącznie tylko i zawsze w przypadkach nieżytów cuchnących nosa, nazywa go *Cocco-bacillus foetidus ozenae* i uznaje go za przyczynę cierpienia. Szczepienia śródżylne tego prątka na królikach stwierdzić miały jego wybitny wpływ na błonę śluzową nosa, a po dłuższem trwaniu cierpienia nosa, wywołanego przez szczepienie, stwierdzić miały wybitne objawy zaniku błony śluzowej nosa. Że podczas trwania sprawy, wywołanej przez szczepienie, znajdował P. stale swoje prątki w wydzielinie nosowej zwierzęcia, w której przedtem go nie było, rozumie się samo przez się. Wynik tych doświadczeń utwierdzałby nietylko przyrodę pasorzytową cierpienia, ale i swoistość pasorzyta. Należało tedy stwierdzić klinicznie przenoszenie się cierpienia z osobnika na osobnika, potwierdzić jego zaraźliwość. Ankieta kliniczna, podjęta przez P., przemawia za udzielaniem się cierpienia, choć zaraźliwość ta nie jest zbyt wielka.

Lignier, z którego pracowni wyszła praca Pereza, znalazł przypadkiem prątki Pereza w ognisku zapalnem płuca u psa, użytego do innego doświadczenia. Badania flory nosów zwierząt rozciągnął P. wobec tego na 14 różnych gatunków zwierząt i stwierdził jedynie tylko u psa stałą obecność swojego prątka. Ten niespodziewany wynik badań nasunął na myśl przypuszczenie, że cierpienie u człowieka pozostaje w związku z obcowaniem z psami, z których zarazek przenosi się na człowieka, wywołując zmiany chorobowe, gdy u psa ten sam prątek jest stałym, nie chorobotwórczym mieszkańcem nosa. Kliniczne spostrzeżenia i dochodzenia w tym kierunku potwierdziły domysły autora, choć przenoszenie się zarazka z psa na człowieka niewątpliwie rzadziej się zdarza, niż z człowieka na człowieka. Gdyby tak być miało, to nietylko przyjąćby należało pasorzytową przyrodę ozeny i jej zaraźliwość, ale także uznaćby należało za słuszne wskazówki autora co do zapobiegania cierpieniu, przez unikanie obcowania z psami, zbliżania się do ludzi, dotkniętych ozeną, przez dokładne oczyszczanie chustek do nosa i przedmiotów, z którymi się chorzy tacy stykają, a wreszcie przez używanie chustek do nosa papierowych, któreby po użyciu palono.

P. powołuje się na wynik 10-letnich swych dochodzeń. (Oby tylko wnioski jego nie okazały się złudnemi! Już dziś jednak uwagom zapobiegawczym nie odmawiajmy wartości, przyjmując możliwość zaraźliwości ozeny. *Przyp. spraw.*). *A. B.*

Eicken. **Hypofaryngoskopia.** Gerber. **Faryngolaryngoskopia.** (*Arch. für Laryng.* T. XIX). Trudności w oglądaniu pozakrtaniowej części gardła, tego najniższego odcinka (*»hypopharynx«*), stały się powodem, że E. i G. prawie równocześnie podali dwa różne sposoby badania, mające na celu ułatwienie oglądania wspomnianej części gardła. Tak zresztą E. jak G. uprzystępniają te części oglądaniu przez badanie w obrazie zapomocą lusterka, a więc przez faryngoskopię pośrednią (*pharyngoscopia indirecta*), obaj usiłują krtań odsunąć od kręgosłupa ku przodowi, E. przy użyciu przyrządu, który nazywa dźwignią krtaniową, G. zmodyfikowaną kopystką językową. E. wprowadza swój przyrząd, rodzaj silnego zgłębnika krtaniowego, do wnętrza krtani, opiera jego koniec o przednią część krtani, a przednią część przyrządu o szczękę górną i ruchem dźwigniowym odciąga krtań ku przodowi, przyczem część pozakrtaniowa ogląda w lusterku. Ewentualnie sam chory utrzymuje dalej krtań w tem nowem położeniu, a badający, mając ręce swobodne, może wykonać jakiś zabieg w otwartej obecnie części pozakrtaniowej. Kopystka Gerbera zrobiona jest z silnego drutu, by nie przykrywała części, które się ma właśnie oglądać. Wydłużony jej koniec, (naturalnie pod kontrolą lusterka, podobnie jak u Eickena) wprowadza się do początku przełyku i wtedy przyciąga się krtań ku przodowi, co znowu umożliwia oglądnięcie pozakrtaniowej części gardła. W obu razach posługujemy się dla wykonania tego badania znieczuleniem miejscowem, raz wnętrza krtani, szczególnie ściany przedniej, drugi raz znieczulamy tylną powierzchnię krtani i dolny odcinek gardła. *A. B.*

Hoffmann. **Trwałe znieczulenie w gruźlicy krtani.** (*Münch. med. Wochft.* 1908. Nr 14). Kto wie, jak wielkie bóle cierpią chorzy przy gruźlicy krtani, przyzna, że jedną z największych ulg, jakie wogóle lekarz przynieść może, jest znieczulenie krtani w podobnych przypadkach. Ponieważ jednak ulga ta trwa tylko pewien czas, chodzi o to, by wynaleźć sposób, zapomocą którego sam chory mógłby sobie bez pomocy lekarza krtań znieczulać. W tym celu podaje H. przyrząd w kształcie szklanej fajeczki. W rozszerzoną część wsypuje się proszek znieczulający, n. p. ortoform, anestezynę lub kokainę (*cocain. mur.* 0,1 *suprarenin.* 0,001, *acid. boric. ad.* 10,0), a chory wciąga w czasie silnego wdechu proszek do gardła w miarę potrzeby. Z innych sposobów usuwania bólów krtani wspomnieć należy o wytwarzaniu przetoki żołądkowej celem usunięcia połykania i bólów z tem połączonych, dalej o częściowem wycięciu wewnętrznej gałęzi nerwu krtaniowego górnego. Oba sposoby mają wady. Pierwszy usuwa ból przy łykaniu pokarmów, ale łykanie śliny sprawia dalej wielkie dolegliwości. Drugi sposób ma skutek niepewny, wykonany od zewnątrz stwarza nową bolesną ranę, a wykonany od wewnątrz ułatwia rozszerzanie się dalsze gruźlicy. Z tych też powodów za najodpowiedniejszy sposób uważa H. wstrzyknięcie do nerwu wyskoku ($^1/_2$—$1^1/_2$ cm³. 85% wyskoku, ogrzanego do 45°). Miejsce najboleśniejsze jest punktem, w który należy wstrzykiwać; leży ono tam, gdzie nerw przechodzi przez więzadło tarczowe, mniej więcej pomiędzy chrząstką tarczową a kością gnykową. Igłę wbija się mniej więcej na $1^1/_2$ cm. w głąb; chory uczuwa zaraz silny ból w uchu. Podczas wstrzykiwania bóle się wzmagają; potem ustają zupełnie. *K.*

Hinsberg. **Lecznicze otwarcie tchawicy przy gruźlicy krtani.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 16). Otwarcie tchawicy, jako zabieg leczniczy przy gruźlicy krtani, stosowano i dawniej, lecz dopiero Schmidt w r. 1887 zwrócił na sposób ten powszechną uwagę, przytaczając kilka przypadków w ten sposób zupełnie i stale wyleczonych. Otwarcie tchawicy przy gruźlicy krtani ma na celu po pierwsze zapewnienie chorej krtani spokoju, a powtóre umożliwienie energicznego leczenia śródkrtaniowego. H. zastosował to leczenie w 5 przypadkach, z czego w 4 otrzymał wynik znakomity i zupełne wyleczenie. Należy jednak przed zabiegiem dobrze rozważyć, czy serce i płuca potem podołają, bo wykrztuszanie po operacyi wymaga wiele wysiłku. Następnie brać też należy w rachubę i sposób życia, jaki chory musi prowadzić, gdyż chodzenie z rurką wymaga zawsze pewnych ostrożności. Operacya, zastosowana celowo i u odpowiednio wybranych chorych, odda zawsze bardzo cenne usługi. *K.*

Okulistyka.

Cauvin. **Porażenie urazowe mięśnia prostego dolnego.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). Do wyjątkowych przypadków należy uszkodzenie urazowe samego brzuśca mięśnia i powstałe przez to porażenie mięśniowe. W takim przypadku, w którym odcięty kawałek drucika ugodził z siłą w prawe oko, stwierdził C. obrzęk powieki dolnej, nacieczenie spojówki gałkowej poniżej rogówki. Ruchomość gałki ku dołowi zniesiona. W dolnej części pola dwuwidzenie, wskazujące na porażenie mięśnia prostego dolnego. Na obrzękłej spojówce gałkowej około 10 ctm. poniżej brzegu rogówki ranka o poszarpanych brzegach, w którą C. włożył koniec elektromagnesu Hirschberga i wydobył drucik stalowy 4 mm. długi, a 1 mm. gruby. Ranka w kilku dniach się zagoiła, porażenie mięśnia i dwuwidzenie utrzymywało się jednak jeszcze przez jakiś czas, ustąpiło jednak stopniowo przy stosowaniu prądu stałego. *K. W. Majewski.*

Leblond. **Etyologia wrodzonego podwinięcia powieki.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). L. nie zgadza się z zapatrywaniem, jakoby nadmierny rozwój skóry powieki mógł wywołać wrodzone podwinięcie powieki; raczej przypuścić można, że wywołują je blizny na spojówce, będące następstwem sprawy zapalnej w życiu płodowem. Zdarzają się jednak przypadki, w których ani na skórze, ani na spojówce żadnych zmian stwierdzić nie można. W takich przypadkach przyjąć trzeba jakieś wrodzone zboczenie w samej chrząstce. Wyjątkowo zdarza się wrodzony brak chrząstki powiekowej; wówczas powstaniu podwinięcia powieki dziwić się nie można. L. miał sposobność spostrzegać bardzo znaczne wrodzone podwinięcie obu powiek dolnych u 8-letniej dziewczynki. W przypadku tym wykonał L. z pomyślnym wynikiem operacyę sposobem Lapersonnea.
K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Sprawa rzekomych soków mięsnych zdaje się być załatwiona co do przetworu »Puro«. Prokuratorya hamburska cofnęła zakaz sprzedaży tego przetworu, a fabrykant zrzekł się nazwy »sok mięsny« dla swego wyrobu. *Z.*

Uśpienie chloroformowe. Hofmann poleca polać najpierw zwolna 5—25 kropli chloroformu na maskę, potem w prędszem tempie 3—20 kropli i przykryć maskę ręcznikiem na $^1/_4$ minuty, potem znowu polać 3—20 kropli i znowu przykryć maskę ręcznikiem. Przez to występować ma uśpienie znacznie szybciej, chloroformu zużywa się mało, a okres podniecenia nie występuje. *K.*

Podfosforan wapnia (podskórnie) poleca gorąco Cammas (Posiedzenie Tow. terapeutycznego w Paryżu 23. III.) przy gruźlicy, neurastenii, niedokrwistości i t. p. Wstrzykiwania robić należy co drugi dzień przez 3 tygodnie (0,1 na dawkę). *K.*

Do zmiękczenia woskowiny w uszach poleca Imhofer z Pragi 3 prc. wodę utlenioną (*Perhydrol Merck 1,0: Aq. dest. 10,0*). Choremu leżącemu nalewa się do przewodu usznego płyn, a zacisnąwszy nieco małżowinę, trzyma się tam płyn przez 5—8 minut. Potem zawsze już udaje się łatwo usunąć czop zapomocą strzykawki. *K.*

Głębokie działanie promieni Röntgena. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego we Frankfurcie d. 18. maja 1908 doniósł inżynier Dessauer, że udało mu się uzyskać promienie rentgenowskie o wielkiej sile przenikającej tak, że z pomocą nich można prześwietlać równie dobrze narządy wewnętrzne, jak dotąd skórę. D. ma nadzieję, że uda mu się stworzyć urządzenie, zapomocą którego będzie można do narządów wewnętrznych doprowadzać nawet więcej promieni, niż do skóry samej. *K.*

W chorobie Basedowa polecają Lancereaux i Paulesco systematyczne podawanie siarkanu chininy (*0,5—1,5 pro die*) przez 2—3 tygodni. *K.*

Strzykawki Pravatza bardzo często mają pojemność fałszywą, należy też każdą nową strzykawkę wypróbować co do miary zawartości. Zwraca na to uwagę Edlefsen. *K.*

Dla usunięcia obawy przed egzaminami, odczytami i t. d. poleca Berting gorąco bornyval. *K.*

W rankę po ukąszeniu węża polecają Lander i Brunton wcierać kryształki nadmanganianu potasu. *K.*

Wygodny sposób płukania pęcherza. Kraus z Karlsbadu podaje (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 23) bardzo proste, a wygodne instrumentaryum do płukania pęcherza. Składa się ono z cewnika, który niedaleko pawilonu ma u spodu prostopadłą rurkę, przez co ma kształt litery T. Specyalny podwójny zacisk irygatora dozwala zaciskać raz sam cewnik, a drugi raz rurkę boczną, przez co płukanie i odpływ z pęcherza urządzić można dowolnie bez odejmowania irygatora. Cewnika użyć można także twardego, lecz wtedy włączyć należy między cewnik, a kankę, połączenie w kształcie litery T. Przyrząd ten nazwano »Plyst«. *K.*

Płukania z zamkniętemi ustami przy ozenie. Przy ozenie poleca Schmidt płukania z zamkniętemi ustami, przez co płyn dostaje się do jamy nosowogardłowej i dokładnie ją przemywa. *K.*

Leczenie krwotoku płucnego. Przy krwotoku płucnym poleca Guinard wdychiwanie azotynu amylowego obok podskórnego wstrzyknięcia morfiny. Po ustaniu krwawienia zaś podaje G. celem zmniejszenia ciśnienia krwi wymiotnicę w dawkach, wywołujących nudności. *K.*

Przy leczeniu jodem unikać należy według Ramonda środków przeczyszczających oleistych i solnych, gdyż przez nie łatwo wywołać można zatrucie jodem. *K.*

Czerwonkę poleca Matignon leczyć sposobem, praktykowanym oddawna w Chinach, a to zapomocą wyciągu kory z korzenia *ailantus glandulosus* (50—60 grm. na tyleż wody, rozciera się w moździerzu i sączy); wyciągu podaje się 15,0—20,0 z herbatą, zwykle rano; już 2-dniowe leczenie wywołuje wybitną poprawę. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie Delegatów we Lwowie w d. 28. czerwca 1908 r.

(Sprawozdanie własne »Przeglądu lek.«).

Obecnych 26, mianowicie członkowie Rady zawiadowczej, delegaci kilkunastu sekcyi prowincyonalnych i przedstawiciele Towarzystwa lek. krakowskiego (R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz i Doc. Dr Dobrowolski).

1) Prezes Towarzystwa, R. Dw. Merunowicz, stwierdza ustawą przepisany komplet, podnosi w zagajeniu, że Towarzystwo nie osiągnęło jeszcze tego stopnia rozwoju, na jaki zasługuje ze względu na swe cele i dotychczasową działalność. Z półtora tysiąca lekarzy galicyjskich gromadzi się w Towarzystwie zaledwo około 700, t. j. 500 w sekcyach, a 200 w Tow. lek. krakowskiem. Jedną z przyczyn tego jest zbytnie rozproszenie sił w kilku Towarzystwach, działających w Galicyi; pragnąć należy połączenia działalności przynajmniej w zakresie pomocy dla wdów i sierót. Następnie poświęca prezes wspomnienie zmarłym w r. z. 8 członkom Towarzystwa, wśród nich bardzo dla Towarzystwa zasłużonemu ś. p. Drowi Różańskiemu, i wreszcie zaprasza do składek na pomnik dla ś. p. Jasińskiego, który cały swój znaczny majątek zapisał Towarzystwu na fundusz wdów i sierót.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia wybrano R. dw. Prof. Wicherkiewicza, jego zastępcą Prof. Dra Bylickiego.

3) Przyjęto protokół z poprzedniego Walnego Zgromadzenia, oraz sprawozdanie Rady zawiadowczej.

Ze sprawozdania tego wynika, że z końcem r. 1907 liczyło Towarzystwo 1 członka honorowego, 13 korespondentów i 518

czynnych, wśród nich 224 w Towarzystwie lek. lwowskiem, po 7 (Bochnia, Sącz) do 31 (Jarosław) w sekcyach prowincyonalnych. Ruch naukowy ożywił się w r. z. znacznie, a biorą w nim udział prócz Lwowa, sekcye: jarosławska, wadowicka, sanocka i przemyska. Na pensye stałe dla 24 wdów i sierót po 3 lekarzach wydano 8380 K., o 400 K. więcej, niż w r. 1906; na zapomogi jednorazowe 4050 K. (o 250 K. mniej). Do funduszów dla wdów i sierót wpłynęło w r. 1907 z darów 4107 K. 03 h. Zakład w Morszynie (fundacya Stillerów) prowadził z ramienia Towarzystwa Dr Stanisław Jasiński, któremu za gorliwą i skuteczną pracę wyraża Rada zawiadowcza podziękowanie; przebywało w Morszynie w ciągu sezonu 226 osób, którym wydano 3031 kąpieli; czysty dochód z zakładu wynosił 4677 K. 48 h. Na wystawie Zjazdowej lwowskiej otrzymał Morszyn medal złoty. Rada zawiadowcza powzięła w r. 1907 co do Morszyna 2 ważne uchwały: o wydzierżawieniu folwarku i o umowie z c. k. skarbem salinarnym w przedmiocie poszukiwania kainitu na gruntach morszyńskich.

W dalszym ciągu podaje sprawozdanie wiadomość o czynnościach i stanie Towarzystwa lek. lwowskiego, oraz sekcyi jarosławskiej, wadowickiej i sanockiej. (O ruchu w 3 pierwszych pomieszcza »Przegląd lek.« stale wiadomości; w sekcyi sanockiej odbyły się 3 posiedzenia, na których odbyły się 3 odczyty, 2 demonstracye, oraz rozprawy w sprawach zawodowych).

Z zawartych w sprawozdaniu zestawień kasowych wynika, że bilans Towarzystwa lek. galic. zamknięto 31. XII. 1907 kwotą 696.454 K 36 h. (w tem fundusz im. Jasińskiego 216.956 K, czysty majątek Morszyna, t. j. fundacyi Stillerów 159.490 K); w porównaniu z r. 1906 wzrósł majątek Towarzystwa o 13.470 K 19 hal.

W dyskusyi nad sprawozdaniem upadł wniosek, aby nie drukować nazwisk wdów i sierót, otrzymujących zapomogi; prym. Pisek poruszył sprawę połączenia Towarzystw lekarskich, działających w Galicyi, a R. dw. Merunowicz myśl zwołania w tym celu przedstawicieli tych Towarzystw na wspólne narady.

4) Rada zawiadowcza wnosi (ref. prezes Merunowicz): *a*) zmianę statutu w tym kierunku, aby na przyszłość także i pełnoletnie sieroty po członkach Tow. miały prawo korzystać z funduszów Tow., skoro się okaże, że są zupełnie niezdolne do pracy zarobkowej (nad wnioskiem tym rozwinęła się dyskusya informacyjna); *b*) mianowanie Prof. Kosińskiego z Warszawy członkiem honorowym, co jednomyślnie uchwalono; *c*) odmówienie nowym podaniom o pensye stałe (uchwalono).

5) Sekcya przemyska wnosi, by polecić Radzie zawiadowczej starania o złączenie się z Towarzystwem lek. galic. Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Na wniosek Prof. Sieradzkiego uchwalono wybrać komisyę, do której weszli: Prezes Merunowicz, Doc. Bednarski, Prof. Machek, Prym. Pisek, Doc. Rencki. Komisya ta, mająca prawo uzupełnienia się, zajmie się przygotowaniem zmiany statutu, poczem zwołane zostanie w listopadzie r. b. nadzwyczajne Walne Zgromadzenie. — Komisya ta ma również rozpatrzyć zmianę statutu, stosownie do wniosku Sekcyi lwowskiej, przedstawionego przez Prof. Macheka, a wyrażającego konieczność przyznania Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu szerszej autonomii. Wniosek Sekcyi lwowskiej ma być przedłożony najpierw Towarzystwu lek. krakowskiemu.

6) Dr Hirschler z Buczacza podnosi, że delegaci powinni wnioski, zgłoszone na Walne Zgromadzenie, otrzymywać na pewien czas naprzód.

7) Doc. Rencki porusza sprawę podniesienia dochodów z Morszyna, wnosząc wybranie w tym celu osobnej komisyi.

8) Do komisyi rewizyjnej na r. 1908 powołano sekcye lwowską i tarnowską.

9) Do Rady zawiadowczej wybrano jednomyślnie członków dotychczasowych (prezes: R. dw. Merunowicz, wiceprezes Dr Opolski, skarbnik Dr Schellenberg, sekretarz gen. Dr St. Świątkowski, członkowie: Dr Festenburg, Kowalski, Stachiewicz; nadto 2 delegatów Towarzystwa lek. krak. Prof. Bylicki i Dr Łuszczkiewicz). *D. R.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. maja 1908.

1) Kozerski przedstawił przypadek **tocznia** (*lupus vulgaris*) lewego policzka, wyleczony przez jedno naświetlenie promieniami Röntgena i trzykrotne naświetlanie lampą Kromayera. Na miejscu tocznia powstała tkanka biała, miękka, gładka, mało różniąca się od prawidłowej skóry. Przypadek ten dowodzi, że w pewnych razach lampa rtęciowa może zastąpić lampę Finsena.

2) Kozerski przedstawił przypadek **folliclis,** ciekawy ze względów teoretycznych. Mianowicie K. wykonał w tym przypadku próbę Pirqueta, szczepiąc igłą w dwóch punktach przedramienia tuberkulinę Kocha. Po dwóch dobach wystąpił zwykły odczyn zapalny wokoło nakłuć. W ciągu dni następnych odczyn zapalny zamiast, jak to zwykle bywa, zniknąć, szerzył się w postaci coraz większych kręgów, niknąc pośrodku. Wreszcie na całym pasie odczynu zapalnego wystąpił szereg typowych wykwitów »folliclis«. Ze względu, że »folliclis« jest uważana za t. zw. »toxituberculide«, czyli za wykwity, wywołane przez toksynę bakteryi Kocha, przypadek ten nabiera teoretycznej wagi, stanowiąc potwierdzenie powyższego poglądu. Toksyna w postaci tuberkuliny wywołała doświadczalnie szereg typowych wykwitów »folliclis«.

3) Korybut-Daszkiewicz w odczycie: **O powikłaniach ze strony nerek przy ospie wietrznej u dzieci,** przytacza swe spostrzeżenia i popiera danemi z piśmiennictwa fakt, że, jakkolwiek rzadko, zdarzają się jednak zapalenia nerek, jako powikłanie ospy wietrznej. Stąd zaleca mówca zachowanie właściwych wskazówek higieniczno-dyetetycznych przy tem cierpieniu i przypomina o konieczności nadzorowania stanu nerek (szczegółowe badanie moczu), zanim się uzna za wyleczonego ozdrowieńca po przebytej ospie wietrznej.

4) Pyrz podał różne sposoby przyrządzania **kąpieli z kwasem węglowym,** omawiając poszczególne wady i zalety każdego. Opis ten uzupełnił prelegent podaniem przyjętych obecnie w nauce teoryi o drogach działania kwasu węglowego na ustrój. *Dr J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 26. maja 1908 r.

1) Halpern Mieczysław wypowiedział rzecz: **O siarce w przemianie materyi.** Źródłem siarki w mózgu jest siarka spożywanego białka. W przewodzie pokarmowym część białka, resp. zawartej w niem cystyny, zawierającej siarkę, ulega gniciu, którego wytwory: siarkowodór i t. p. przechodzą przez odbytnicę, przeważna zaś większość związków siarkowych podlega wpływom fermentów trawiennych i zostaje wessana w postaci aminokwasów, (cystyna i t. p.). Z pośrednich wytworów przemiany siarki znamy tylko rodanek potasu i cystynę. Pierwszy wydziela się ze śliną do jamy ustnej, skąd dostawszy się do żołądka i kiszek ponownie bywa wessany i wreszcie opuszcza ustrój z moczem w postaci niezmienionej. Cystyna zaś bądź daje początek taurynie, która w połączeniu z kwasem cholalowym daje kwas taurocholowy, wchodzący w skład żółci, bądź też utlenia się do kwasu siarczanego. Ostateczne wytwory przemiany siarki wydzielają się z moczem w czterech postaciach: siarczanów nieorganicznych, eterosiarczanów (powstających przez sprzężenie kwasu siarczanego z aromatycznymi wytworami gnicia kiszkowego), siarki obojętnej i siarki zasadowej. Tę ostatnią postać napotykano jedynie u psa. W skład siarki obojętnej wchodzą: rodanek potasu, pochodne tauryny, sole podsiarkowe, kwas aloksyproteinowy, kwas uroprotowy i inne bliżej nam nieznane związki.

Ilość wydalanej siarki zależy od ilości spożywanego białka i waha się prawidłowo pomiędzy 1,5—3,0 SO_3 na dobę. Stosunek zaś N: S. wynosi prawidłowo 14—16: 1. Ilość poszczególnych frakcyi siarkowych w moczu podlega znacznym wahaniom indywidualnym i zależy od rodzaju pokarmów i t. p. Ilość wydalanych eterosiarczanów nie może być uważana za miernik gnicia kiszkowego.

Specyalne zaburzenie w przemianie siarki stanowi t. zw. cystynurya, polegająca na wydalaniu z moczem cystyny wskutek upośledzonego utleniania tego związku w ustroju. Należy rozróżniać kilka rodzajów cystynuryi, zależnie od tego, czy ustrój stracił zdolność spalania tylko cystyny, czy też także i innych aminokwasów. Sztuczną cystynuryę u zwierząt stanowi t. zw. merkaptururya, polegająca na wydzielaniu z moczem kwasu merkapturowego. Co się tyczy wreszcie hydrotionuryi, to jest ona najczęściej zjawiskiem przypadkowem, zależnem od fermentacyi siarkowodorowej moczu już w pęcherzu; czasem jednak zależy od przenikania siarkowodoru z kiszek do pęcherza.

Dr J. L.

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał Dr **Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

47) Exner i Herjovsky: **Patologia kamicy żółciowej.** Pod wpływem drobnoustrojów ulegają sole kwasów żółciowych rozkładowi. Najsilniej działa prątek okrężnicy, najsłabiej ziarenkowce ropne. Ten rozkład ułatwia także strącanie się cholestearyny z rozczynu, co tłómaczy częste tworzenie się kamieni przy sprawach zakaźnych dróg żółciowych.

48) Graff (Bonn): **Wycięcie śledziony przy wrzekomej białaczce dziecięcej.** Wycięcie uwieńczone zostało w przypadku G. zupełnie dobrym wynikiem.

49) Wilms (Bazyleja): **W sprawie techniki wycięcia sterczu.** W. usuwa gruczoł krokowy przez cięcie tuż na lewym zstępującym łuku kości łonowej. W ten sposób można wyłuszczyć łatwo gruczoł bez niebezpieczeństwa zranienia kiszki stolcowej. Część cewki moczowej w gruczole usunąć należy tak samo, jak przy operacyi pęcherzowej.

50) Ehrhardt (Królewiec): **O operacyjnem leczeniu raków sterczu.** Raki sterczu bardzo trudno rozpoznać. E. nie uważa ich jednak za bardzo złośliwe, bo długo pozostają one cierpieniem tylko miejscowem. E. operuje od strony krocza.

51) Bunge (Bonn): **Pooperacyjna kurczowa niedrożność jelit.** Po operacyach brzusznych występuje czasem tak silny skurcz jelit, że wywołuje zupełną niedrożność. W razie pewnego rozpoznania podawać należy makowiec i beladonnę; środki przeczyszczające pogarszają sprawę. Gdy leczenie nie pomaga, musi się nieraz przystąpić jednak do założenia sztucznego odbytu.

52) Zuckerkandl (Wiedeń): **W sprawie rozpoznania i operacyi kamieni nerkowych.** Z. omawia głównie rozpoznawanie kamieni na obrazach rentgenowskich. Ze względu na oszczędzanie miąższu nerkowego, poleca Z., ile możności wykonywać nacięcie miedniczki, a nie nerki samej.

53) Pels-Leusden (Berlin): **O potrzebie szwu cewki przy rozdarciu jej na kroczu.** P.-L. zachęca do szwu cewki w przypadkach jej rozdarcia.

54) Küttner (Wrocław): **W sprawie rokowania przy zwichnięciach urazowych.** Na podstawie długiego spostrzegania 160 przypadków urazowego zwichnięcia stawu barkowego dochodzi K. do smutnego przekonania, że prawie w $^3/_4$ przypadków mimo zupełnie »lege artis« przeprowadzonego leczenia pozostaje potem zawsze pewne osłabienie kończyny, a u ludzi starszych po 50. roku życia zaledwie w 7—13% wraca sprawność stawu. Wynik czynnościowy nie zależy tu zupełnie od rodzaju zwichnięcia, ani też od tego, czy odprowadzenie udaje się łatwo, czy nie. Wobec tych danych należy przy zwichnięciu rokować bardzo ostrożnie i za wiele choremu nie obiecywać.

55) Dollinger (Budapest): **Krwawe odprowadzenie zastarzałych zwichnięć stawu łokciowego.** D. zdaje sprawę ze swych 34 przypadków krwawego odprowadzenia zwichnięcia stawu łokciowego. Na późniejsze zapytanie odpowiedziało 12 chorych, z tych u 9 wynik jest dobry.

56) Muskat (Berlin): **Przyczynek do leczenia ustalonej stopy płaskiej.** M. używa przed zwykłem leczeniem stopy płaskiej przekrwienia biernego i czynnego.

57) Frisch (Wiedeń): **W sprawie operacyi stopy płaskiej.** W ciężkich przypadkach stopy płaskiej odcina F. tylną część kości piętowej (skośnie od tyłu z góry — na przód i w dół), przesuwa ją ku przodowi i dołowi i tu przybija. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie ogłosiło niedawno sprawozdanie ze swej działalności od 10. X. 1906 t. j. od założenia, do 1. I. 1908. Wiadomości, podane przez nas w ciągu r. z. o Stowarzyszeniu, uzupełniamy jeszcze następującymi, ze sprawozdania zaczerpniętymi szczegółami: Pierwszem staraniem Zarządu było zapewnienie Stowarzyszeniu podstaw materyalnych, urządzenie i umeblowanie lokalu, następnie organizacya wewnętrzna Stowarzyszenia; w tym celu utworzono cały szereg komisyi. Komisya wyborcza odbyła 11 posiedzeń i przyjęła 77 członków; z końcem r. 1907 liczyło Stowarzyszenie 373 członków. Komisyi Sądu koleżeńskiego przedłożono 9 spraw spornych pomiędzy kolegami; rozsądzono z nich 6. Do Sądu zgłaszali się nietylko członkowie Stowarzyszenia, ale także inni lekarze, a nawet nie-lekarze w sprawach z lekarzami. Wspólnie z komisyami zajmował się Zarząd, który odbył wogóle 23 posiedzeń, sprawami bytu lekarskiego i organizacyi pracy lekarskiej. Z pierwszych rozpatrywano: *a*) sprawę kas chorych i emerytalnych dla lekarzy, *b*) sprawę pośrednictwa w handlu narzędziami lekarskiemi i t. p., *c*) sprawę bytu materyalnego lekarzy, *d*) pośrednictwa w poszukiwaniu pracy. O wynikach tych narad zdawał w swoim czasie w »Przeglądzie« sprawę kol. W. K.; dodać tylko należy, że biuro pośrednictwa pracy otrzymało 18 ofert na posady, o 27 innych posadach podało wiadomości na własną rękę, wreszcie odebrało 14 zgłoszeń od lekarzy, poszukujących miejsca. Ze spraw organizacyi pracy lekarskiej zajmowano się *a*) sprawą felczerską, uchwalając wnieść do władz memoryał o przekształceniu szkoły felczerskiej w szkołę dozorców chorych, *b*) pomocą lekarską dla ludności fabrycznej, *c*) zadaniami lekarzy szkolnych, *d*) stosunkiem położnych do lekarzy i publiczności, o czem wszystkiem również podawał w »Przeglądzie« wiadomości kol. W. K. — Dochody Stowarzyszenia wynosiły w okresie, objętym sprawozdaniem, 7,296·86 rb., wydatki 6,365·90 rb., pozostałość w d. 1. I. 1908 — 930·92 rb. *R.*

Na zebraniu ogólnem członków Stowarzyszenia w d. 11. kwietnia 1908 obrani zostali do Zarządu: kol. Jakimiak, Leśniowski (ponownie), Łazarowicz, Guranowski, na zastępców kol.: Rzętkowski, Roppel, S. Zembrzuski. Na posiedzeniu w d. 14. IV. b. r. Zarząd ukonstytuował się, jak następuje: kol. Dunin — prezes, Nusbaum — wiceprezes, Bronowski — sekretarz, Ad. Przyborowski — skarbnik, Szumlański — gospodarz lokalu, Leśniowski — bibliotekarz, Łazarowicz — zastępca sekretarza, Chełchowski, Jakimiak, Hewelke, Kosmowski, Guranowski i zastępcy: kol. Jaworski, Rzętkowski, Męczkowski, Natanson, Roppel i Z. Zembrzuski. Do Komisyi wyborczej wybrani zostali na członków: kol. Kijewski St. — sekretarz, Cetnarowicz, Altkaufer (sen.), Staniszewski (ponownie), Manduk, Kuczyński (ponownie), Jasielewicz, Żurakowski Wł. (ponownie), Żeńczykowski, Szymański Br., Ryłko (ponownie) i zastępcy kol.: Knappe, Ryłko, Bregman, Skłodowski, Babiński, Kramsztyk J., Natanson, Gruszczyński, Łazarowicz, Wertheim, Muttermilch St., Wertenstein. Pozostali członkowie dawniejsi kol.. Ciechomski (prezes), Kamieński (wiceprezes), Bączkiewicz, Bruner Wł., Leśniowski, Horodyński, Rzętkowski, Dąbrowski, Dytel, Rajchman, Gruszczyński, Erbrich i Grundzach. Do Sądu koleżeńskiego zaś weszli: kol. Kamocki (zrzekł się mandatu), Nusbaum (ponownie — prezes), Gabszewicz, Jaworski, Winiarski (sekretarz) (wszyscy ponownie), Krauze, Babiński, Jakimiak (ponownie — sekretarz), Starkiewicz (zast. sekretarza), Krzyczkowski, Zera. Pozostali członkowie dawniejsi: kol. Ciechomski, Bączkiewicz, Dobrzycki, Gajkiewicz, Łapiński. *Dr S. Bronowski.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy wydało sprawozdanie za r. 1907, siódmy swego istnienia. Rok ten był dla Towarzystwa rokiem ciężkich strat, gdyż w tym jednym roku zmarło 3 z najgorliwszych członków wydziału: prezes Prof. Jordan, który był duszą Towarzystwa, Dr Słapa, jeden z założycieli i wieloletni skarbnik, oraz Dr Lange, również jeden z założycieli i wieloletni sekretarz Towarzystwa. Praca wydziału, który odbył 29 posiedzeń, skupiała się głównie około statutów organizacyi lekarskiej, w którą Towarzystwo się przekształca. Wydział przedłożył ustawę Kasy zaliczkowej do zarejestrowania Sądowi handlowemu, wniósł memoryał do Rad miejskich we Lwowie i w Krakowie o powiększenie liczby lekarzy miejskich stosownie do obowiązujących ustaw i do Izb lekarskich o poparcie tej sprawy, oraz memoryał do Sejmu galicyjskiego w sprawie reformy szpitalnictwa. Oddział pośrednictwa sprzedaży książek i narzędzi lekarskich rozpoczął w roku 1907 swoją działalność. Dalej zajmował się wydział uporządkowaniem sprawy zaległych wkładek, wyborami do podatkowych komisyi szacunkowych i przystąpił w charakterze członka do »Towarzystwa prawnej ochrony podatników« w Krakowie, zapewniając przez to członkom Towarzystwa Samopomocy poradę i obronę w sprawach podatkowych. Lwowska i Sanocka Reprezentacya Towarzystwa

były w r. 1907 zupełnie nieczynne; we Lwowie odbył się tylko odczyt kol. Flisa z Krakowa o potrzebie organizacyi lekarzy. Członków na r. 1908 pozostało 607. Kasa zapomogowa udzieliła 8 zapomóg bezzwrotnych w ogólnej kwocie 1,130 K, nadto »Głos lekarzy« otrzymał 500 K subwencyi. Kasa pogrzebowa, której zarząd w połowie r. 1906 po ustąpieniu kol. Brauna objął kol. Murczyński, liczyła z końcem r. 1907 198 członków i wypłaciła w ciągu roku 5 premii pogrzebowych w ogólnej kwocie 1,796 K; od założenia (przez 5 lat) wypłaciła Kasa 15 premii pogrzebowych, razem 5,552 K. Oddział należytości, kierowany przez kol. Jaugustyna, miał do załatwienia spraw 44, z czego pomyślnie załatwiono 16, a 28 jest na ukończeniu. Oddział ściągnął 680·06 K zaległych honoraryów lekarskich. Administracya znaczków receptowych, zarządzana przez kol. Żydłowicza, miała w r. 1907 obrotu 4,204·50 K; ze sprzedaży znaczków uzyskano 2,315·20 K; z darów wpłynęło 752·50 K; do funduszu wdów i sierót im. Jordana przelała Administracya 2,600 K. — Oprócz zestawień kasowych wszystkich tych oddziałów podaje sprawozdanie obrót kasowy kasy głównej za r. 1906 na 17,782·10 K, reprezentacyi lwowskiej na 1,254·87 K, a za r. 1907 kasy głównej 14,592·62 K, reprezentacyi lwowskiej 1,196·56 K. (Z zestawienia obrotów kasy głównej nie można odrazu jasno dojść, ile właściwie wynosi pozostałość kasowa na rok 1908 w funduszu obrotowym t. zw. bieżącym, gdyż saldo nie obejmuje 3 pozycyi, ściśle do niego należących, a bez żadnej podstawy pomieszczonych gdzieindziej: 840·82 + 58·85 K z poz. 7 i 507·20 K z poz. 8, a nadto zawiera ono obciążenie funduszu tego należnościami, które powinny były przytoczone nie tu, tylko w bilansie. Takie zestawienie, jak wydrukowano w sprawozdaniu, nie powinno się już nigdy zdarzyć, bo może być powodem niepożądanych nieporozumień). Bilans Toworzystwa z d. 31. XII. 1907 zamyka się kwotą 30,467·68 K, z czego rozmaite fundusze stałe (żelazny, rezerwowy, im. Jordana i t. p.) wynoszą 18,623·42 K. *R.*

Do organizacyi nawołuje Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (13), wskazując na to, że przez zmianę statutu Towarzystwa Samopomocy przygotowano podstawy do zrzeszenia się lekarzy na podstawie interesów ekonomicznych; organizacya powinna dokonać się tem rychlej, że lekarze, zwłaszcza w okręgu Izby lwowskiej, mieli już sposobność przekonać się kilkakrotnie o korzyściach solidarnego postępowania, dzięki któremu w ostatniem trzechleciu uzyskano wzrost dochodów z Kas chorych i t. d. *R.*

Wschodnio-galicyjska sekcya Związku lekarzy kolejowych odbyła 21. VI. b. r. doroczne Walne Zebranie we Lwowie. Przewodniczący Dr Zgórski zawiadomił, że wskutek podjętych przez Związek zabiegów, przyjęło ministerstwo kolei w zasadzie podwyższenie płac lekarzy kolejowych o 25%, i że poprawna instrukcya służbowa została już na próbę na rok wprowadzona w Dyrekcyi upaństwowionej kolei północnej. Następnie obradowano nad wnioskami na Walne Zgromadzenie Państwowego Związku lekarzy kolejowych w Wiedniu, dotyczącymi: ryczałtu na dorożki (który ma być według nowej instrukcyi służbowej lekarzom przyznany), dostarczania podwód przez zarząd kolejowy, podwyższenia dyet za czynności poza obrębem przydzielonego lekarzowi okręgu, wynagrodzenia lekarzy za oględziny uszkodzonych podróżnych i t. p. — Do Wydziału wybrani zostali ponownie: Dr Zgórski (prezes), Dr Dietzius, Gracka, Rokossowski i Szymański, z których 2 pierwsi pozostali nadal delegatami na Walne Zgromadzenie w Wiedniu. (»Głos lek.« 13). *R.*

Warszawski Komitet badania i zwalczania raka zawiadamia, że Biuro wszechświatowego Zjazdu chirurgów, odbyć się mającego w końcu września r. b. w Brukseli, rozesłało do chirurgów wielu krajów plan statystyki wyników operacyjnego leczenia raka, opracowany przez Prof. Dollingera z Pesztu. Donosząc o tem, zachęca »Gazeta lek« (Nr 25) chirurgów polskich, by według tego planu opracowali swój materyał i przedłożyli wyniki na wspomnianym Zjeździe.

Plan statystyki Prof. Dollingera obejmuje:

A) Wyniki pierwszej operacyi: 1. Dla porównania wartości metod operacyjnych należy utworzyć oddzielne grupy z operowanych daną metodą przypadków, w których znane są wyniki późne. 2. Dla przekonania się o tych wynikach należy zapytać się operowanych o stan ich po 3 i 5 latach od operacyi. 3. Chorych bez nawrotu ponad lat 5 należy przytoczyć szczegółowo. Oprócz tego należy ich wliczyć do wykazu przypadków bez nawrotów w ciągu 3 i 5 lat. 4. Dla stwierdzenia związku między operowaniem wczesnem a wynikami operacyi, należy utworzyć oddzielne grupy wyników, zależnie od czasu, jaki upłynął od pierwszych objawów raka do operacyi. 5. Zejścia śmiertelne bezpośrednio po operacyi, liczbę operowanych, którzy o sobie nie donieśli, jakoteż zmarłych następnie wskutek innych chorób, a nie raka, należy zebrać w osobnej tabliby. 6. Późniejsze wyniki operacyi, odnoszące się do przypadków, dokładnie stwierdzonych histologicznie, należy zebrać oddzielnie z uwzględnieniem różnych rodzajów raka.

B) Wyniki operacyi powtarzanych z powodu nawrotów należy zestawić oddzielnie, zaznaczając jeszcze: 1. jaką metodę operacyjną stosowano przy pierwszej, drugiej i t. d. operacyi, 2. w jaki czas po pierwszej operacyi nastąpił nawrót.

C) Późniejsze wyniki operacyi jednorazowych lub powtarzanych, przedstawione na jednej tablicy. Należy podać obliczenia odsetkowe.

W zapytaniach do chorych należy żądać wiadomości: 1. Jak się chory czuje po operacyi. 2. Czy na miejscu operowanem nie pojawił się nowy guz lub owrzodzenie, a jeśli tak, to od jakiego czasu. 3. Czy (ew. i kiedy) zjawiły się w jakiej innej części ciała guzy lub owrzodzenia. 4. Czy chory nie poddawał się ponownej operacyi, a jeśli tak, to kiedy i kto wykonał operacyę. *R.*

W sprawie nadzorowania środków spożywczych wydało austr. ministerstwo spraw wewn. reskrypt (L. 12,520 z 5. V. 1908), w którym stwierdza, że ustawa o handlu środkami spożywczymi z d. 16. II. 1896 okazała się mało skuteczną, ponieważ brak dotąd należycie zorganizowanej służby nadzorczej. Ministerstwo poleca zwrócić lekarzom powiatowym uwagę, że nadzór nad środkami spożywczymi jest ich obowiązkiem; namiestnictwom poleca ministerstwo ułożyć wspólnie z zakładem badania środków spożywczych co roku program rewizyi handlów w pewnych powiatach, wreszcie zapowiada wydanie w najbliższym czasie przepisów o studyach i egzaminach dla nadzorców targowych, co ma zarządom samorządnym umożliwić pozyskanie odpowiednich sił zawodowych i wykonywanie nadzoru nad środkami spożywczymi w szerszym zakresie. Natomiast sam rząd ze względu na koszta nie zamyśla o utworzeniu osobnych rządowych organów nadzorczych. — Przytaczając treść tego reskryptu, podnosi »Kuryer lw.« (Nr 295) słusznie, że najznamienniejszym jego rysem jest przesadny wzgląd na oszczędność. Przyznając, że bez należycie zorganizowanej służby nadzorczej najlepsza nawet ustawa o środkach spożywczych pozostanie martwą literą, pozostawia rząd całą troskę o zorganizowanie owej służby samorządowi krajowemu i gminnemu, chociaż wie dobrze, że samorząd ten cierpi na przewlekły brak środków materyalnych. *R.*

Sprawą popierania zdrojowisk polskich zajął się z dzienników galicyjskich żywiej tylko jedyny »Kuryer lwowski«, umieszczając znowu (Nr 291—293) krótkie zestawienie najważniejszych szczegółów o naszych miejscowościach kąpielowych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21. do 27. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Hranki 2), Buczacz (Trościaniec 5, Baranów 6, Zadarów 4), Czortków (Byczkowce 1), Kamionka (Witków nowy 2), Mościska (Czerniawa 1), Peczeniżyn (Akreszory 2), Przeworsk (Mokra strona 1), Rawa (Zamek 4), Skałat (Krasne 1, St. Skałat 2), Stryj (Tuchla 3, Orawczyk 4, Lisiatycze 7, Orawa 4), Złoczów (Remizowce 1), Żywiec (Ślemień 1); ospy sprawdzono 1 przypadek w Miękini pow. Chrzanów; nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 1 przypadek w Kopkach pow. Nisko. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 21. do 27. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 2; zmarło osób 66 (w tem obcych 16), z nich z gruźlicy 9 (3), zapalenia płuc 7, krztuśca 2, płonicy 2, odry 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. do 27. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 2), krztuśca 14 † 2, płonicy 11 † 2 (4 † —), odry 10 † 1 (2 † 1), duru brzusznego 3 (1), czerwonki 1. *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1908/9 wybrany został Prof. Dr Wachholz.

— Wydział lekarski przedstawił docentów Dr Stanisława Brauna i Dr Stanisława Dobrowolskiego do tytułu profesorów nadzwyczajnych.

— Na jubileuszu Prof. Kosińskiego w Warszawie był przedstawicielem Tow. lek. krakowskiego Prof. Kader.

— Wobec tego, że kwoty, płacone przez kraj za leczenie dzieci w szpitalu św. Ludwika w Krakowie, od dłuższego czasu znacznie są niższe od rzeczywistych kosztów leczenia, a utrzymujące ten szpital Towarzystwo opieki szpitalnej nie posiada funduszów dostatecznych na pokrywanie różnicy, przeto zamierza Towarzystwo nadal umowy z Wydziałem krajowym w dotychczasowej postaci nie odnawiać, a gdyby kraj nie zakupił lub stale nie wynajął całego budynku szpitalnego, — prowadzić szpital w zmniejszonych rozmiarach. Natomiast główną działalność zamierza Towarzystwo w przyszłości zwrócić w kierunku kolonii leczniczej w Rabce, gdzie pożądane jest utworzenie sanatoryum, otwartego przez cały rok.

— *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

»Zarząd Towarzystwa Biblioteki Medyków U. J. otrzymał od JWPana Radcy Dworu Prof. Dra B. Wicherkiewicza kwotę 50 K jako dar z tytułu taks rygorozalnych, nie pobranych w Jego zastępstwie przez JWPana Prof. Dr Kostaneckiego.

Gielczyński, przewodniczący. *Zbyszewski*, sekretarz«.

Lwów. Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lek. galicyjskich odbyło się w d. 28. VI. b. r. Sprawozdanie z tego zgromadzenia podajemy na innem miejscu. Zgromadzenie zakończyło się wyborami do Rady Zawiadowczej, do której jednomyślnie powołano wszystkich członków dotychczasowych.

— 28. VI. 1908 otwarto uroczyście nowy gmach miejskiej Kasy chorych, zbudowany przez inż. Maciałka według współczesnych wymogów sanitarnych.

— Lekarze w lwowskiej Radzie miejskiej postanowili utworzyć luźną grupę, porozumiewającą się poza klubami w sprawach sanitarnych; do różnych sekcyi Rady wstąpili na zasadzie wspólnej narady (Dr Starzewski — do sekcyi dobroczynności, Prof. Szpilman — do finansowej, Dr Mahl — do budowlanej, Dr Mikołajski i Pisek — do sanitarnej, Dr Piasecki — do szkolnej).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Begleiter, rodem ze Lwowa.

Ruch w zdrojowiskach. Do Iwonicza przybyło do 20. VI. 1908 osób 1,179, do Rymanowa osób 613, do Rabki do 25. VI. osób 1001, do Krynicy 2,892.

Warszawa. Rzadką w zawodzie lekarskim rocznicę półwiekowej pracy zawodowej obchodził 22. VI. b. r. Dr Bolesław Gepner, powszechnym otoczony szacunkiem naczelny lekarz instytutu oftalmicznego. Imieniem kolegów i uczniów składał Jubilatowi życzenia Dr Zygmunt Kramsztyk, wręczając Mu wybity na cześć Jego medal pamiątkowy.

Czcigodnemu Jubilatowi składamy życzenia długich jeszcze lat pracy z równym, jak dotąd, dla społeczeństwa i kraju pożytkiem.

— Uroczystość jubileuszu Prof. Kosińskiego, urządzona przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, odbyła się 30. VI. 1908 według następującego porządku: W imieniu Towarzystwa lekarskiego przemówił prezes Dr Kamocki, w imieniu Wszechnicy Jagiellońskiej i Towarzystwa lek. krakowskiego Prof. Kader, w imieniu Towarzystwa lek. łódzkiego Dr Krusche, wręczając dyplom członka honorowego, w imieniu zaś uczniów i asystentów Dr W. Szteyner. Następnie działalność naukową Jubilata scharakteryzował Dr Fr. Kijewski, poczem przemawiali: Dr Pruszyński — w imieniu Towarzystwa naukowego, Dr Bączkiewicz — w imieniu Towarzystwa higienicznego, Dr J. Zawadzki — w imieniu Pogotowia ratunkowego, Dr M. Jakowski, imieniem Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach, oraz sekretarz Towarzystwa lekarskiego, Dr A. Sokołowski. W końcu Dr Janowski odczytał blizko setkę telegramów gratulacyjnych, poczem przemawiał Czcigodny Jubilat. Wieczorem odbyło się zebranie koleżeńskie. Jubilat ofiarował 2,000 rb. na pracownię Towarzystwa lekarskiego.

— Towarzystwo lek. warszawskie przyznało 19. VI. 1908 nagrodę im. Pląskowskiego Dr Władysławowi Sterlingowi za pracę p. t.: »O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgowia«.

— Grono osób, zajmujące się sprawą założenia w Otwocku sanatoryum dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, postanowiło na zebraniu u Dr Chodeckiego z udziałem Dr Sokołowskiego, Bączkiewicza, Łapińskiego i Roszkowskiego pomimo szczupłości funduszów otworzyć na razie zakład na małe rozmiary.

— Przy szpitalu Anny-Maryi w Łodzi wzniesiono z funduszów, ofiarowanych na ten cel ku uczczeniu pamięci Dr Jonschera przez pp. Herbstów, pawilon ortopedyczny, którego kierownictwo obejmie Dr Antoni Tomaszewski.

Z różnych stron. Według krążących pogłosek ma być Prof. Paltauf z Wiednia mianowany szefem departamentu sanitarnego w austr. ministerstwie spraw wewnętrznych.

Mianowani: Chirurg Dr Murphy profesorem »University Medical School« w Chicago;

Dr Ślęk, dyrektor szpitala w Śniatynie, dyrektorem szpitala w Sokalu.

Zmarli: patolog Prof. Dr Eug. Albrecht, następca Weigerta na stanowisku dyrektora zakładu Senckenberga, w 36 r. ż. we Frankfurcie n. M.; chirurg Prof. Dr A. Reverdin, zasłużony głównie odkryciem złych skutków całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego (cachexia strumipriva) w Genewie; anatom Prof. Dr Biełousow w Charkowie.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Towarzystwa higienicznego we Lwowie za r. 1907. — Sprawozdanie Zarządu Stow. lekarzy polskich w Warszawie za r. 1906/7. — Sprawozdanie Wydziału Tow. Samopomocy lekarzy za r. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kolomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.

Rok XLVII. Kraków, dnia 11. lipca 1908. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni farmakologicznej Prof. J. Landenbacha i z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. W. Wysokowicza przy Uniwersytecie kijowskim.

W sprawie wpływu wdychania dymu tytuniowego na zwierzęta.

Podał

Docent Dr E. Zebrowski.

W Nr 6. »Rus. Wracza« z 1907 r. podałem »zawiadomienie tymczasowe« (4) o wpływie dymu tytuniowego na naczynia krwionośne. Zaznaczyłem wtedy, iż wstrzykiwanie rozczynu dymu tytuniowego do żył wywołuje u królików miażdżycę. Obecnie chcę podać w krótkości wyniki dalszych spostrzeżeń, przy nieco innym sposobie doświadczeń, mianowicie wyniki przewlekłych doświadczeń nad oddychaniem dymem tytuniowym.

Wdychanie odbywało się w następujący sposób: zwierzęta (króliki) w ciągu kilku miesięcy przesiadywały codziennie po 6—8 godzin (z 1—2-godzinną przerwą na jedzenie) w przyrządzie do palenia. Przyrząd składał się ze szklanego klosza, o pojemności około 20 litrów, w którego ścianie były umieszczone 3 otwory na jednej linii prostopadłej, o średnicy około 2 cm każdy. Do najniżej położonego otworu, mieszczącego się mniej więcej na wysokości nosa siedzącego pod kloszem królika, wstawiona była cygarnica z papierosem. Nieco wyżej umieszczony otwór zakryty był luźno kawałkiem waty. Najwyższy wreszcie otwór umieszczony u szczytu klosza był połączony z pompą wodną zapomocą całego systemu rurek szklanych i gumowych. Prąd powietrza, a więc i czas potrzebny do wypalenia się papierosa regulowałem zapomocą szybkości prądu wody, głównie zaś zapomocą innego prostego urządzenia, luźnego korka z waty, tkwiącego w środkowym otworze. Wsuwanie go wgłąb otworu przyśpieszało, wysuwanie zaś zatrzymywało spalanie się papierosa. Króliki umieszczałem w przyrządzie po jednym, lub też po dwa, puszczałem w ruch pompę i zapalałem papieros, który spalał się powoli, mianowicie 1 papieros, zawierający około 2,52 gr taniego tytoniu (machorki), spalał się mniej więcej w ciągu 12—15′. Po każdym papierosie przerywałem czynność pompy; zwierzę pozostawało w przyrządzie napełnionym dymem w ciągu 5—10′, poczem znów rozpoczynało się »palenie« we wskazanym porządku. Wogóle w ciągu 6—8 godzin trwania doświadczenia, spalało się w ten sposób 8—10 papierosów, co wynosiło około 20—25 gr tytoniu.

Papierosów używałem wyłącznie zrobionych własnoręcznie z tytuniu gorszego gatunku, t. zw. »machorki« (»Zwiezda« fabr. Spilioti w Kijowie, cena 32 kop. za 1 f.). Badanie chemiczne, dokonane sposobem Thomsa (3), stwierdziło, iż ilość nikotyny była w »machorce« znacznie większa, niż w innych, droższych gatunkach tytoniu. Rozczyn dymu »machorki« (dym otrzymany ze spalenia 100 gr »machorki«, pochłonięty przez 100 gr fizyologicznego rozczynu NaCl) zawiera 0,85% nikotyny; takiż zaś rozczyn dymu z tytoniu lepszego gatunku (»Mocny« I. gatunek fabr. Salomona Kohena w Kijowie, w cenie 2 r. 20 kop. za 1 f.) zawiera tylko 0,23% nikotyny.

Jak to widać z przebiegu doświadczenia, przy wdychaniu dymu z tytoniu przez zwierzęta, zachowano warunki jak najwięcej odpowiadające tym, jakie widzimy u ludzi, palących papierosy. Zwierzę oddychało dymem nie stale, ale peryodycznie. Do przyrządu wraz z dymem wchodziło świeże powietrze: podczas »palenia« przez środkowy otwór w kloszu, w przerwach zaś przez środkowy i dolny. W celu wydalenia lotnych produktów, wydzielanych przez skórę i płuca, przyrząd przed każdym papierosem silnie przewietrzano. Po każdem doświadczeniu wszystkie części przyrządu przemywano wodą.

Wdychanie dymu wywoływało u zwierząt cały szereg zjawisk. Jedne z nich były szybko przemijające, czasowe. Wszystkie króliki w ciągu pierwszego tygodnia »palenia«, objawiały podczas doświadczenia znaczny niepokój: kręciły się, stawały na tylne łapki, starając się uniknąć strugi dymu, usilnie tarły nos; przez cały przebieg doświadczenia można było spostrzegać objawy braku tchu, łzawienie i wydzielanie się śluzu z nozdrzy. Po wyjęciu z pod klosza po 2—3 godzinnem »paleniu«, króliki z początku z trudnością chodziły, chwiejąc się i ciągnąc nieco tylne łapy, potem w ciągu mniej więcej 1 godziny można było zauważyć ociężałość ruchów i brak łaknienia. W szeregu następnych doświadczeń występowało przyzwyczajenie do dymu tytuniowego: króliki zachowywały się w przyrządzie spokojnie; po doświadczeniu zjawiska niedowładu nie dawały się już dostrzegać. Tu zachodzi różnica pomiędzy tymi królikami, a innymi, którym dym tytuniowy wprowadzano wprost do krwi. Wtedy bowiem, jak to wskazałem w »Tymczasowem zawiadomieniu« (str. 189), nietylko nie spostrzegałem przyzwyczajenia, ale nawet odwrotnie, występowało jakgdyby wzmożenie się wrażliwości na działanie trucizny. Zwierzęta ginęły nieraz niespodzianie, po dawkach często mniejszych,

niż poprzednie. Od czego zależy taki stosunek ustroju do trucizny — trudno tymczasem orzec z pewnością. Można tylko przypuszczać, iż zależy to od sposobu wprowadzania trucizny. Przy paleniu dym tytuniowy wchodzi do ustroju przez płuca, natrafiając na swej drodze na cały szereg urządzeń ochronnych, które mianowicie mogą odgrywać pewną rolę w przyzwyczajaniu się do trucizny.

Inny szereg zjawisk, wywołanych przez oddychanie dymem tytoniuwym, spostrzegać się daje w ciągu całego czasu trwania doświadczeń. Jest to utrata łaknienia i postępujące wychudzenie. Króliki »palące« różnią się od zdrowych, przeznaczonych do kontroli, brakiem łaknienia i wyniszczeniem. Zmniejszenie się wagi u niektórych z nich dochodzi do znacznych stopni. jeden n. p. z królików (Nr 2 z poniżej przytoczonej tablicy) stracił w ciągu 2 miesięcy »palenia« około $^1/_2$ początkowej wagi (46,9%). Od czego zależy wychudzenie, czy wyłącznie od utraty łaknienia, czy też od bezpośredniego działania składników dymu na wymianę materyi? Jak to zaznaczyłem w »Tymczasowem zawiadomieniu«, wstrzykiwanie do krwi nikotyny i rozczynów dymu tytuniowego nie wpływało na odżywianie zwierząt. Zwierzęta użyte do doświadczeń nabywały wagi tak samo, jak i zwierzęta przeznaczone do kontroli. Fakt ten jakgdyby przemawiał za tem, iż u »palaczy« wyłącznie tylko utrata łaknienia wywołuje wychudzenie. Była jednak inna jeszcze możliwość. Wychudzenie mogło także zależeć w części od działania jakiegoś składnika dymu tytuniowego, którego odsetkowa ilość w dymie znacznie jest mniejsza, niż nikotyny. Wobec zwiększania się wrażliwości ustroju na działanie dymu przy wprowadzaniu go do krwi, zachodziła konieczność wstrzykiwania coraz to mniejszych dawek. Jasnem jest, iż przy takim sposobie wprowadzania, mogło się nie uwydatnić działanie tych składników, których zawartość w dymie tytuniowym jest nieznaczna w porównaniu z nikotyną. Wobec tego, w celu rozwiązania zagadnienia o przyczynie wychudzenia, należało zbadać działanie każdego z głównych składników dymu tytuniowego z osobna.

W celu wyodrębnienia składników dymu zastosowałem sposób przekraplania według Thomsa (3). 200 sz. cm rozczynu dymu tytuniowego, którego sposób otrzymania opisałem w »Zawiadomieniu tymczasowem« (str. 189), ogrzewałem silnie w kolbie, połączonej zapomocą ochładzacza ze zbiornikiem, zawierającym kwas octowy. Ponieważ płyn ogrzewany oddziaływał zasadowo, więc przekraplały się tylko lotne zasady: amoniak, nikotyna i pirydyna (destylat Nr 1). Pozostałą po przekropleniu masę, gęstą jak syrop, rozpuszczałem fizyologicznym rozczynem NaCl do 200 sz cm i przepuszczałem przez sączek Chamberlanda. Otrzymywałem w ten sposób przejrzysty płyn koloru ciemno-bursztynowego, który, jak to stwierdziła próba na żabie, nie zawierał już nikotyny. Kwaśny destylat Nr 1, składający się z octanów amoniaku, nikotyny i pirydyny poddawałem znowu przekropleniu, przyczem w kolbie pozostawały octany amoniaku i nikotyny, przekraplała się zaś pirydyna i nadwyżka kwasu octowego (destylat Nr 2). W celu wyosobnienia czystych pirydyn tytuniowych, destylat Nr 2, po dodaniu doń NaOH aż do oddziaływania zasadowego, poddawałem raz jeszcze przekropleniu. Otrzymywałem przy tem przejrzysty płyn o słabo zielonawym odcieniu, a aromatycznym zapachu, płyn ten rozpuszczałem fizyologicznym rozczynem NaCl do 200 sz. cm (destylat Nr 3).

Z płynów otrzymanych zapomocą przekroplenia stosowałem u zwierząt: 1) pozostałość po pierwszem przekropleniu, zawierającą wszystkie rozpuszczalne związki dymu tytuniowego z wyjątkiem nikotyny, pirydyny i NH_3 t. j. »wyciąg pozbawiony nikotyny i 2) destylat Nr 3, zawierający mieszaninę pirydyn tytuniowych. Pirydyny tytuniowe, przy wstrzykiwaniu do żyły nawet znacznych ilości (4—4,5 sz. cm.), nie wywoływały u królików niezwykłych objawów ani natychmiast po wstrzyknięciu, ani też po dłuższem stosowaniu. Przy sekcyi królików, zabitych po upływie 3 miesięcy codziennych wstrzykiwań, nie znalazłem żadnych widocznych zmian ani w naczyniach, ani też w innych narządach. Wstrzykiwanie wyciągu, pozbawionego nikotyny (ściśle mówiąc i pirydyny także), wywoływało już w dawkach począwszy od 1 sz. cm. cały szereg objawów. Natychmiast po wstrzyknięciu, prawie w jednej chwili zjawiał się niedowład tylnych kończyn; zwierzę kładło się na brzuchu lub na boku z bezwładnie wyciągniętemi kończynami tylnemi; po 10—15′ podnosiło się i zaczynało chodzić, włócząc jeszcze jednak przez pewien czas (około $^1/_2$ godziny) tylne łapy. Przy dalszem stosowaniu wyciągu króliki poczynały chudnąć, w niektórych przypadkach dość prędko (po 1—2 miesiącach), ginęły szybko bez widocznych przy sekcyi zmian, utraciwszy naogół około 20—40% swej pierwotnej wagi. Fakty te wskazują, iż dym tytuniowy, oprócz nikotyny, zawiera jeszcze pewne trujące składniki, posiadające własności porażające i wywołujące wychudnięcie. Być może, iż u zwierząt oddychających dymem tytuniowym postępowe wychudnięcie zależy po części i od wpływu tych nieznanych dotąd trucizn dymu.

Królików, u których udało się przeprowadzić doświadczenia z oddychaniem w ciągu dłuższego czasu, było 4. Mała ilość zwierząt tłómaczy się żmudnością i znaczną stratą czasu, jakiego potrzebuje staranne przeprowadzenie podobnych doświadczeń. W poniżej przytoczonej tablicy umieszczano dane co do wieku, wagi i czasu trwania tych doświadczeń.

Nr porz.	Nazwy zwierząt	Wiek przy rozpoczęciu doświadczeń	Początek doświadczeń	Koniec doświadczeń	Trwanie doświadczeń dni	Początkowa waga gr	Waga w dzień śmierci gr	Procent utraty wagi
1	Sybirka	5 miesięcy	1. XI. 1906	Zabita 29. IV. 1907	180	950	735	22,6
2	Czarny nos	5 miesięcy	1. XI 1906	Zginał 5. I. 1907	66	1025	545	46,9
3	Biały	Około 7 mies.	21. XII. 1906	Zabity 29. IV. 1907	129	1200	950	20,8
4	Strzałka	Około 7 mies.	9. I 1907	Zginęła 7. III. 1907	57	970	635	34,5

Jak to widać z tablicy, 2 króliki (Nr 2 i 4) padły po 2-miesięcznem mniej więcej paleniu, znacznie straciwszy na wadze, a mianowicie Nr 2 utracił 46,9%, Nr 4 — 34,5% pierwotnej swej wagi. Przy sekcyi 2 straconych zwierząt, oprócz prawie zupełnego zaniku tkanki tłuszczowej, wyraźnych zmian, tłómaczących przyczynę śmierci, nie stwierdziłem. U 2 zabitych królików, oprócz wychudzenia, znala-

złem wyraźne zmiany w tętnicy głównej: mianowicie u Nr 1. w początkowej i piersiowej części tętnicy głównej znalazłem 6 zgrubień, wielkości od główki szpilki do ziarnka konopi, w postaci płaskich blaszek, owalnych i okrągłych, posiadających w środku zagłębienie i oprócz tego dość dużo okrągłych zgrubień mniejszych. Niektóre z nich znajdowały się w pobliżu ujść tętnic wieńcowych serca. U królika Nr 3 znalazłem zmiany tylko w początkowych częściach tętnicy głównej, mianowicie — 2 płaskie okrągłe zgrubienia, wielkości główki od szpilki, podobne do blaszki z wgłębieniem w środku i bardzo dużo okrągłych i owalnych zgrubień.

(Dok nast.)

Z kliniki lekarskiej Wszechnicy lwowskiej.
(Dyrektor: Prof. Dr Antoni Gluziński.)

O lewulozuryi pokarmowej.

Podał

Dr Antoni Sabatowski, elew rządowy kliniki.

(Dokończenie.)

Pierwsza grupa moich chorych obejmuje przypadki marskości wątroby typu Laenneca i Hanoteau. Były to przeważnie zmiany średniego natężenia, w wywiadach najczęściej spotykałem opilstwo, rzadziej zimnicę i inne choroby zakaźne. Na 20 chorych w 18 przypadkach wynik prób był dodatni, w 2 biegunki popsuły doświadczenie. W płynie z jamy brzusznej poszukiwałem w 2 przypadkach bardzo sumiennie lewulozy (w dniu wykonywania próby); wynik był zawsze ujemny. Wogóle lewulozurya była silniejszą w przypadkach marskości z żółtaczką. Po spożyciu 100 gr cukru trzcinowego próba co do lewulozuryi wypadała wielokrotnie dodatnio, mimo, że cukier trzcinowy zawiera tylko 50% lewulozy.

Drugą grupę stanowi 8 przypadków żółtaczki t. zw. nieżytowej i 1 kiłowej. Z tych 9 chorych tylko w 2 przypadkach lekkiej żółtaczki wynik był ujemny. Wynik ten stoi jakoby w sprzeczności z wynikami innych badaczy, zwłaszcza Halásza (Wien. klin. Wochs. 1908). Ten badacz robił n. p. próby w 5 przypadkach całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego i w jednym przypadku żółtaczki »nieżytowej«; wyniki miał wyłącznie ujemne. Ta sprzeczność wyników i jakości materyału jest w tym przypadku pouczającą. Gdy się bowiem zważy, że żółtaczka »nieżytowa« ma swe źródło w zakażeniu lub zatruciu (bo nawet w tych przypadkach, w których obrzęk błony śluzowej dróg żółciowych wydawałby się jedyną przyczyną żółtaczki, przecież o obrzęku zapalnym, a więc zakaźnym myślimy), to wydaje mi się, że lewulozurya jest naturalną konsekwencyą stanu zakaźnego, czy toksycznego. Zamknięcie zaś zupełne przewodu żółciowego (kamień, blizna, nowotwór), któremu nie towarzyszy stan zapalny (albo już wygasł doszczętnie), nie daje powodu do lewulozuryi, chyba że zastój żółci wywołał już grube zmiany anatomiczne w miąższu wątroby *(cirrhosis biliaris)*.

Ciekawe są w tym względzie badania nad »żółtaczką kiłową«, objawem wczesnym drugiego okresu kiły. Z 12 przypadków, opisanych przez Sambergera (Archiv für Dermat. u. Syphil. T. 67) była w 8 lewulozurya pokarmowa mimo, że prawie we wszystkich przypadkach odpływ żółci do jelit był utrzymany. W przypadku przezemnie spostrzeganym odpływ żółci, wstrzymany przez czas krótki, był już w dniu wykonania próby prawidłowy; próba wypadła dodatnio.

Z tych wyników wnoszę, że lewulozurya pokarmowa nie jest zawisłą od zastoju żółci, tylko od mniej lub więcej wybitnych zmian, wywołanych w wątrobie przez zakażenie lub zatrucie. Zapatrywanie to zgadza się z Minkowskiego teoryą żółtaczki *per diapedesin*. Przypuszczenie jego, że zwyrodnienie miąższowe wątroby (w chorobach zakaźnych i zatruciach) jest przyczyną przenikania żółci w kierunku tak prawidłowym, jak i ku żyłom środkowym *(vena centralis)*, że więc jest to poprostu zaburzenie wydzielnicze, — doznaje uzupełnienia w tym kierunku, że i inne czynności wątroby, jak n. p. przeróbka lewulozy, w tych warunkach podupadają.

Dalszym przyczynkiem do tej sprawy jest występowanie lewulozuryi w chorobach zakaźnych ostrych. Rebaudi znalazł na 39 przypadków tych chorób 38 razy dodatnią próbę lewulozową. Ja znalazłem na 8 przypadków duru brzusznego 6 prób dodatnich, na 4 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, wszystkie dodatnie. Z wyjątkiem owych 2 przypadków duru, które przechodziły już w III okres choroby, wszystkie przypadki pochodziły z okresu największego nasilenia. W żadnym z przypadków nie było wyraźniejszego powiększenia ani bolesności wątroby, nie było również żółtaczki, prawie we wszystkich był zato śladzik białka w moczu.

Fakta te nasuwają przypuszczenie, że żółtaczka, występująca częściej, czy rzadziej przy wszystkich prawie chorobach zakaźnych, jest prawdopodobnie najczęściej objawem zwyrodnienia miąższowego wątroby i da się pod tym względem porównać z białkomoczem, przy tych chorobach występującym. Lewulozuryę pokarmową uważam za wyraz lżejszych, żółtaczkę za wyraz cięższych zmian miąższowych. Znamienną jest rzeczą, że wśród takiej żółtaczki chorzy mają zwykle stolce barwy prawidłowej, co przemawia przeciw niedrożności przewodu żółciowego. Wykaz chorób zakaźnych, którym (w ciężkich przypadkach) taka żółtaczka towarzyszy, jest bardzo długi: dur brzuszny *(t. biliaris)*, dur plamisty, dur powrotny (szczególnie w krajach gorących), zapalenie płuc *(p. biliaris)*, zwłaszcza u pijaków, a więc ludzi, których wątroba zwykle już jest schorzałą, dalej: róża grypa, zimnica, nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, posocznica. Do tej grupy zaliczyć należy spostrzeżenia Sambergera, który przy żółtaczce kiłowej *(icterus syphiliticus)* osiągnął w większości przypadków lewulozuryę pokarmową. Jako powód żółtaczki przyjmuje on zwyrodnienie miąższowe wątroby w tych przypadkach, w których stolce zawierały barwiki żółciowe, zaś ucisk gruczołów zajętych lub brodawczaki dróg żółciowych (?) w tych przypadkach, w których stolce były odbarwione. Ja spostrzegałem jeden przypadek, dający się pogodzić z pierwszem przypuszczeniem i to tylko przypuszczenie uważam za uzasadnione. (Cnf.: Buraczyński: Sprawozd. z X. Zjazdu lek. i przyr. polskich, 1907, str. 181).

Sądzę, że wobec tych faktów powinno się porzucić nazwę: żółtaczka nieżytowa w chorobie zakaźnej, a mówić

zgodnie z anatomiczno-patologicznym stanem rzeczy: żółtaczka zakaźna, albo wprost durowa, kiłowa, grypowa i t. d.

Z chorób zakaźnych podostrych badałem dwa przypadki gruźlicy o gorączce stałej, do 39° C. dochodzącej;— oba razy wyniki były ujemne. Rzecz warta jest dalszych badań ze względu na dość często spotykane stłuszczenie wątroby u osobników, które gruźlicy uległy.

Sprawność wątroby zastoinowej badałem w 16 przypadkach wad serca w okresie niewyrównania ze znaczną wątrobą zastoinową, często dodatnio tętniącą i obrzękami kończyn dolnych. Na tych 16 przypadków raz tylko udało mi się otrzymać lewulozuryę u chorej, u której niewyrównanie wady serca trwało już przeszło 5 lat. Wyniki te są zajmujące w przeciwstawieniu do zachowania się wątroby wobec innych wpływów szkodliwych, a tłómaczę je sobie innem usadowieniem się zmian anatomicznych przy zastoju, a innem we wszelkich n. p. stanach marskości wątroby. Skutkiem zastoju krwi następuje w wątrobie rozszerzenie żył środkowych (*venae centrales*), następnie przenosi się ten stan na okoliczne naczynia włosowate, przy dłuższem zaś trwaniu sprawy wywołuje następowy zanik komórek wątrobnych w otoczeniu żyły środkowej *(zona centralis)* i bujanie tkanki łącznej; sprawa ta posuwa się powoli ku obwodowi. W marskości wątroby zanik miąższu wątrobowego postępuje od obwodu zrazików *(zona periportalis)*, bujanie tkanki łącznej ogranicza się albo tylko do okolic obwodowych, albo też wnika w głąb zrazików *(cirrhosis hypertrophica)*. Odmiennemu obrazowi anatomicznemu odpowiada odmienny stan sprawności narządu i zdaje mi się, że wniosek, jaki stąd wysnułem, jest usprawiedliwiony. Z innej także strony jest zachowanie się wątroby zastoinowej zajmujące. Jak Franke trafnie przypuszcza (Tygodnik lek. 1906, Nr 15), stanowi wątroba ostatnią ostoję krążenia krwi; w chwili rozpoczynającej się ogólnej niedomogi zaczyna ten narząd dodatnio tętnić i wspiera, — choć częściowo, — posuwanie się krwi ku prawemu przedsionkowi. Zdaje mi się być dowodem celowości przyrody, że ten narząd, który stanowi ostatnią obronę podupadającego krążenia, jest sam tak na zastój odporny, że mimo występujących już w nim zmian, swoistą pracę chemiczną wykonywa bez zarzutu.

W 20 przypadkach cukrzycy poszukiwałem lewulozy w moczu, zawsze z wynikiem ujemnym; w 8 przypadkach, które były dostępne doświadczeniom, podawałem lewulozę w ilości 100 gr przyczem raz tylko otrzymałem słaby wynik dodatni. Wobec tego, że poszukiwania lewulozy w moczu cukrowym są dosyć w Niemczech rozpowszechnione, a mimo to dotychczas opisano w piśmiennictwie niemieckiem zaledwie 20 przypadków lewulozuryi przy cukrzycy, a 3 przypadki czystej lewulozuryi ustrojowej (Seegen i Külz, Rosin i Laband, Schwarz), z góry spodziewałem się podobnego wyniku poszukiwań. Widocznie ustrój ludzki zupełnie inaczej zachowuje się wobec tych dwu odmian cukru sześciodrobinowego. Nie mogłem się też dopatrzeć jakichś objawów podstawienia czy zastępstwa obu odmian cukru przy doświadczeniu; ilość dekstrozy nie ulegała poważniejszym zmianom, jedynie tylko aceton i kwas acetooctowy znikały w ciężkich przypadkach na 2 do 3 godzin z moczu. W 3 przypadkach choroby Basedowa, w której jak wiadomo, spotyka się czasem dekstrozę w moczu (przypadki te były od niej wolne), po 100 gr lewulozy żadnej odmiany cukru w moczu nie spostrzegałem; taksamo miała się rzecz z moczówką prostą.

Wartość rozpoznawczą lewulozy starałem się także określić na 6 dostępnych mi przypadkach guzów wątroby lub z wątrobą tylko w luźnym związku zostających. W 4 przypadkach nowotworów wątroby otrzymałem wyniki ujemne, w jednym (bardzo rozległy nowotwór, jak sekcya stwierdziła) lewulozurya pokarmowa była, ale wobec żółtaczki, miesiącami trwającej trudno ten przypadek uważać za jasny; być może, że zmiany wywołane zastojem żółci współdziałały tu z zniszczeniem miąższu wątrobowego przez nowotwór. Ostatni wreszcie (VI) przypadek był ciekawy ze względu na wyniki badań i ten pozwolę sobie tu opisać.

Mężczyzna już w starszym wieku (około 60 lat) skarży się na gniecenie w nadbrzuszu, trwające już 6—8 tygodni, nieznaczne bole w tejże okolicy, zmniejszenie się łaknienia, wychudnięcie, zaparcie żywota i t. p. Badanie przedmiotowe stwierdza u osobnika, wcale dobrze wyglądającego i nie gorączkującego, guz, położeniem i zachowaniem się odpowiadający wątrobie powiększonej o brzegu grubym, nierównym i lekko bolesnym, sięgającym 2 palce niżej łuku żebrowego prawego. Chory przeczy, jakoby miał kiedykolwiek żółtaczkę; badanie treści żołądkowej, wydęcie żołądka i jelita grubego powietrzem nic sprawy nie wyjaśnia; lewuloza podawana kilkakrotnie, mimo skrupulatnego badania wykryć się nie daje w moczu. Zastosowano kataplazmy gorące, po których w jakie 2 tygodnie zauważyć było można, że brzeg oporu stał się mniej wyraźnym; natomiast bezpośrednio pod łukiem żebrowym domacać się było można dość ostrego brzegu wątrobowego; chory czuł się tak dobrze, że nie chciał już dłużej na klinice pozostać i wskutek tego do właściwego rozpoznania natury oporu nie doszliśmy; brak lewulozuryi wskazał jednak właściwą drogę śledzenia. Prawdopodobnie mieliśmy przed sobą stan zapalny sieci, który przechodził już w bliznowacenie i wywołał skurczenie się jej i podwinięcie do góry.

Streszczając rzecz, muszę powiedzieć, że w przypadkach nowotworów wątroby wyniki były ujemne, o ile choroba nie była już bardzo wyraźnie widoczna, — wartość więc rozpoznawcza lewulozy jest w tych przypadkach równa zeru, co i inni stwierdzili. Już z góry można się było tego spodziewać wobec niestosunku małego, ograniczonego jeszcze guza do wielkiego narządu, jakim jest wątroba (około 2 kg wagi).

Wartość rozpoznawczą lewulozuryi pokarmowej oceniał już Strauss, który przy puchlinie brzusznej rozróżniał z wyniku sprawności wątroby marskość wątroby od przewlekłej gruźlicy otrzewnej; badanie po wypuszczeniu płynu potwierdzało przypuszczenia. Przypadek, który powyżej opisałem zdaje się również świadczyć o pożyteczności tej próby w niektórych przypadkach. Gdyby nie to, że mimo znacznych nawet zmian w wątrobie tylko bardzo niewielka ilość lewulozy (do 4%) wydziela się z moczem, możnaby myśleć o ilościowem ocenianiu upośledzenia wątroby. Niewątpliwie nie cała lewulozy ilość (100 gr), ale tylko mała jej część dostaje się drogą żyły wrotnej do wątroby; większa część musi się rozkładać w jelitach, gdzie obecność zaczynów i drobnoustrojów przy korzystnej ciepłocie bardzo rozkładowi cukru sprzyja. Ta kruchość drobiny chemicznej lewulozy stanowi główną wadę całej metody i zmusza do oglądania się za inną.

W badaniach doświadczalnych ma lewuloza wartość niepoślednią, jako środek do rozjaśniania niektórych ciemnych rozdziałów patologii tak ogólnej, jak w szczególności patologii wątroby. W schorzeniach ustrojowych być może, że także lewuloza się przyda, na razie próby z nią przy

cukrzycy prawozwrotnej, jak i lewozwrotnej *(diabetes laevulosuricus)* zawiodły, o ile wyników ujemnych nie będziemy uważać za równie cenne dla poznania sprawy, jak dodatnie. Że z pomocą lewulozy niejedna jeszcze rzecz da się wyjaśnić, przykładem doświadczenia z nią na kobietach brzemiennych. Pierwszy zajął się tą sprawą Schröder i znalazł lewulozuryę w przypadkach rzucawki *(eclampsia gravidarum)* (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn., tom 56) obecnie prowadzi obszerne doświadczenia Reichenstein i znalazł wśród 31 ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży, 30 razy lewulozuryę. Być może, że obie te prace rozjaśnią ciekawą sprawę »zatrucia« i »zakażenia« ciążowego, poruszoną przez Starzewskiego (Tyg. lek., 1906, Nr 10, 11, 12). Prawdopodobnie uda się przy pomocy lewulozuryi zestawić i uporządkować obraz zmian czynnościowych wśród ciąży tak, jak się to powiodło uczynić co do takichże zmian w wątrobie.

Zestawiając dotychczasowe nasze wiadomości powiedzieć trzeba:

1) Poszukiwanie lewulozy w moczu i podawanie jej doświadczalne ma wartość rzeczywistą dla nauki lekarskiej.

2) Dotychczasowe sposoby wykrywania lewulozy w moczu są dla celów klinicznych wystarczające.

3) W przypadkach marskości wątroby jest lewulozurya pokarmowa regułą.

4) Wątroba zastoinowa daje lewulozuryą pokarmową tylko w wyjątkowych przypadkach bardzo długotrwałego niewyrównania krążenia.

5) W żółtaczce t. zw. »nieżytowej« znajduje się lewulozuryę z wyjątkiem przypadków bardzo lekkich; prawdziwa żółtaczka zastoinowa (kamień, blizna, nowotwór) daje lewulozuryę tylko w przypadkach bardzo długotrwałych, w których należy się już spodziewać zmian anatomicznych miąższu wątrobowego.

6) W cięższych postaciach chorób zakaźnych ostrych występuje lewulozurya pokarmowa prawie zawsze; odnosi się to do okresu największego nasilenia choroby.

7) W dyagnostyce różniczkowej ma lewulozurya pokarmowa mało zastosowania, w odpowiednich przypadkach może jednak oddać cenne usługi.

Oceny i sprawozdania.

Fizyologia i patologia nadnercza.

Sprawozdanie poglądowe [1]).

Napisał

Stanisław Welecki,

demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

Nadnercze, któremu tak wielkie znaczenie dla ustroju dzisiaj przypisujemy, dopiero około połowy ubiegłego stulecia stało się przedmiotem ściślejszych badań, a czynności jego ledwie w ostatnich dziesiątkach lat zostały częściowo zbadane i opisane. W ostatnich jednak czasach tak wiele włożono pracy w badanie znaczenia nadnercza, że dziś dzięki tym badaniom uzyskaliśmy już pewne podstawy do osądzenia roli nadnercza w ustroju.

Pierwsze prace o nadnerczu zawdzięczamy anatomom i histologom. Pappenheim, Ecker i Kölliker dokładnie opisali budowę nadnercza. Ecker badał makroskopowo, a w miarę rozwoju techniki mikroskopowej także i histologicznie budowę nadnercza u zwierząt kręgowych i podał dokładne wiadomości o jego topografii. Kölliker jeden z pierwszych stwierdził, że istota korowa i rdzenna nadnercza są co do budowy swej tak od siebie odmienne, że należałoby je uważać za zupełnie odrębne narządy. Istota bowiem rdzenna, wskutek znajdującej się w niej olbrzymiej liczby komórek nerwowych, sprawia wrażenie narządu »sui generis«, stojącego prawdopodobnie w związku z układem nerwowym, chociaż o jakości tego związku sądu jeszcze wydać nie można; istotę korową liczy Kölliker do gruczołów systemu krwionośnego. Przypuszczenia Köllikera potwierdza embryologia, mianowicie spostrzeżenie, że substancya rdzenna i korowa nadnercza różnią się zasadniczo co do swego pochodzenia: zawiązkiem substancyi rdzennej ma być według Baltoura, Brauna, Mitsukura i t. d. zwojowe podłoże układu współczulnego (Grenzstrang), substancya zaś korowa ma powstawać z grupy komórek pranercza, leżących wzdłuż żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*) i żyły zasadniczej (*vena cardinalis*), pochodzenia według jednych nabłonkowego, według drugich łączno-tkankowego. I późniejsze badania fizyologiczne potwierdziły, że obie te części zasadniczo się od siebie różnią.

Badania fizyologiczne nad nadnerczem rozpoczęły się od rozstrzygnięcia pytania, czy narząd ten jest dla życia zwierzęcia konieczny, czy ustrój może się bez niego obejść, lub też zastąpić jego działanie działaniem innego jakiego narządu. Brown-Sequard po całym szeregu doświadczeń, polegających na wycinaniu nadnercza, doszedł do wniosku, że wycięcie obu nadnerczy, w danym razie wraz z dodatkowemi nadnerczami, które często obok głównego spotkać można, pociąga za sobą z reguły śmierć zwierzęcia. Dla wytłómaczenia tego zjawiska wstrzykiwał on wraz z Abelousem i Langloisem krew zwierzęcia, pozbawionego nadnerczy, zwierzęciu zdrowemu i zauważył, że krew taka wywołuje objawy zatrucia. Z tego wynikał wniosek, że krew zwierzęcia, pozbawionego nadnercza, zawiera w sobie składniki trujące, działające porażająco na zakończenia nerwów ruchowych, a częściowo i na mięśnie, i te właśnie trucizny w ustroju prawidłowym ma zobojętniać nadnercze. Spostrzeżenia Brown-Sequarda były źródłem rozległej polemiki w tej sprawie i dały początek energicznej pracy i bogatemu piśmiennictwu w sprawie nadnercza. Najobfitszemi w zdobycze były badania Cybulskiego i Szymonowicza w Krakowie, jakoteż równocześnie z niemi ogłoszone badania Olivera i Schäfera w Anglii. Cybulski i Szymonowicz zauważyli pierwsi, że po wycięciu obu nadnerczy występuje prawie natychmiastowe i to znaczne obniżenie ciśnienia i zmniejszenie tętna. Wyciąg zaś z substancyi rdzennej, wstrzyknięty do żyły, wywoływał znaczne podniesienie się ciśnienia, wzmożenie i zwolnienie czynności serca, przyczem oddychanie stawało się wolniejszem i płytszem. Podobne zjawiska było można wywołać przez wstrzykiwanie krwi, wypływającej z żył nadnerczowych jednego zwierzęcia, do żyły drugiego zwierzęcia. Z tych spostrzeżeń wysnuli Cybulski i Szymonowicz wniosek, że nadnercze jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, że wydzielina jego bez przerwy dostaje się do krążenia drogą żył nadnerczowych i utrzymuje w ustroju w stanie napięcia ośrodki naczyniowe, dalej ośrodki nerwu błędnego, nerwów oddechowych, nerwów przyspieszających, a także prawdopodobnie i ośrodka, utrzymującego napięcie (*tonus*) mięśni. Prócz tego starał się Cybulski poznać własności chemiczne substancyi czynnej, znajdującej się w wyciągach z istoty rdzennej nadnercza, i przekonał się, że rozpuszcza się ona w równej mierze w wodzie, glicerynie czystej i rozcieńczonej wodą, w 1 prc. kwasie solnym lub siarkowym, dalej, że posiada własność dyalizy, jest więc krystaloidem, że wreszcie łatwo się utlenia.

Równocześnie w Anglii prowadzone i ogłoszone przez Olivera i Schäfera badania potwierdziły zupełnie spostrzeżenia Cybulskiego i Szymonowicza, doprowadziły jednak badaczy angielskich do innych zupełnie wniosków. Podniesienie ciśnienia po wprowadzeniu do krążenia wyciągu z istoty rdzennej nadnercza tłómaczą Oliver i Schäfer nie działaniem na ośrodki, lecz przypisują je działaniu na mięśnie w ogólności, a na serce i naczynia w szczególności. Ożywiona dyskusya, powstała w następstwie tych publikacyi, niewiele rozświetliła to sporne zagadnienie. Cyon, powtórzywszy badania Cybulskiego, jakoteż Olivera i Schäfera, twierdzi, że podniesienie ciśnienia, wywołane przez wyciągi z nadnercza, zależy od zadrażnienia całego układu nerwowego zwężającego naczynia, a więc tak od ośrodków, położonych w układzie nerwowym ośrodkowym, jakoteż od ośrodków, znajdujących się w ścianie naczyń. Zwolnienie zaś i wzmożenie czynności serca zależeć ma, zdaniem Cyona, nie od zadrażnienia nn. błędnych, lecz od chwilowego zadrażnienia przysadki mózgowej wskutek gwałtownego podniesienia się ciśnienia w ja-

[1]) Odczytane na posiedzeniu naukowem Tow. Bibl. medyków U. J.

mie czaszkowej. Zauważę tutaj, że zwolnienie i wzmożenie czynności serca występuje tylko przy nieuszkodzonych nerwach błędnych; po przecięciu ich objawy te nie występują. Szczegół ten zdaje się świadczyć przeciw wyłącznemu działaniu przysadki mózgowej w tym przypadku. O ile to nawet się dzieje, (co zresztą dotychczas nie jest stwierdzone), to hamowanie czynności serca następuje w każdym razie drogą nerwów błędnych.

De Dominicis porównuje działanie wyciągów z nadnercza do objawów, spostrzeganych podczas wstrząsu; nie uważa ich za skutek zatrucia, lecz odnosi do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym.

Za wnioskami Olivera i Schäfera przemawiają prace Biedla i Velicha, który po zniszczeniu rdzenia kręgowego zdołali przywrócić ciśnienie przez wstrzykiwanie wyciągów z nadnercza do wysokości 90—160 mm. rtęci i utrzymać przez to zwierzę około $1\frac{1}{2}$ godziny przy życiu. Wnioski te poparło jeszcze kilku autorów. H. Strehl i O. Weiss, a później Salvioli i Pezzolini potwierdzili spostrzeżenie Cybulskiego, że substancya czynna nadnercza dostaje się tylko drogą żył nadnerczowych do krążenia krwi, podwiązanie bowiem tych żył działa zupełnie tak samo, jak zniszczenie nadnerczy. Obliczyli oni też zapomocą obmyślonej przez siebie metody, że królik, ważący $1\frac{1}{2}$ klgr., wytwarza dziennie tyle substancyi czynnej, ile jej się znajduje w 0,3744 gr. substancyi rdzennej nadnercza. Pytanie, czy substancya czynna nadnercza działa na ośrodki nerwowe, czy też na obwód (mięśnie gładkie naczyń) pozostało nierozstrzygnięte, a rozstrzygnięcie tego pytania — możemy to teraz powiedzieć, — było rzeczą trudną, a nawet niemożliwą, dopóki nie można było napewno określić, jakiego rodzaju jest ta substancya czynna i w jakich ilościach znajduje się ona we krwi prawidłowej, gdyż bez tego nie było można urządzić doświadczeń tak, aby one najbardziej były zbliżone do warunków prawidłowych.

Pracę w kierunku rozstrzygnięcia tego zagadnienia umożliwiły wyniki badań chemików, jak Fränkla, Abla, Fürtha, Aldricha i Takamina, którym powiodło się wyosobnić substancyę istoty rdzennej nadnercza w stanie czystym, krystalicznym. Substancya ta, nazwana przez Takamina adrenaliną, jest proszkiem białym, złożonym z mikroskopijnych kryształów, o gorzkim smaku, w wodzie rozpuszcza się trudno, oddziaływa słabo zasadowo i tworzy z kwasami sole. Jod barwi rozczyn jej na czerwono, chlorek żelaza na zielono. Jest ona ciałem silnie redukującem tak w zasadowym, jak i obojętnym rozczynie, chłonie tlen z powietrza, wywołuje nawet klisze fotograficzne. Empiryczną jej formułą jest: $C_{10}H_{15}NO_3$.

Otrzymuje się ją w ten sposób, że posiekane nadnercze wołu lub owcy zalewa się słabym rozczynem kwasu siarkowego lub octowego i wyciąga przy 95°, pozostałość wygniata się i jeszcze raz wyciąga. Wyciąg zagęszcza się przez parowanie, strąca wyskokiem i sączy. Przesącz zagęszcza się przez odparowanie w próżni i alkalizuje się zapomocą NH_3 lub NH_4Cl lub $NaOH$; w przesączu wykrystalizowuje adrenalina. Równocześnie nieco odmienną metodą otrzymał adrenalinę w stanie czystym Poehl w Petersburgu.

Dopiero, gdy uzyskano substancyę czynną nadnercza w stanie czystym, można było przystąpić do dokładniejszego zbadania, czy wydzielina nadnercza działa na ośrodki, czy też na obwód; możność bowiem dokładnego dawkowania ilości adrenaliny, podawanej zwierzęciu, pozwoliła uniknąć wielu błędów zasadniczych, przedtem trudnych do uniknięcia.

Ehrmann stwierdził przy pomocy swej metody, polegającej na śledzeniu działania surowicy krwi na źrenicę wyjętego oka żaby, że adrenalina zaajduje się we krwi prawidłowej w rozcieńczeniu 1: 10,000.000, czasem 1: 1,000.000. Zachwiało to twierdzeniami Biedla i Velicha, którzy oświadczyli się za obwodowem działaniem substancyi czynnej nadnercza, dlatego, że po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i kręgowego wstrzymywali podniesienie się ciśnienia krwi przez wstrzykiwanie wyciągów z nadnercza. Wyciąg taki, choćby z jednego tylko nadnercza, zawiera tyle substancyi czynnej nadnercza, ile jej nadnercze w kilku dniach do krwi wydziela. Przy podaniu takiej dawki adrenaliny oczywiście zaniknąć muszą wszelkie subtelności, a dodatkowe działanie może być tak wielkie, że pierwotny obraz zupełnie zatrze.

Że tak jest, przekonało mnie powtórzenie doświadczeń Velicha i Biedla, polegające na badaniu działania minimalnych dawek adrenaliny, ile możności odpowiadających fizyologicznej zawartości adrenaliny we krwi i porównywaniu skutku, przez nie wywołanego, ze skutkiem wstrzykiwania takich samych dawek adrenaliny zwierzęciu, pozbawionemu rdzenia przedłużonego i kręgowego. Wyniki tych badań, ogłoszone ubiegłego roku w Rozprawach Akademii Umiejętności w Krakowie, doprowadziły mnie do wniosku, że wydzielina wewnętrzna nadnercza działa w pierwszej linii na ośrodki naczynioruchowe, znajdujące się w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym, na co wskazuje zupełna zmiana odczynu na podanie adrenaliny po zniszczeniu tych ośrodków, jakoteż ta okoliczność, że po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i kręgowego musimy zastosować dawkę 200—300 razy większą, niż przed ich zniszczeniem, dla wywołania podwyższenia ciśnienia. Stwierdziłem dalej, że podniesienie ciśnienia po całkowitem wycięciu rdzenia, wywołane temi zwiększonemi dawkami, odnieść należy nietylko do istniejących w ścianie naczyń odśrodków naczynioruchowych, względnie do zakończeń nerwowych lub mięśni, ale w pierwszym rzędzie do działania adrenaliny na czynność serca, która stale wzmaga się i przyspiesza równomiernie z podniesieniem się ciśnienia.

Oprócz tego zasadniczego znaczenia dla krążenia, posiada nadnercze poważne znaczenie w wymianie materyi. Już dawniej niektórzy badacze zwrócili uwagę na jego rolę w tym dziale ekonomii żywego ustroju. Gaurfein już przypuszczał, że śmierć zwierzęcia po wyjęciu obu nadnerczy następuje wskutek zaburzeń odżywiania: zwierzę także chudnie mimo najlepszego odżywiania, niknie, a waga jego opada do połowy. Dzieje się to według tego autora z tego powodu, że z utratą nadnerczy traci zwierzę narząd, który zobojętniał w niem jakieś nieznane trucizny. Dubois uważa za te trucizny wytwory wstecznej wymiany materyi, powstałe wskutek pracy mięśniowej i nerwowej. Nie niszczy ich żadna specyalnie do tego przystosowana substancya, ale wprost protoplazma komórki nadnerczowej wywiera na nie działanie dyastatyczne. Sprzeciwiają się nieco tym poglądom doświadczenia Boinetta, który zatruwał zwierzęta wyosobnioną neuryną i stwierdził, że działanie antytoksyczne adrenaliny na neurynę jest niezmiernie małe, a neuryna z zatrutego ustroju wydziela się drogą nerek. (C. d. n.)

Prof. Dr P. F. Richter: **Przemiana materyi i jej choroby.** Zbiorowe tłómaczenie z niemieckiego pod redakcyą Kazimierza Rzętkowskiego. Warszawa 1908. Nakładem tłómaczów.

Przemiana materyi i jej choroby stanowi dział lekarski, będący u nas w znacznem zaniedbaniu u lekarzy. Toteż podręcznik Richtera, traktujący ten dział medycyny w formie jasnej i zajmującej, bez właściwej podręcznikom niemieckim oschłości stylu i treści, tem pożądańszym jest nabytkiem w piśmiennictwie lekarskiem. Powstał on z wykładów Prof. Richtera o przemianie materyi i jej chorobach i daje w ogólnym zarysie obraz dzisiejszego stanu badań nad przemianą materyi, a nie spuszcza z oczu istotnych potrzeb lekarzy praktycznych. Cel swój osiągnął autor istotnie, nie rozwodząc się zanadto nad poszczególnemi, różnorodnemi doświadczeniami i spostrzeżeniami, lecz przytaczając tylko ostateczne wnioski i wiadomości, które stanowią dzisiejszy arsenał nauki o przemianie materyi. Nie zapuszcza się autor również w opisy takich szczegółów badania, których wyniki dotychczas nie są dostatecznie ustalone.

Podręcznik swój podzielił autor na cztery części. Część pierwsza zajmuje się prawidłową przemianą materyi w całości, oraz przeróbką poszczególnych składników pokarmowych. Część druga obejmuje stany chorobowe przemiany materyi (głodzenie, gorączka, cukrzyca, otyłość, dna, alkaptonurya, cystynurya i fosfaturya), oraz przemianę materyi w chorobach poszczególnych narządów (wątroba, jelita, trzustka, nerki, narządy oddychania i krążenia, żołądek, sprawy zakaźne i toksyczne). Część trzecia zajmuje się wpływaniem leczniczem na przemianę materyi, a czwarta przedstawia pokrótce najważniejsze metody badania.

Myśl przyswojenia polskiej literaturze lekarskiej tak cennego podręcznika musimy uważać za bardzo szczęśliwą. Tłómaczenie, zbiorowo uskutecznione przez K. Rzętkowskiego i jego współpracowników (Leon Butkiewicz, Maryan Eiger, Mieczysław Halpern, Stanisław Kijewski, Anastazy Landau, J. Maliniak, Stanisław Muttermilch, Tadeusz Wilczyński) jest poprawne, gładkie i jednolite, pomimo tego, że język polski, według zdania tłómaczów, »nie posiadł jeszcze dotychczas należytego i dość giętkiego słownictwa, któreby dorównało w tym zakresie wiedzy terminologii niemieckiej«. Za przekład ten należy się Dr Rzętkowskiemu i jego współpracownikom szczere uznanie i wdzięczność. *Dr M. Blassberg.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Wieland. **O usposobieniu do choroby.** (Ueber Krankheitsdisposition). (*Beihefte zur mediz. Klinik* 1908, Zeszyt 4). W dawniejszych czasach kładziono bardzo wielką wagę na skłonność do chorób. Rozróżniano nawet pewną więź ciała (konstytucyę), właściwą pewnym chorobom; rozróżniano n. p. w. limfatyczną, żółciową, eretyczną, nieżytową, udarową i t. p. W miarę rozwoju bakteryologii zwrócono się jednak tylko ku drobnoustrojom, a zapomniano o usposobieniu do chorób, które bodaj czy nie jest ważniejsze od samych zarazków. Dopiero znowu w ostatnich czasach zaczynamy szukać tego usposobienia do chorób, bo przekonaliśmy się, że obecność drobnoustrojów chorobotwórczych niekoniecznie jeszcze musi pociągać za sobą chorobę, że te same drobnoustroje wywoływać mogą różne choroby, a naodwrót różne drobnoustroje to samo cierpienie i t. p. Usposobienie do pewnych chorób może być dziedziczne lub nabyte. W pewnych rodzinach występują n. p. stale pewne tylko choroby, nawet takie, jak dur, błonica, płonica i t. p. Niektóre czynniki wywoływać znów mogą zmniejszanie się naturalnej, wrodzonej odporności, n. p. wpływy psychiczne, praca zawodowa, wpływy klimatu itp. Zaliczyć też tu należy ułatwienie zakażenia danymi drobnoustrojami (wobec których ustrój jest zwykle odporny) przez wtargnięcie przedtem innych, tak zwane zakażenia dodatkowe i mieszane. Ludzie zupełnie zdrowi przenosić mogą mimoto choroby na innych, co stwierdzano w epidemiach płonicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, duru, błonicy i t. p. Żyjące w ustroju tych ludzi jadowite zarazki nie wywołały u nich samych zakażenia, bo brakło u nich usposobienia do choroby. Często przebycie choroby chroni od zakażenia po raz drugi. Wyleczenie w chorobach zakaźnych zależy od wystąpienia pewnych substancyi ochronnych we krwi. Są to wytwory żywych komórek ustroju. Ta odporność po chorobie jest zwykle przejściowa. Wobec tego przypuszczano, że skłonność do choroby nie jest niczem innem, jak przeciwieństwem odporności, t. j. brakiem wspomnianych substancyi ochronnych. Dalsze jednak badania dowiodły, że zdolność tworzenia tych ciał jest przyrody zupełnie ogólnej; jest ona odczynem na wszelkie niefizyologiczne, obce, szkodliwe ciała, nawet na takie, jak krew innych zwierząt, białko i t. p. Ten właśnie odczyn zowiemy w danym przypadku chorobą, gdy go niema, nie ma i choroby; natomiast zdolność tworzenia tych ciał zowiemy obecnie usposobieniem do choroby. Usposobienie do choroby nie jest więc pojęciem ujemnem, ani też przeciwieństwem odporności; jak mówi Hueppe, jest ono tylko niedostatecznem przerobieniem ochronnych sił ustroju. Usposobienie do choroby jest czemś stałem, gdy odporność jest pojęciem zmiennem, zależnem od wielu czynników. Tak n. p. stwierdzono, że po przebyciu choroby zakaźnej po wielu latach zjawić się może mimoto choroba jeszcze raz. Na czem jednak polega naturalna wrodzona odporność? Ehrlich sądzi, że wrodzona odporność jest wrodzonym brakiem usposobienia do choroby. Drobnoustroje dostają się do ustroju, ale nie wyzwalają odpowiedniego odczynu, choroba więc nie występuje. Inni utrzymują, że przy wrodzonej odporności rozporządza ustrój zawsze tak wielką ilością środków ochronnych przeciw danej chorobie, że ją niszczy w zarodku. W końcu wielu badaczy, opierając się na częstej obecności zarazków chorobotwórczych w zdrowym ustroju, przyjmuje, że odporność nie jest czem innem, jak stopniowem powolnem przyzwyczajeniem się do trucizn. Do czynników, od których odporność zależy, należą n. p. wiek, przebycie innych chorób, ciąża, złe odżywienie, wpływy klimatu itp. Usposobienie do choroby może być także nie ogólne, ale tylko miejscowe i wtedy zależy zwykle od czynników zewnętrznych (n. p. skłonność szczytów płuc do gruźlicy, występowanie chorób po urazie, po zatrzymaniu się wydzielin i wydalin w ustroju i t. p.). Powstaje wtedy w danem miejscu zakażenie, jako w t. zw miejscu mniejszej odporności. Pewne narządy są skłonne do pewnego rodzaju chorób. Błonica n. p. sadowi się zwykle na błonie śluzowej nosa, gardła i krtani, tryper na błonie śluzowej cewki moczowej, dur, cholera w jelitach i t. p. W różnych okresach życia przeważa też usposobienie do innych chorób; u osesków n. p. do cierpień przewodu pokarmowego, w wieku od 2—6 lat do ostrych osutkowych chorób zakaźnych i gruźlicy gruczołów, potem gruźlicy kości i t. p. Zadaniem medycyny jest nietylko starać się o niszczenie zarazków i ich wytworów, ale także o zwalczanie usposobienia do chorób, zwracać uwagę na zawieranie małżeństw i t. d., jednem słowem zapobiegać chorobom przez wzmacnianie odporności, a zmniejszanie skłonności do zakażeń. *K.*

Sztern. **Stosunek przecinkowca cholery do treści żołądkowej człowieka.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 15). Na podstawie swoich badań (w pracowni Saratowskiego Ziemstwa gubernialnego) dochodzi S. do następujących wniosków: 1) W prawidłowej treści żołądkowej przy kwaśności około 0,2 prc. i przy braku śluzu, przecinkowce cholery nie giną w ciągu 40—60 minut. Prawidłowy sok żołądkowy nie stanowi przeto takiej pewnej przeszkody dla przecinkowców cholery, jak mniemano dotąd. 2) Ilość śluzu w żołądku ma ogromne znaczenie dla rozwoju i rozmnażania się przecinkowców cholery; stąd osoby, cierpiące na nieżyt żołądka, osobliwie opilcy najwięcej są narażeni na zakażenie. 3) W najlepszych warunkach znajdują się osoby, cierpiące na nadmiar kwasu solnego. Trzeba jednak przytem pamiętać, że nadmierna kwaśność zwykle pojawia się na szczycie trawienia, t. j. 1—1$^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmów. Przecinkowce cholery mogą więc przejść żywe przez żołądek, zanim jeszcze wystąpi taki nadmiar kwaśności. 4) Wypicie naczczo wody w większości przypadków nie wywołuje wydzielania się fermentów; wydziela się li tylko kwas solny w nieznacznej ilości. Wskutek tego przecinkowce cholery, dostając się do żołądka z wodą, rychło giną nawet przy nieznacznej kwaśności treści żołądkowej (0,04 prc.). 5) Działanie kwasu solnego wzmaga się w obecności pepsyny. 6) Peptony znacznie osłabiają siłę bakteryobójczą kwasu solnego; i tak, w obecności peptonów kwas solny w rozczynie 0,28—0,3 prc. nie zabija przecinkowców cholery w ciągu 15—20 minut. 7) Żółć, jak się zdaje, osłabia również działanie kwasu solnego na przecinkowce. 8) Obecność białka w treści żołądkowej nie wpływa na bakteryobójcze działanie kwasu solnego, gdyż w płynie białkowym przecinkowce cholery pozostają żywe dłuższy czas przy kwaśności 0,09 prc. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Manicatide. **Stwierdzanie prątka durowego w gardle chorych na dur.** (*Centralbl. f. Bakter.* 1908, Tom 46, str. 221). W 70 prc. (36: 51) przypadków zdołał M. znaleść prątek Ebertha, wysiewając na pożywce Drigalskiego-Conradiego śluz, zebrany jałowym wacikiem z gardła lub migdałków chorych. Już po 2—3 dniach miały wyrastać hodowle prątka. *Stahr.*

H. Much i F. Eichelberg. **Ustalenie komplementu w zetknięciu z wyciągiem wodnym wątroby kiłowej w toku schorzeń niekiłowych.** (*Med. Klinik* 3. maja, 1908). Kiedy Wassermann, Neisser i Bruck polecili swój sposób ustalania komplementu dla rozpoznawania kiły, byli przekonani, że metoda ich polega na zjawisku ściśle swoistem, i że odczyn zjawia się wyłącznie tam, gdzie się stykają z sobą antigen i niwecznik (Antikörper) swoisty, w danym przypadku jad i niwecznik kiłowy. Późniejsze badania dowiodły jednak, że przypuszczenie to było mylne. Fakt, że wyciąg wodny wątroby prawidłowej wobec kiłowej surowicy również utrwala komplement, stwierdzenie, że wyciągi wyskokowe wątrób kiłowych zachowują się zupełnie, jak wyciągi wodne, a wreszcie możność zastąpienia wogóle wyciągu wątroby przetworami chemicznymi, jak lecytyną, cholestearyną, taurocholanem i glykocholanem i oleinianiem sodu, waseliną i t. d., zachwiały mocno teoretyczną podstawą, na której opierali się Wassermann i jego współpracownicy w tłómaczeniu podanego odczynu. Fakty te jednak nie uszczupliły wcale znaczenia klinicznego samego odczynu. Doniesiono wprawdzie później, że nietylko surowica chorych na kiłę daje ten odczyn, ale i surowica dotkniętych framboezyą i płyn mózgowordzeniowy chorych na śpiączkę afrykańską, a nawet surowica królików, szczepionych kiłą końską. Ale wobec pewnika, że cierpienia powyższe (framboezya, świdrowica) nie zdarzają się w naszym klimacie, znaczenie praktyczne owej metody najzupełniej się nie zmniejszyło. Obecnie donoszą Much i Eichelberg, że istnieje jeszcze inna choroba zakaźna, w toku której surowica w zetknięciu z wyciągiem wodnym wątroby kiłowej daje ustalenie komplementu. Chorobą tą jest płonica. Autorowie poddali badaniu surowicę 25 dzieci chorych na płonicę, u których nie było śladu kiły ani wrodzonej, ani nabytej. Postępowali wedle wskazówek Wassermana i jego współpracowników. W 10 przypadkach na tych 25, a więc w 40 prc. przypadków, otrzymali odczyn wyraźnie dodatni. Badane dzieci zapadły na zdrowiu przed dniami 3 do 72. I ciekawa rzecz, że w przypadkach świeżych, w czasie wysypki bardzo rozwiniętej, hemoliza nie doznawała żadnej przeszkody, a odczyn był wyraźnie dodatni (brak hemolizy) dopiero wtedy, kiedy objawy ostre minęły. Autorowie nie stwierdzili żadnego związku między wynikiem odczynu, a nasileniem choroby;

zarówno w przypadkach o przebiegu ciężkim, jak lekkim zdarzał się to odczyn dodatni, to ujemny. Przed próbami, czynionymi u chorych na płonicę, wykonali autorowie doświadczenia z surowicą chorych na zimnicę: w pewnej liczbie przypadków otrzymali odczyn, jednak niezupełny. Wogóle jednak ilość tych doświadczeń (z zimnicą) jest zbyt mała, by można wysnuwać z nich jakiekolwiek wnioski. Nigdy nie było odczynu z surowicą dzieci, dotkniętych odrą. Zjawiska, stwierdzone przez autorów w płonicy, nie odbierają odczynowi Wassermana pewnego znaczenia swoistego w tem rozumieniu, że chodzi o odczyn, właściwy grupie chorób, wywołanych przez pierwotniaki. A przypuściwszy, że tak jest w istocie, i że płonica należy także do tego rodzaju chorób, (co zdaniem autorów jest zresztą bardzo możliwe), to przecież odczyn ten wydaje się nie ściśle swoistym dla kiły. — W jednym przypadku płonicy, w którym odczyn z początku choroby był ujemny, pokazał się odczyn dodatni w 26-tym dniu. Fakt ten dowodzi, że wyników otrzymanych przez autorów nie można odnosić do przeoczonej kiły dziedzicznej. *Stahr.*

Medycyna wewnętrzna.

Dietlen i Moritz. **O zachowaniu się serca pod wpływem długiej i męczącej jazdy na kole.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Autorowie badali stan serca uczestników wielkich wyścigów na kole pomiędzy Lipskiem a Strasburgiem. Przestrzeń tę, wynoszącą 558·2 km., przebyli uczestnicy w stosunkowo krótkim czasie (średnio w 30 godzin, zwycięzca w 27 godz. 23 min.). Zwracano szczególną uwagę na wielkość serca. W żadnym przypadku serce, poprzednio zdrowe, nie uległo rozszerzeniu, we wszystkich natomiast — prócz jednego — stwierdzały ortodyagramy nieraz znaczne, zwolna się wyrównujące pomniejszenie objętości serca. D. i M. nie uważają za prawdopodobną teoryi, tłómaczącej tę małą objętość serca rozszerzeniem pierwotnem znacznej części koryta naczyniowego. Zdaniem D. i M. trud fizyczny zwiększa zapotrzebowanie krwi dla pracujących mięśni, mimoto jednak jest rzeczą prawdopodobną, że wyrzucana w czasie jednej ewolucyi serca ilość krwi jest mniejsza, niż w spoczynku, za czem idzie mniejsze rozkurczowe wypełnienie serca, co się odbija na dyagramie zmniejszeniem wymiarów. Przy tej sposobności potwierdzili D. i M. spostrzeżenie Schieffera, że ludzie oddający się sportowi, mają stosunkowo duże serca; tłómaczy się to oczywiście t. zw. przerostem roboczym. *Dr M. Godlewski.*

Beck i Epstein. **O wpływie wysiłków sportowych na serce, nerki, parcie krwi i ciepłotę ciała.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 15). Badania autorów dotyczyły 13 wioślarzy. Co do serca, to na pierwszy plan wysuwały się zaburzenia samego mięśnia, a »ostre rozszerzenie« bywało nieznaczne i zdarzało się w poszczególnych tylko przypadkach. W mięśniu sercowym powstaje przy sporcie skłonność do spraw zwyrodniających, wywołana przez niestosunek między zużytkowaniem materyi, a dowozem krwi podczas wysiłku zapaśników. Mocz zawierał białko i wałeczki drobnoziarniste, co autorowie odnoszą do niedostatecznego utlenienia w nerkach wskutek nadmiernego zużycia tlenu przez nadmiernie czynne mięśnie. Cukromoczu nie było. Natomiast zauważyli B. i E. obniżenie się ciężaru właściwego moczu i zmącenie od mucyny, występujące po wysiłku. Parcie krwi bywało wzmożone, a u dwóch tylko osobników znacznie obniżone. Zmienione parcie tętnicze utrzymywało się jeszcze przez 10—15 minut przy bezwzględnym spokoju. Ciepłota ciała podnosiła się przy wysiłkach średnio o kilka dziesiętnych stopnia i spadała po dziesięciu minutach bezwzględnego spokoju do poziomu prawidłowego. *Dr Blassberg.*

Link. **O nieorganicznych szmerach sercowych u ciężarnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 15). L. spotykał ten objaw dość często (u przeszło 12 prc.) ciężaruych. Objaw ten występował po 7-mym miesiącu ciąży, ale dopiero w tym miesiącu miał L. sposobność badać chore. Szmer ten ma pewne cechy, po których można go odróżnić od szmeru organicznego. Występuje on z reguły nad tętnicą płucną i jest tylko tu i w najbliższem sąsiedztwie słyszalny. Brak zaostrzenia nad tętnicą płucną stanowi ważną cechę różniczkową; przemieszczeniu uderzenia końca serca nie przypisuje L. większego znaczenia, gdyż w ciąży skutkiem wysokiego stanu przepony objaw ten może istnieć i bez powiększenia serca. Przyczynę szmeru upatruje L. w kątowatem zagięciu tętnicy płucnej wskutek wysokiego stanu przepony. *Dr M. Godlewski.*

Moritz. **O zmniejszaniu się serca czynnościowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 14). M. stara się uzasadnić teoretycznie fakt zmniejszania się, niekiedy bardzo znacznego (do $^1/_3$), wielkości serca skutkiem fizycznej pracy. Przyczyny szukać należy głównie w wzmożonem działaniu nerwów przyspieszających ruchy serca (*n. n. accelerantes*), oraz w zmniejszonem wypełnianiu się serca krwią. Rozszerzalność serca zależy od czynności nerwów błędnych, przy wzmożonej zatem czynności ich antagonistów (*n. n. accelerantes*) zmniejsza się. Czynność wzmożona tej grupy ośrodków nerwowych skraca też oczywiście czas rozkurczu, co odbija się w mniejszem wypełnianiu się serca krwią, a co za tem idzie, w zmniejszeniu się objętości serca. Zwiększona skutkiem pracy fizycznej ilość krwi, wyrzucanej w jednostce czasu, zmniejsza zaleganie w układzie żylnym krwi żylnej, co odbija się oczywiście w zmniejszonem wypełnieniu wielkich żył, względnie przedsionków; przez to i komory w czasie rozkurczu mniej się wypełniają, co znów zmniejsza dyagram serca. Nie wszystkie serca ulegają przy pracy zmniejszeniu; dotyczy to jedynie mięśnia zdrowego lub rozszerzonego serca, nie uwydatnia się w sercu, które uległo przerostowi. Badania M. rzucają światło na korzystny w rozszerzeniach serca wpływ gimnastyki leczniczej. *Dr M. Godlewski.*

Eichhorst. **Rozpoznawcze uwagi przy zatorze tętnicy płucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 15). Autor opisuje rozległy zator lewej tętnicy płucnej u chorego, dotkniętego niedomykalnością zastawki dwudzielnej, znamionujący się nieporuszalnością lewej połowy klatki piersiowej, wyrównaniem międzyżebrzy, stłumieniem nad całem płucem lewem prócz szczytu, wzmożoną opornością, zniesieniem drżenia głosowego i szmerów oddechowych, nagle powstałą sinicą i dusznością. Rzężeń, ani plwociny krwawej nie stwierdzono. Autor przypuszcza zaczopowanie tętnicy tuż po odejściu górnej gałązki do szczytu, który nie był zajęty. Mimo tak rozległego zatoru nastąpiło w przypadku tym wyleczenie, a zmiany w płucu lewem całkowicie ustąpiły już po 8 dniach. *Dr Skórczewski.*

Jakob. **O znaczeniu metody Karelli w leczeniu ciężkich zaburzeń w krążeniu, oraz w leczeniu otyłości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 16 i 17). Metoda podana przed kilkudziesięciu laty przez rosyjskiego lekarza Karellę polega na wyłączeniu wszelkich pokarmów i napojów na przeciąg jednego tygodnia, prócz 800 ctm. mleka przegotowanego, które chory w czterech równych porcyach w ciągu doby spożywa. W przeciągu następnych kilku dni dostaje chory prócz tego najpierw jedno, potem 2 jaja, następnie nieco mięsa, przechodząc zwolna do zwykłego pożywienia z tem zastrzeżeniem, że w przeciągu mniej więcej miesiąca dobowa ilość płynu nie przekracza 800 ctm. Wyniki wprost zdumiewające osiągnąć można w niewyrównanych wadach serca i w osłabieniu mięśnia sercowego, przebiegającem z obrzękami; leczenie to również daje się z wielkiem powodzeniem zastosować u ludzi otyłych z równoczesnem osłabieniem serca lub bez niego. *Dr M. Godlewski.*

Hahn. **Upust krwi i zaburzenia krążenia.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 24). Obecnie puszczamy krew w przypadkach zatruć (mocznica, rzucawka, zatrucie tlenkiem węgla), dołączając potem wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, lub też w przypadkach zaburzeń w krążeniu. Przy prawidłowych ścianach tętnic upust krwi nie wpływa na ogólny spadek ciśnienia, bo ściany tętnic przystosowują się do mniejszej ilości krwi, lecz wpływa na obniżenie ciśnienia płucnego, dlatego też upust krwi jest wskazany w przypadkach zastoju w krążeniu małem. Natomiast, gdy ściany tętnic są niepodatne, jak n. p. w miażdżycy, wtedy upust wywołuje zaraz spadek ciśnienia krwi w krążeniu ogólnem. H. korzystał z tego w 4 przypadkach miażdżycy z objawami zastoju w płucach i wątrobie; wyniki były dobre. *K.*

Kisch. **O nagłej śmierci u chorych na serce.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 14). Na podstawie tak własnego materyału szpitalnego, jakoteż materyału sekcyjnego twierdzi K., że najczęściej zdarza się śmierć nagła u chorych na serce po 50. roku życia i przedewszystkiem u osób tłustych i dotkniętych ogólną miażdżycą. Dalej zdarza się nagłe porażenie czynności serca w przebiegu wad złożonych, istniejących równocześnie w ujściu żylnem i tętniczem z równoczesnem zwyrodnieniem mięśnia sercowego, lub przy zwyrodnieniu mięśnia w połączeniu z rozedmą. Na możliwość nagłej śmierci wskazują: *delirium cordis*, znaczne zwolnienie tętna, napady dusznicy bolesnej. Wzruszenia moralne i wysiłki fizyczne stanowią nieraz bezpośrednią przyczynę. *Dr M. Godlewski.*

Higiena.

L. Landouzy. **Zawód i mieszkania praczy i praczek ze względu na gruźlicę.** (*Presse méd.* 1908, Nr 49). L. zwraca uwagę, że pracze znacznie łatwiej zapadają i częściej umierają

z gruźlicy, niż inni robotnicy. I tak na 3,33 praczy, przyjętych do szpitala, 1 ma gruźlicę, a na 10 jeden umiera z gruźlicy. W innych zawodach wypada jeden suchotnik na 6,76, a umiera jeden na 20,23. A więc robotnicy, zajęci praniem bielizny, dwa razy częściej zapadają i dwa razy częściej umierają na suchoty, niż inni robotnicy. Mieszkania praczy uważa też L. za prawdziwe rozsadniki gruźlicy. *Stahr.*

Prof. Gruber. **Wpływ wyskoku i chorób płciowych na długość życia osobnika i całych rodów.** (*Obwod. związek lek. Monachium*, 28. III. 1908). Badania genealogiczne wybitnych rodów przekonały Grubera, że śmiertelność w nich jest ogromna, a przyczyny szukać należy jedynie w opilstwie i chorobach płciowych. Śmiertelność ta dotyczy zwłaszcza członków płci męzkiej. W Norymberdze n. p. jest zaledwo 11 rodzin, które są starsze nad 500 lat. Rodziny wielkich pisarzy, artystów i poetów wieku XVIII. prawie zupełnie już wymarły. Śmiertelność rodzin w miastach jest o wiele większa, niż po wsiach. W XV. i XVI. wieku panował alkoholizm najsilniej i po tej też erze najwięcej rodzin szlacheckich wymarło. W Anglii nie ma już zupełnie czystych potomków książęcych rodzin XVII. wieku. — Także samogwałt odgrywa tu ważną rolę. W krajach, w których walka z opilstwem prowadzona jest oddawna energicznie, stwierdzić można obecnie już wybitną zmianę na korzyść. *K.*

Prof. Kianicyn. **Wpływ twardości wody na rozwój bakteryi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 25). Autor (Charkow) badał, jaki wpływ wywiera na rozmnożenie się bakteryi w wodzie mniejsza lub większa zawartość w niej soli wapiennych, od których głównie zależy twardość wody. Doświadczenia swoje, do których używał 10 prc. rozczynu chlorku wapnia i azotanu wapnia, rozdzielił autor na 3 grupy: w pierwszej badał wpływ mniejszej lub większej twardości wody na rozwój bakteryi w niej wogóle: w tym celu brał wodę wprost z pod kranu, nalewał ją do wyjałowionej kolby, dodawał pewną ilość wyjałowionego rozczynu soli wapiennej, poczem zakorkowaną wodę stawiał na 2 do 18 dni w ciepłocie pokojowej (16—18° R.). Po upływie tego czasu kłócił wodę i zasiewał 0,2 sz. ctm. na żelatynę peptonową. Hodowle wyrastały w ciągu 4—6 dni, ilość ich zapisywano. W drugiej grupie doświadczeń badał K. wpływ mniejszej lub większej twardości wody na rozwój prątka siennego. Do 50 ct. wyjałowionej wody dodawał pewną ilość Ca $(NO_3)_2$ i 5 kropel czystej hodowli prątka siennego. Hodowle rozwijały się 2 dni w pokojowej ciepłocie, poczem 0,2 sz. ctm. wody zasiewał na pożywki. Ilość kolonii zapisywał po upływie 4 dni. W 3-ciej grupie dodawał do wody 10 prc. $CaCl_2$ i 5 kropel hodowli cholery na peptonowej wodzie. Pierwszej grupy było doświadczeń 38, drugiej 12, trzeciej 13. Wyniki badań autora są następujące: zawartość soli wapnia w tych granicach, jakie się zwykle znajdują w wodzie do picia, nie wywiera prawie żadnego wpływu na rozwój i rozmnożenie mikrobów wogóle, a prątka siennego i cholery w szczególności, lecz już stopniowo niewielkie zwiększenie ilości soli wapiennych (0,12%—0,26%) hamuje rozmnażanie się prątka siennego i cholery. To bakteryobójcze działanie wapnia zaczyna się już przy ilości soli wapiennej znacznie mniejszej od tej, jaka jest przyjęta dla wapna, jako środka odkażającego. Ze swoich badań wysnuwa autor praktyczny wniosek: Zważywszy stosunkową nieszkodliwość chorku i azotanu wapnia, i to, że już niewielkie ich ilości wpływają zabójczo na bakterye, możnaby zalecić te sole dla oczyszczenia podejrzanej wody, zwłaszcza, że sole te nie psują smaku wody. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. (Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 22. czerwca 1908.

Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. K. Jabłczyńskiego p. t.: **Kinetyka reakcyi następczych: redukcya kwasu chromowego przez kwas szczawiowy.** Autor bada szybkość tej reakcyi i dochodzi do wniosku, że zawarty w kwasie chromowym chrom sześciowartościowy, redukując się do trójwartościowego, przechodzi stopniowo przez stan pięciowartościowego i czterowartościowego chromu.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 22. maja 1908.

Na przewodniczącego zaprasza zebranie Dra. Kożuszkiewicza.

1) Dr Skoczyński przedstawia mężczyznę z prawdopodobnym **nowotworem w mózgu.** Chory cierpi na obustronny zanik nerwów wzrokowych, bole głowy i ogólne osłabienie. Od pół roku źle słyszy na lewe ucho. Twarz i zęby cierpną mu kilkanaście razy dziennie. Odruchy wzmożone, brak objawu Babińskiego. Z lewej strony zajęty nerw uszny i twarzowy. Prawdopodobnie chodzi tu o nowotwór, wychodzący z nerwu usznego, być może nerwowłókniak (*neurofibroma*). Na skórze znajdowała się u tego chorego narośl, którą wycięto i rozpoznano włókniaka.

W dyskusyi Dr Mieczkowski potwierdza rozpoznanie Dra Skoczyńskiego. Co do operacyi, to dostęp byłby tutaj trudny, trzeba bowiem podnieść móżdżek, chcąc się dostać do nowotworu. Kocher poleca w takich przypadkach trepanować wyżej i pociągnąć zatokę żylną poprzeczną w górę. Dotychczas operacye były śmiertelne, mimo to oświadcza się mowca za operacyą. — Radca Dr Panieński leczył tego chorego rok temu w szpitalu. Wówczas była brodawka zastoinowa w oku i mrowienie po lewej stronie, oraz ból głowy. Objawów, dotyczących nerwu usznego, nie było żadnych. P. stosował jodek potasu, poczem bole głowy, jak i wzrok znacznie się poprawiły. — Dr Karwowski stwierdza, że nie chodzi tu o przypadek *neurofibromatosis* Recklinghausena. Brak tu typowych zmian na skórze, jak plamek, oraz wielorakich prawdziwych nerwowłókniaków. Wycięty ze skóry guzek uważa za zwykłego włókniaka, który nie stoi w żadnym związku z nowotworem w mózgu. — Dr Panieński życzy sobie wytłómaczenia, dlaczego jod tutaj działał korzystnie, co Dr Karwowski uważa za skutek wessania się i usunięcia przez to ucisku. — Dr Rydlewski przypuszcza wessanie się młodej tkanki pod wpływem jodu. — Dr Łazarewicz wątpi, czyby się nerwowłókniak pod wpływem jodu zmienił, a przypuszcza w tym przypadku działanie suggestywne albo wpływ na ciśnienie krwi wogóle. Na wzmiankę Dr Panieńskiego, żeby spróbować fibrolizyny, zaznacza Dr Łazarewicz, że działa ona dobrze na istotne blizny, a Dr Jarnatowski wspomina, że lek ten przy zaćmieniach rogówki nie ma żadnego wpływu. Również Dr Zakrzewski przy zwężeniach odźwiernika nie osiągnął żadnych wyników, co potwierdzają także prace Boasa i Albu. — W końcu Dr Skoczyński zaznacza, że jeśli w podobnych przypadkach dokładnie rozpoznało się siedzibę sprawy, natenczas konieczna jest operacya i to jaknajprędsza.

2) Radca Dr Panieński wygłasza drugą część swego odczytu: **Leczenie niedomogi serca.** Prelegent omawia środki fizyczne. Do tych należą w pierwszej linii kąpiele z kwasem węglowym. Bennecke, później Schott polecił kąpiele Nauheimskie. Działają one 1) podniecająco na serce, 2) usuwając przeszkody obwodowe zmniejszają pracę serca. Te ich własności sprawiły, że zaczęto zupełnie bezkrytycznie wysyłać chorych do Nauheim i Kudowy, co jednak dopiero wtedy się zaleca, gdy siły się dostatecznie podniosą. Dalej należy wymienić elektryczność w połączeniu z wodoleczeniem, co wprowadzili głównie Smith i Hornung; niestety przez przesadę metoda ta wkrótce została zdyskredytowana. A jednak metoda ta w niektórych przypadkach ma wiele zalet. Pod wpływem prądu zmiennego tętno się zwalnia, wzmaga się przemiana materyi. Prąd ten nadaje się więc najwięcej w samoistnem rozszerzeniu serca lub przy słabem napięciu naczyń, przeciwwskazany jest przy podwyższonem napięciu naczyń, tętniakach i stwardnieniu tętnic. Rumpf polecił prądy d'Arsonvala, działające bardzo korzystnie. — Dalej bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu niedomogi serca jest miesienie i ćwiczenia, wskazane mianowicie przy wątłych mięśniach lub przy otyłości z wątłymi mięśniami. Przeciwwskazania stanowi puchlina, duszność i dusznica bolesna. Wreszcie podnosi prelegent ważność dyety przy sprawach sercowych.

W dyskusyi przypomina Dr Gantkowski słowa Leubego, że bez naparstnicy nie chciałby być lekarzem. Doświadczenie jednak uczy, że w niektórych przypadkach lek ten wcale nie działa. Mowca ostrzega przed dializatem naparstnicy z powodu zawartości wyskoku. Sam G. leczy choroby serca głównie ruchowo i miesieniem i jest z wyników bardzo zadowolony. — Dr Łazarewicz zaznacza, że brak dotąd ścisłego rozróżniania w leczeniu chorób serca odpowiednio do różnorodnych jego zachorzeń. Ł. chwali bardzo strofantynę; w nagłych przypadkach

1 mg działa niemal cudownie. Naparstnica działa na nerw błędny i wpływa przez to na silniejszy rozkurcz serca, równocześnie jednak i skurcz staje się silniejszy. W niektórych przypadkach zaleca się kofeinę lub teocynę, n. p. przy stwardnieniu tętnic, gdzie naparstnica nie jest odpowiednia. — Dr Panieński broni naparstnicy. Przy *delirium cordis* zaleca P. wstrzyknąć do żyły digalen. Strofantyna czasami jest bardzo niebezpieczna. Znakomitym natomiast środkiem w nagłych przypadkach jest zimno i to najlepiej po zastosowaniu kamfory. — Dr T. Schultz zwraca uwagę, że naparstnica różni się co do swego składu w różnych porach roku (zbiera się ją dwa razy do roku). Właściwy czynnik leczniczy znajduje się w wyciągach. — Dr Rydlewski dodaje jeszcze, że czasami właśnie naparstnica wywołuje *delirium cordis.*

W administracyjnej części posiedzenia przedstawia wiceprezes Dr Łazarewicz list p. Witolda Okoniewskiego, inżyniera z Zurychu, który ułatwia sprowadzenie przyrządów rentgenowskich, oznajmia, że na Zjazd lekarzy czeskich wysłany będzie delegat, odczytuje wreszcie listy profesorów Wszechnicy Jagiellońskiej, którzy uczestniczyli w ostatniem Walnem Zebraniu. — O sprawach administracyjnych »Nowin Lekarskich« referuje Dr Fr. Zakrzewski. — Dr Karwowski zdaje sprawę z czynności Komisyi mieszanej, zajmującej się utworzeniem zawodowego towarzystwa lekarzy Polaków i Niemców w Poznaniu. W dyskusyi przebija zapatrywanie, że w pewnych warunkach założenie takiego towarzystwa mogłoby być dla wszystkich lekarzy korzystne.

Zebranie z dnia 12. czerwca 1908.

Wiceprezes Dr Łazarewicz odczytuje powinszowanie z powodu jubileuszu naszego Wydziału, nadesłane przez Dr Kamockiego i Sokołowskiego z Warszawy. Dalej zawiadamia o zaproszeniu na międzynarodowy Zjazd lekarski w Budapeszcie. Jako delegatów do polskiego komitetu wybrano: Dr Dembińskiego, Dr Karwowskiego i Dr Łazarewicza. — Dr Rydlewski zapytuje o wystawę zdrojową w Ciechocinku i wyraża żal, że na nią nie pojechali koledzy poznańscy.

Dr Skoczyński i Dr Mieczkowski przedstawiają 20-letniego chorego z objawami zaburzeń mózgowych. Chory od pewnego czasu cierpi na napady padaczkowe i objawy podrażnienia mózgu. Język się zwija, prawy nerw twarzowy, wielki i wskazujący palec prawej ręki cierpną. Istnieje niemota pamięciowa. Słowa podpowiedziane chory z pewną trudnością powtarza, sam nie zdoła nazwać przedmiotów. S. i M. przypuszczają, że chodzi o **nowotwór mózgu** w blizkości kory; rodzaj nowotworu trudno określić; może tu być także miejscowa gruźlica. Dr Mieczkowski podnosi trudność projekcyi na czaszce miejsca, w którem się znajduje cierpienie mózgu, omawia zamierzoną operacyę, przedstawia różne przyrządy potrzebne do operacyi i wspomina, że pierwszy Obaliński użył piłek Gigliego przy trepanacyi. Narzędzia pracujące zapomocą motoru ze względu na aseptykę nie bardzo się zalecają.

Następuje sprawa założenia »Towarzystwa zawodowego« lekarzy poznańskich. W sprawie tej referują Radca Dr Panieński, Dr Łazarewicz i Dr Karwowski. Po długiej, nader ożywionej dyskusyi postanawia zebranie dać na razie komitetowi odpowiedź odmowną.

Zebranie z dnia 13. czerwca 1908.

Zebranie to zostało zwołane nagle w sprawie założenia »Towarzystwa zawodowego«.

Obecni prawie wszyscy lekarze Polacy z Poznania.

Po bardzo poważnej dyskusyi postanowiono przystąpić do Towarzystwa wobec tego, że ze strony niemieckiej zgodzono się na postulaty polskich członków Komisyi przygotowawczej, umożliwiające wspólną pracę. *Dr Adam Karwowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 2. czerwca 1908 r.

1) Barszczewski Cz. odczytał rzecz: **O ortodyagrafii.** Ortodyagrafia jest to nowa metoda miernicza do badania klinicznego narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej zapomocą promieni Röntgena. Oznaczanie pomiarów dokonywa się przy pomocy ekranu fluoryzującego i polega na uzyskaniu obrysu poszczególnych narządów normalnymi promieniami X., t. j. takimi, które w każdym punkcie pola badania padają pionowo na ekran fluoryzujący. Przyrządy, którymi posługuje się ortodyagrafia, zwą się ortodyagrafami; najwcześniejszy typ ich stanowi stół Moritza, służący do badania chorych jedynie leżących. Obecnie używane są ortodyagrafy pionowe, które umożliwiają badanie chorego we wszelkich położeniach. Prelegent podaje opis wykreślania granic poszczególnych narządów zapomocą tego właśnie ortodyagrafu.

2) Tuchendler Antoni wypowiedział rzecz p. t. **Anatomia i fizyologia odbytu i kiszki esowatej według badań rektoskopowych.** Po krótkim wstępie, dotyczącym historyi rektoromanoskopii, przechodzi prelegent do badań, służących za podstawę do oświetlania i oględzin odbytu i kiszki esowatej. Naprzód wspomina o badaniach rektoskopowych Schreibera, systematycznie prowadzonych na licznych chorych i na zwłokach, badania te dostarczyły wiele cennych danych, dotyczących anatomii i fizyologii całego dolnego odcinka kiszek. Z dziedziny anatomii drogą rektoskopii ustalono długość, kierunek, położenie odbytu i kiszki esowatej. Drogą rektoskopii przekonać się można, że kierunek całego dolnego odcinka kiszek podlega najrozmaitszym wahaniom, a głównie w zależności od długości krezki. Z kolei przechodzi prelegent do rozpatrzenia wewnętrznej topografii tych narządów, którą także poznajemy zapomocą ich oświetlania. Na wewnętrznej powierzchni całego dolnego odcinka kiszek ustalone są w ten sposób ścisłe granice, dokładnie określone miejsca różnych fałdów i zagięć, które mogą być wygodnym drogowskazem i tworzyć podstawę do rozpoznawania topograficznego. Prelegent podaje opis głównych punktów, napotykanych w rektoskopie od otworu stolcowego aż do t. zw. *inflexio romana*, t. j. najwyższej części, dostępnej dla oświetlania, dalej opis naczyń krwionośnych, widzialnych w rektoskopie. Fizyologia przez rektoskopię zdobyła niemało danych. I tak stwierdzono mylność poglądów o istnieniu trzeciego zwieracza; dowiedziono w odbytnicy i kiszce esowatej ruchów przeciwrobaczkowych. Sprawa ta jest ważną i z punktu widzenia praktycznego, wyjaśnia bowiem udział tych ruchów w zwracaniu zawartości kiszek do żołądka przy wymiotach kałowych, a także tłómaczy drogę przenikania z odbytu do odcinków wyższych, sztucznie do ustroju wprowadzanych ciał odżywczych.

3) Goldbaum odczytał rzecz p. t. **W sprawie fosfaturyi i powstawania kamieni fosforanowych.** Fosfaturyą nazywamy wydzielanie moczu mętnego, w którym osad składa się przeważnie z zasadowych fosforanów wapnia i magnu. W wyjątkowych przypadkach przy fosfaturyi bywa zwiększona ilość kwasu fosforowego; najczęściej wzrasta jedynie ilość fosforanów nierozpuszczalnych (zasadowych) kosztem fosforanów rozpuszczalnych (kwaśnych); jest to t. zw. samoistna fosfaturya. Tę ostatnią postać dzieli Klemperer na dwa rodzaje: 1) fosfaturyę drobnoustrojową i 2) fosfaturyę aseptyczną. W pierwszej pod wpływem bakteryi mocznik rozkłada się na amoniak i kwas węglowy, a amoniak strąca fosforany. Następuje to przy zastoju moczu. Fosfaturya aseptyczna powstaje wskutek zasadowości moczu, zależnej bądź od długotrwałego spożywania alkaliów, bądź od dyety roślinnej, bądź wreszcie, co bywa najczęściej, od utrudnionego dostawania się HCl z żołądka do jelit, przy nadmiernej kwaśności, sokotoku żołądkowym. Fosfaturya aseptyczna powstaje również wskutek nadmiaru soli wapniowych i spotyka się ją również najczęściej u dotkniętych nadkwaśnością żołądka. To wzmożone wydzielanie wapnia przez nerki jedni tłómaczą niedostateczną zdolnością błony śluzowej jelita grubego do wydzielania wapnia, inni zaś nadmierną zdolnością nerek do zagarniania go ze krwi i do wydzielania z moczem. Z autorów francuskich sprawę fosfaturyi najszczegółowiej opracował Robin, który sądzi, że przy niej zawsze bywa nadkwaśność żołądka; w nadkwaśności widzi on powód powstawania fosfaturyi. Fosfaturyi sprzyja powstawanie kamieni fosforanowych.

Powyższe poglądy popiera spostrzegany przez prelegenta przypadek, w którym na tle fosfaturyi powstał kamień nerkowy, złożony wyłącznie z fosforanów. *Dr J. L.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Na posiedzeniu 9. maja 1908 jednomyślnie został przyjęty dopieroco przybyły na ziemię amerykańską Dr Czaki, (który swego czasu ofiarował cenne zbiory etnograficzne z życia Wschodu do Muzeum warszawskiego), poczem załatwiono drobne sprawy bieżące.

Część naukową stanowił wykład Dr J. Szymańskiego: **W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego Calmettea.** Referent streścił zdobycze wiedzy w tej sprawie i przedstawił chorych dla porównawczego zbadania.

Na posiedzeniu 6. czerwca 1908 jednomyślnie przeszła rezolucya popierania dążeń poszczególnych członków w braniu udziału w polityce krajowej.

Część naukowa składała się z wykładu docenta tutejszego uniwersytetu, Dr Kazimierza Żurawskiego: **O serodyagnozie kiły.** Referent streścił zdobycze wiedzy w tym kierunku, oraz podał historyczny szkic rozwoju teoryi odporności.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Prezydyum państwowego Związku austr. organizacyi lekarskich stawiło się w d. 24. czerwca b. r. na posłuchaniu u prezydenta ministrów i ministra spraw wewnętrznych. Dr Gruss, pierwszy wiceprezydent Związku, przemówił w te słowa: »Koerberowski program rządowy, tyczący się zmiany ubezpieczenia robotników od choroby i zmierzający do ubezpieczenia na starość i na wypadek stałej niezdolności do pracy, oddany został do osądzenia t. zw. »przybocznej Radzie pracy« w ministerstwie handlu. Do Rady tej powołano przedstawicieli wszystkich interesowanych sfer, a więc zarządy Kas chorych, pracodawców, wielkich przemysłowców, a nawet jednego biskupa, a roi się tam od socyalnych demokratów, zaciekłych wrogów lekarzy. Ci wszyscy mieli tam swój głos, tylko lekarze praktyczni, Izby lekarskie, ani organizacye lekarskie nie miały tam ani jednego przedstawiciela. Dopiero na naleganie lekarzy zwołała ta Rada przyboczna ankietę i w tej ankiecie przesłuchała zaproszonych lekarzy. Na końcu tej ankiety powiedział Dr Gruss: »My lekarze odpowiadaliśmy tu na wszystkie pytania. A teraz pójdziemy, a panowie uchwalicie to, czego sobie życzą socyalnodemokratyczne Kasy chorych«. Mimo, że zapewniano Dr Grussa, że się myli i przesadza w swej przepowiedni, jednakże późniejsze wypadki w zupełności ją tylko potwierdziły, gdyż nawet te korzyści dla lekarzy, które program Koerbera mieścił, Rada pracy odrzuciła. A mianowicie odrzuciła Rada pracy postanowienie, które obowiązkowym Kasom chorych pozostawiało swobodę wprowadzenia wolnego wyboru lekarza i postanowienie, które usuwało obowiązek należenia do Kasy chorych osób, zarabiających ponad 2,000 K rocznie, ustanawiając wyższą granicę dochodów, podobno 5,000 K. W ten sposób więc wzrośnie liczba ubezpieczonych w Kasach chorych nie o 6 milionów osób, jak to proponował Dr Koerber, ale liczba ta pójdzie w nieskończoność. Lekarzom jednakże bardzo zależy na wolnym wyborze lekarzy w Kasach chorych, bo od tego zależy cała przyszłość stanu lekarskiego i dobro chorych«. Mowca zwrócił uwagę na nizkie wynagrodzenie lekarzy w Kasach, na ich przeciążenie, co lekarzy poniża i fizycznie niszczy bez żadnej korzyści dla chorych. Dalej mówił o ostatniem orzeczeniu Trybunału administracyjnego w sprawie zakazu przyjmowania posady w Kasach zarejestrowanych. »Lekarze« — mówił Dr Gruss — »podnoszą płomienny protest przeciw zmuszaniu ich do udzielania taniej pomocy ludziom bogatym. Wszak do Kasy zarejestrowanej może należeć, kto chce, nawet i najbogatszy. Lekarze gotują się do walki rozpaczliwej! Powiadają, że w Austryi zdoła ruchliwa i krzykliwa organizacya prędzej przeprowadzić rzecz niesłuszną, jeśli umie głośno sprawę poruszyć, niż osiągnąć najsłuszniejsze, najprostsze prawo na drodze legalnej! Dotąd trzymali się lekarze drogi prawa i nic nie osiągnęli. Dlatego się teraz zorganizowali i oto jestem upoważniony donieść Waszej Ekscellencyi, że i organizacye lekarzy czeskich i polskich są na ukończeniu. Wiemy, że walka nasza wymaga od nas wielkich ofiar, ale jesteśmy gotowi ją podjąć, bo wiemy, że musimy zwyciężyć. Związek państwowy usuwa się od odpowiedzialności, jeśli ta walka przyjmie ostrzejszą postać. Wszak to walka z rozpaczy«. Po tych słowach przedłożył Dr Gruss memoryał, w którym znajdują się szczegółowe wyjaśnienia sprawy.

Przy tej sposobności zwracamy uwagę Kolegom na znaczenie organizacyi i jej doniosłe skutki. Cała Austrya już się zorganizowała, tylko u nas wlecze się ta sprawa, choć gruntownie przygotowana, żółwim krokiem. Wzywamy przy tej sposobności Kolegów, aby do organizacyi jak najtłumniej przystępowali. Wszystko już gotowe i czeka rozpoczęcia! *S.*

W sprawie utworzenia sekcyi socyalno-politycznej w austr. ministerstwie handlu postawił Dr Grün następujący wniosek w Izbie lekarskiej wiedeńskiej: »Wedle sprawozdania Gazety wiedeńskiej (Wiener Zeitung) z 23. VI. 1908 doniósł minister handlu na posiedzeniu parlamentu w d. 22. VI. 1908 o utworzeniu sekcyi socyalno-politycznej w ministerstwie handlu. Chociażby akcyę Izby lekarskiej, zmierzającą do tego, by do urzędów tych powołano i lekarzy praktycznych i kasowych, można nazwać spóźnioną, to jednak należy podkreślić, że Izby lekarskie, które przy tworzeniu tak pod względem socyalno-politycznym ważnej instytucyi, jak zwykle, pominięto, mają jednakże według swej ustawy z d. 21. grudnia 1891 § 3 prawo domagać się, choćby i później, powołania do tej sekcyi zawodowo wykształconych lekarzy. Tyczy się to głównie departamentu 31., 32. i 33. Zajmują się one ochroną robotników, sprawą chałupnictwa, sprawą przybocznej Rady pracy, jakoteż sprawami inspektoratu przemysłowego. Wprawdzie zapowiedział p. minister utworzenie urzędu higienisty przemysłowego, jednakże każdy zrozumie, że jedna siła lekarska nie podoła temu ogromowi pracy, jaki czeka sekcyę. Należy więc dążyć do pomnożenia ilości higienistów przemysłowych z pośród lekarzy praktycznych i kasowych. Także i na inspektorów przemysłowych należy powoływać lekarzy. Wszak tak dzieje się w Niemczech i Francyi«. Dr Grün proponuje, by Izba wiedeńska w porozumieniu z innemi podjęła w tym kierunku energiczne kroki. *Stahr.*

W sprawie „Związku lekarzy i przyjaciół lekarzy" w parlamencie austr. Do Związku tego należą wszyscy lekarze, będący posłami do parlamentu, oraz wielu posłów nie-lekarzy. Związek ten broni interesów stanu lekarskiego i dlatego uprasza się wszystkich kolegów, mających jakiekolwiek stosunki z posłami do parlamentu, by na nich wpływali, żeby do związku wstępowali. Zależy na tem, żeby związek ten liczył jaknajwięcej członków. W jesieni będzie parlament obradował nad wielu sprawami, żywo nas obchodzącemi, jak ustawa o Kasach chorych, ubezpieczenie na starość, na wypadek kalectwa. Potrzebujemy zatem poparcia w parlamencie. *E. S.*

Prezydyum Związku lek. austryackich wzywa do składek na pomnik i na pomoc dla sierót po Dr Janeczku wszystkie organizacye, Izby lekarskie, wszelkie ciała lekarskie, pisma zawodowe i fachowe i każdego lekarza z osobna. *E. S.*

Utonięcie wskutek niedbalstwa. Pod tym tytułem ogłasza »Aerztliche Standeszeitung« (Nr 13) nieszczęśliwy przypadek utonięcia, jakiemu uległ Dr Jan Hock, lekarz kolejowy i praktyczny w Villach, i ostrzega Kolegów przed ubezpieczaniem się od wypadku w towarzystwie wiedeńskiem »Danubius«. Dr Hock, zachęcony w drodze do Celowca przez znawcę okolicy i jeziora Wörthersee do odbycia pewnej części drogi na łyżwach, rady tej posłuchał. Po drodze lód się załamał i Dr Hock utonął. Towarzystwo »Danubius« odmawia wypłaty zabezpieczonej sumy, bo nie odpowiada za nieszczęśliwe wypadki, wywołane »grubem niedbalstwem«. Grubego niedbalstwa miał dopuścić się Dr Hock, bo w jakiemś małem pisemku karyntyjskiem było ogłoszone, że lód na jeziorze jest jeszcze cienki i bo 8-letnia jakaś dziewczynka wołała z brzegu na Dr Hocka, żeby uważał. Fakt, że zmarłego zachęcał do ślizgawki znawca okolicy i że setki ludzi równocześnie uwijało się po jeziorze, nie uprawniał — zdaniem Towarzystwa »Danubius« — do przypuszczenia, że się można już ślizgać. Towarzystwo ofiarowuje nieszczęśliwej rodzinie Dr Hocka kilka tysięcy koron odczepnego, ale rodzina postanowiła udać się na drogę sądową. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 30. V. 1908	401,456	181,176
W czerwcu 1908	1,870	10,000
razem	403,326	191,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. VI. do 4. VII. 1908 urodziło się dzieci żywo 39, nieżywo —; zmarło osób 54 (w tem obcych 25), z nich z gruźlicy 15 (7), zapalenia płuc 6, błonicy 2 (1), płonicy 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VI. do 4. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 7, płonicy 11 † 2 (8 † 2), odry 22 (2), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. VI. do 4. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8, krztuśca 1, płonicy 75 † 5 (w tem obcych 11 † 1), odry 13, duru brzusznego 11 † 2 (2 † 1), czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 2 † 2 (1 † 1). *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Zebranych w Krakowie chirurgów polskich serdecznie witamy.

Piętnasty już z rzędu Zjazd chirurgiczny polski może nie bez słusznego zadowolenia spojrzeć na plony kilkunastoletniej wytrwałej wspólnej pracy. Niepośledni dorobek naukowy Zjazdów i niesłabnące ich powodzenie dowodzą najlepiej ich potrzeby i pożytku, a są zarazem nieprzewyższoną niczem nagrodą tej zasługi, która Zjazdy chirurgiczne stworzyła i ciągłość ich utrzymuje.

Kraków. W d. 10. XI. rozpoczął się XV. Zjazd chirurgów polskich w licznem gronie uczestników. Z Warszawy przybyli m. i. Prof. Kryński, Dr Leśniowski i Jakimiak, a dziś przybywa Prof. Kosiński; ze Lwowa zjechali R. Dw. Prof. Rydygier, Prof. Ziembicki, Prof. Barącz, Doc. Herman i t. d. W Zjeździe uczestniczy wielu prymaryuszy szpitali prowincyonalnych, a prócz wszystkich chirurgów krakowskich także wielu przedstawicieli innych gałęzi z Krakowa. Liczba zgłoszonych wykładów dosięga 50.

— Posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej zachodniogalicyjskiej odbyło się w dniu 30. VI. 1908. Dr K. z S. uznano winnym uchybienia godności stanu lekarskiego i udzielono mu nagany. Na skargę Dr R. z L. przeciw Dr K. z P. postanowiono odpowiedzieć, że Izba w tej sprawie interweniować nie może, gdyż Dr K. jako lekarz powiatowy nie podlega jej jurysdykcyi. — Tegoż dnia odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem odczytano pismo Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w sprawie zamieszczania wiadomości o konkursach, rozpisywanych przez Rady powiatowe, tylko w formie wzmianki w »Przeglądzie lek.«, oraz uchwalono Dr Z. z S. i wdowie po Dr K. w W. udzielić po 100 koron zapomogi.

— Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy (dawniej »Samopomocy lekarzy«) odbędzie się 16. VII. 1908 o 6 wieczorem w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie (Radziwiłłowska 4).

— Stanowisko fizyka (lekarza naczelnego) miasta obsadzone będzie, według zapowiedzi Prezydenta miasta, Prof. Dr Leo, może jeszcze przed jesienią.

— Schronisko Brata Alberta (Tercyarzy) uchwaliła sekcya ekonomiczna Rady miejskiej ze względów sanitarnych przenieść (nareszcie!) z dotychczasowego budynku w inne miejsce. (Budynek ten, będący własnością miasta, urągał wszelkim pojęciom o higienie).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Izrael Przeworski, rodem z Gdowa w Galicyi i Maryan Wacław Szafnicki, rodem z Częstochowy.

Lwów. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1908/9 wybrany został Prof. Dr Włodzimierz Sieradzki.

Ruch w zdrojowiskach polskich. Do Iwonicza przybyło do 30. VI. osób 1877.

Warszawa. Posiedzenie Towarzystwa lek. warszawskiego w d. 3. VII. 1907 poświęcone było pamięci Prof. H. Hoyera, jako w rocznicę jego śmierci. Po gorącem wspomnieniu, wygłoszonem przez prezesa Tow., Dr Kamockiego, skreślił doc. Dr Pruszyński działalność ś. p. Hoyera jako profesora i uczonego, a Dr Henryk Nussbaum podał Jego charakterystykę jako filozofa.

— Wydział dobroczynny magistratu postanowił niezwłocznie rozszerzyć lokal szpitala św. Rocha przez adaptacyę sal, obróconych dotąd na sklepy.

— Towarzystwo opieki nad chorymi nieuleczalnymi i rakowatymi utrzymywało w r. 1907 w przytułku w Królikarni 64 kobiet; koszt utrzymania jednej chorej dziennie wynosił 45½ kop. W 3 ambulatoryach udzielono 22,082 porad. Towarzystwo liczyło 156 członków, miało 16,015 rb. dochodu, a 14,579 rb. wydatków.

— Niedawno zmarły prezes Tow. lekarskiego w Siedlcach, Dr Anastazy Sawicki, zapisał Towarzystwu bogatą swą bibliotekę i znakomicie uposażoną pracownię prywatną.

Poznań. Stowarzyszenie zawodowe lekarzy m. Poznania i obu powiatów poznańskich zawiązało się 13. VI. 1908. Zarząd składa się według statutu z 6 lekarzy Polaków i 6 Niemców; przewodniczący Zarządu nie ma w razie równości głosów głosu rozstrzygającego.

Z różnych stron. Rozpatrywanie niektórych utworów beletrystycznych ze stanowiska lekarskiego, zagranicą bardzo częste, jest u nas jeszcze nowością. A przecież, jak słusznie podnosi E. B. w »Ateneum polskiem« (Z. 6) »przy ocenie literacko-naukowej pewnego szeregu utworów piśmienniczych, udział lekarza jest tak samo nieodzowny, jak stał się nieodzowny w wielu dziedzinach życia publicznego«. Oprócz pracy Dr Mazurkiewicza o Towiańskim i wywołanych przez nią ocen krytycznych (Dr Rychlinskiego i in.) prawie nic w tym zakresie u nas się nie ukazuje. Obecnie ogłosiło »Ateneum polskie« (Z. 6) dwa szkice krytyczne: jeden p. Merwina p. t. »Chorzy poeci«, oparty na rozprawach Segaloffa o Dostojewskim, Ebsteina o Grabbem, Rahmera o Strindbergu; drugi przez E. B. p. t. »Polska literatura psychopatyczna« zajmuje się utworami psychopatów i dotyczącymi tego przedmiotu pracami p. Ernsta (nie-lekarza) i Dr A. Mikulskiego.

— W uznaniu wielkich zasług, położonych przez Dr Kazimierza Sakowicza z Białej Cerkwi w ciągu 40 lat pracy lekarskiej i społecznej, kijowskie polskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło mianować go członkiem honorowym Towarzystwa. 29. czerwca delegacya Tow. z prezesem Dr Rumszewiczem na czele wręczyła Dr K. Sakowiczowi dyplom członka honorowego.

— Wydział krajowy czeski przeznaczył dla uczczenia jubileuszu cesarskiego milion koron na zakłady lecznicze dla dzieci zołzowatych, a drugi milion na zakłady dla dzieci umysłowo upośledzonych.

— Obowiązek donoszenia o każdym przypadku gruźlicy wprowadzono w m. N. Yorku; urząd lekarski wykonywa w przypadkach wątpliwych bezpłatnie badanie plwocin, a mieszkania po zmarłych suchotnikach odkaża. (»Med. i Kron. lek.« 27).

Sprostowanie. W Nr 26 »Przeglądu« na str. 361, szpalta 2, wiersz 6 od góry, zamiast »zniedołężnienia poraźnego« ma być »zniedołężnienia przedwczesnego«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem, które w dniu 27. czerwca do skutku nie doszło, odbędzie się bez względu na komplet **we czwartek dnia 16. lipca b. r. o godz. 6 wieczorem w Domu lekarskim w Krakowie.**

Ze względu na wielką doniosłość spraw, na porządku dziennym umieszczonych, Wydział uprasza Szan. Kolegów o niezawodne przybycie, jak również o jak najrychlejsze nadesłanie deklaracyi przystąpienia, o ile nie została nadesłana.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.

*

Rok XLVII. Kraków, dnia 18. lipca 1908. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala powszechnego w Śniatynie.

W sprawie operacyjnego leczenia pewnych postaci rozedmy płuc sposobem Freunda.

Podał

Dr Franciszek Slęk, dyrektor szpitala.

Pół wieku mija od chwili, w której Freund wystąpił z odmiennymi poglądami w kwestyi powstawania niektórych spraw chorobowych płuc. Poglądy te, stwierdzone długoletniemi badaniami anatomicznopatologicznemi, nie znalazły odpowiedniego przyjęcia w świecie naukowym. Większość autorów przyjmowała i przyjmuje, że wskutek rozedmy płuc, powstają zmiany klatki piersiowej wtórorzędnie, a znane jej zniekształtnienie jest zjawiskiem następowem.

W przeciwstawieniu do tych pojęć i zapatrywań, wystąpił Freund z teoryą nową, odmienną, starając się udowodnić, że przeciwnie zmiany w budowie i kształcie klatki piersiowej są pierwotne, zależne od chorobowych zmian w chrząstkach żebrowych, które to zmiany w chrząstkach albo wrodzone albo nabyte z biegiem życia, są przyczyną pewnych chorób płucnych, a mianowicie gruźlicy i rozedmy.

Że zmiany te mogą być wrodzone, to popierają spostrzeżenia, dotyczące osobników młodych, u których nawet w dzieciństwie spotyka się czasem znamienny kształt klatki piersiowej *(habitus emphysematosus)*, który w rzeczywistości wiedzie do rozedmy w wieku późniejszym.

Freund na podstawie swych badań twierdzi, że te zmiany w chrząstkach polegają na rozwłóknieniu, na tworzeniu się jam i osadzaniu się złogów wapiennych. Skutkiem tych przeobrażeń, chrząstki żebrowe grubieją, powiększają swą objętość, a żebra i mostek wysuwają na zewnątrz. Na przekroju takie zmienione chrząstki mają barwę brudno żółtą, z powodu złogów wapiennych, tracą sprężystość, stają się twarde i nie dają się tak łatwo krajać, jak prawidłowe. Zmiany opisane albo ograniczają się tylko do niektórych chrząstek po jednej stronie klatki piersiowej, albo powoli zajmują resztę tej strony, lub przechodzą i na drugą połowę. Zmiany, zajmujące obie połowy klatki piersiowej spotyka się w wieku starszym, a występują one wtedy prawie we wszystkich chrząstkach.

Sprawa chorobowa rozpoczyna się według Freunda od 2. i 3. chrząstki żebrowej, i powoli przechodzi na inne i albo ogranicza się tylko do jednej połowy klatki piersiowej, wywołując pewną asymetryę w jej kształcie, albo, jak wspomniałem wyżej, zajmuje i drugą połowę klatki. Według siedziby i sposobu rozwoju zmian w chrząstkach rozróżnia Freund, częściowe postępujące rozszerzenie nieruchome klatki piersiowej (partielle fortschreitende starre Thoraxdilatation) i ogólne nieruchome rozszerzenie klatki (allgemeine starre Thoraxdilatation), które dopiero jako następstwo pociąga za sobą rozedmę płuc.

W przeciwieństwie do rozedmy, rozpoczynają się zmiany usposabiające do gruźlicy płuc w chrząstce 1. żebra, przez co powstaje zwężenie górnej części klatki piersiowej, które upośledza ruchomość szczytów płuc, tem samem upośledza ich odżywianie i przewietrzanie.

Jako wskazówkę rozpoznawczą nieruchomego rozszerzenia klatki piersiowej podaje Freund następujący obraz: Szyja jest osadzona szeroko na barkach, odległość górnego brzegu trzonu mostka od chrząstki tarczowej jest skrócona. Żebra z powodu zmniejszonej sprężystości, unoszą się przy oddechaniu razem ze swemi chrząstkami nagle ku górze, podciągane przez mięśnie. Ruchów na zewnątrz zupełnie nie widać. Klatka piersiowa ustawiona jest w położeniu tak zwanem wdechowem.

Badając dalej klatkę piersiową przez obmacanie, stwierdzić można, że powierzchnia chrząstek jest nierówna, chropawa, a kąt zgięcia ku przodowi znacznie występuje.

Do najważniejszych sposobów rozpoznawczych, należy zdaniem Freunda akidopeirastyka, zapomocą której można napewno stwierdzić wyżej opisane zmiany, a mianowicie wbijając igłę w chrząstkę żebrową, natrafiamy na znaczny opór. Przy wyjmowaniu igły, musimy użyć znaczniejszej siły, doznając wrażenia, że igła tkwi w ciele twardszem.

Obrazu opisanych powyżej zmian anatomiczno patologicznych dopełniają w końcu stwierdzone na stole sekcyjnym zmiany w preparacie przy sprawach dłużej trwających, a więc jej zanik i zwyrodnienie tłuszczowe. Zmiany powstałe w przeponie należy sobie tłómaczyć przez jej silne napięcie przy rozszerzeniu części dolnej klatki piersiowej i przez jej nieużywanie.

Na tych podstawach oparłszy swą teoryę powstawania rozedmy, zalecił Freund celem leczenia rozedmy operacyę, polegającą na wycinaniu klinów z chrząstek żebrowych dla uruchomienia klatki piersiowej, po raz wtóry dnia 27. listopada 1901 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego

w Berlinie. Po raz pierwszy wygłosił Freund to zdanie w r. 1857, ale nie znalazło ono ani zastosowania, ani uznania, a nawet zostało w końcu zupełnie zapomniane.

Potrzeba było upływu szeregu lat, aby Hildebrand na propozycyę Krausego wykonał po raz pierwszy zabieg, polecany przez Freunda. Wykonał on tę operacyę na chorym, nie mającym żadnej nadziei wyzdrowienia, d. 8 marca 1906. Po tym zabiegu pomyślnie wykonanym, następują operacye dokonane przez Bramanna na wniosek Mohra, przez Seidela na propozycyę Pässlera i Stieda, również wynikiem dodatnim uwieńczone.

Ponieważ przypadek nasz jest ogólnie biorąc piątym operowanym z powodu rozedmy płucnej przy klatce piersiowej stale rozszerzonej, a pierwszym w piśmiennictwie polskiem, skłania mnie to do dokładniejszego jego omówienia, tem więcej, że zabieg operacyjny został uwieńczony wynikiem pomyślnym.

Wywiady: M. W., 55-letni, kowal, zgłosił się do tutejszego szpitala d. 20. kwietnia b. r. W dzieciństwie nie chorował. Podczas służby wojskowej utracił przez przypadek palec wskazujący u ręki prawej. Od kilku lat cierpi na duszność. Od 6 miesięcy stan do tego stopnia pogorszył się, że z powodu duszności nie może chory pracować. Mówiąc, musi co chwilę przerywać, aby złapać nieco tchu. Noce spędza zupełnie bezsenne, gdyż musi z powodu duszności ustawicznie chodzić. Skoro tylko się położy do łóżka, duszność do tego stopnia się wzmaga, że zdaje mu się, iż się udusi. Od paru miesięcy wystąpiły obrzęki na nogach. Apetyt ma dobry, jednak schudł znacznie z powodu braku snu. Leczenie wewnętrzne nie przyniosło mu żadnej ulgi.

Stan obecny. Mężczyzna, wzrostu średniego, średnio odżywiony i zbudowany. Na twarzy znaczna sinica. Klatka piersiowa, dołem rozszerzona, znacznie wysklepiona ku przodowi w okolicy chrząstek 2. i 3. żebra. Przy głębokim wdechu klatka piersiowa prawie się nie rozszerza, a różnica w obwodzie mierzona przez brodawki sutkowe przy najgłębszym wdechu i wydechu wynosi zaledwie $^1/_2$ ctm. (94—94$^1/_2$ ctm.). Cała klatka piersiowa podnosi się nagle ku górze, sprawiając wrażenie, że jest podciągana w całości ku górze przez mięśnie szyjne, szczególnie przez mm. mostkowo-sutkowo-obojczykowe, które są bardzo napięte. Międzyżebrza zapadają się. Szyja krótka, szeroko osadzona na barkach. Oddechów 38 na minutę. Przy obmacaniu chrząstki żebrowe twarde, szczególnie chrząstki 2. i 3. żebra. Granice płuc po obu stronach sięgają do 8. żebra w linii sutkowej i są nieruchome. Nieżyt oskrzeli. Stłumienia serca nie można oznaczyć nawet przy najlżejszem opukiwaniu. Tony serca czyste, głuche. Tętno 116 na minutę, regularne. Wątroba obniżona, macalna. Na kończynach dolnych obrzęki miernego stopnia. W moczu znaczna ilość białka.

Operacya: D. 22. kwietnia 1908 podawszy poprzednio naparstnicę, przystąpiono do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowem. Najpierw po stronie prawej poprowadzono cięcie proste linijne, przebiegające nieco skośnie po zewnętrznej stronie mostka, począwszy od obojczyka, aż do 5-go żebra. Po oddzieleniu skóry na oba boki, przecięto nad każdą chrząstką mięsień piersiowy w przebiegu jego włókien, a więc poprzecznie do skórnego cięcia. Następnie w tymże kierunku ochrzęstnę oddzielano skrobaczką naokoło 2, 3, 4, chrząstki żebrowej i zresekowano częściowo kleszczami resekcyjnemi kostnemi, częściowo kleszczami Luera. Chrząstki wycinaliśmy w postaci klinów na przestrzeni 2 do 2$^1/_2$ ctm. Przytem zauważyliśmy, że żebro nie wykonywało żadnych ruchów, dopokąd choćby najcieńsza warstewka chrząstki była utrzymana. Żebro wydawało się jakby ustalone, jak napięta sprężyna. W chwili zaś usunięcia pozostałej jeszcze cienkiej warstwy chrząstkowej, żebro odskoczyło na bok, zwolnione z napięcia i zaczęło wykonywać ruchy oddechowe, ustawiając się na zewnątrz i ku dołowi. W tenże sposób wycięto kliny z chrząstek żebrowych także po stronie lewej, a mianowicie z 2, 3 i 4-tej. Przez to powstały dosyć głębokie i szerokie jamy, przez których dno widać było dobrze przesuwające się płuco. Przestwory te, w ten sposób powstałe, zapadały się głęboko przy każdym wdechu. Rany skórne po podwiązaniu kilku naczyń zaszyto szwem ciągłym.

Dodam tu, że przecinane chrząstki 2. i 3. żebra były bardzo twarde, miejscami porowate; w chrząstkach 2. żebra były złogi wapniowe.

Chory zaraz po operacyi odczuł ulgę znaczną w oddychaniu.

Przebieg pooperacyjny. Tego samego dnia uskarżał się chory na znaczne bole w klatce piersiowej. Na brak oddechu nie użalał się, i od chwili operacyi leżeć może całkiem spokojnie w łóżku. Tętno nierówne szybkie, przerywane, 130 na minutę. Wstrzyknięto olej kamforowy podskórnie.

23. 4. Znaczne podniesienie ciepłoty, dochodzące rano do 38° C., wieczorem 38·7 C. Wieczorem wystąpiło bredzenie. Wstrzyknięto morfinę podskórnie. Wewnętrznie podano kamforę z olejkiem migdałowym.

24. 4. Stan chorego poprawił się nieco po podaniu wyskoku. Na plecy z powodu nieżytu oskrzelowego postawiono bańki i położono okład wysychający.

25. 4. Zmieniono opatrunek, rana goi się dobrze.

26. 4. Chory śpi spokojnie, nie odczuwając braku oddechu. Zresztą stan zadawalniający.

1. 5. Rana zagojona doraźnie.

11. 5. Przy wyjściu chorego ze szpitala stwierdzono, że klatka piersiowa porusza się widocznie na boki. Miejsca, w których wycięto chrząstki, zapadają się wyraźnie. Różnica między głębokim wdechem, a wydechem wynosi 4 ctm. Granice płuc, jak poprzednio nieruchome. Stłumienia serca brak. Szmery oddechowe osłabione. Napięcie mięśni szyi i zapadanie się międzyżebrzy znacznie mniejsze. Obrzęki na kończynach ustąpiły. W moczu białka bardzo mała ilość. — Chory oddycha zupełnie spokojnie. Skarży się, że spać nie może, otoczenie jednak i my sami stwierdziliśmy naocznie, że śpi zupełnie spokojnie.

5. lipca b. r. zgłosił się chory w stanie zupełnie zadowalniającym. Na twarzy sinicy zupełnie nie ma; wygląda chory znakomicie. Ruchy klatki piersiowej na boki widoczne (4 cm). Nie widać żadnego napinania się mięśni na szyi i zapadania się międzyżebrzy. Chory oddycha zupełnie spokojnie. Sen jest nieprzerywany. Chory pracuje, jak sam podaje, bez najmniejszej przeszkody ze strony oddechu.

Trzeba przyznać, że chory nasz z obrzękami na kończynach, z sinicą na twarzy, z ogromną dusznością i znaczną ilością białka w moczu, nie należał do tych przypadków któreby pozwoliły rokować dobrze.

Jak widzimy z historyi choroby, stan chorego znakomicie się poprawił po zabiegu operacyjnym, do tego stopnia, że chory nie odczuwa zupełnie braku powietrza, może zupełnie spokojnie i bez zmęczenia mówić. Chodzenie po schodach nie sprawia mu dolegliwości, a leżenie w łóżku jest zupełnie możliwe. Jednem słowem stan przed zabiegiem był nie do zniesienia, a teraz jest zupełnie zadowalniający.

(Dok nast.)

Z pracowni farmakologicznej Prof. J. Landenbacha i z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. W. Wysokowicza przy Uniwersytecie kijowskim.

W sprawie wpływu wdychania dymu tytuniowego na zwierzęta.

Podał

Docent Dr E. Zebrowski.

(Dokończenie).

Badanie drobnowidowe skrawków części tętnic, zajętych sprawą u królików Nr 1 i 3, przy zabarwieniu: 1) hematoksyliną i eozyną, 2) według Weigerta i 3) według Van Giesona, stwierdziło następujące zmiany: Najczęściej spostrzegać się dawała częściowa martwica średniej warstwy ścianki wraz z wyprostowaniem się włókien sprężystych; w tych samych miejscach dostrzedz się dawało zgrubienie

błony wewnętrznej w postaci nieco rozluźnionego włóknistego uwarstwienia z nieco soczystemi jądrami. Przy zabarwieniu hematoksyliną na miejscach martwicy widoczne były drobne ziarnka, zabarwione hematoksyliną na kolor siny, prawdopodobnie złogi soli wapiennych. W innych skrawkach spostrzegałem zmiany przeważnie w błonie wewnętrznej. Część błony wewnętrznej, położona bliżej ku światłu naczynia, oddzielona odeń wązkim pasem niezmienionej tkanki, widoczna była w postaci blado różowego paska, w którym nie widziałem włókien sprężystych; natomiast spostrzegałem tam dużo jąder komórek śródbłonkowych, miejscami gęsto skupionych, widocznie nowoutworzonych. W preparatach zabarwionych hematoksyliną można tu było spostrzedz złogi soli wapiennych w postaci drobnego pyłu barwy ciemnofioletowej.

W jednem z takich miejsc zmienionej błony wewnętrznej u królika Nr 1 znalazłem twór, przypominający swą budową t k a n k ę c h r z ą s t k o w ą. Wyglądał on następująco: w głębi błony wewnętrznej widoczne było zgrubienie owalne ze złogami soli wapiennych w postaci plam i z więcej jednolitem wejrzeniem istoty tkanki macierzystej. Wśród tej tkanki widać było pojedyńcze lub też niedużemi grupami rozłożone komórki z okrągłemi jądrami, umieszczonemi jak gdyby w otoczce, co na ogół przypominało budowę tkanki chrząstkowej. Dokoła tego ogniska znajdowała się warstwa młodej tkanki śródbłonkowej, posiadającej jądra wydłużone w przecięciu bez włókien sprężystych.

W początkowych częściach tętnicy głównej królików, które padły (Nr 2 i 4), nie znalazłem zmian widocznych; badanie drobnowidowe stwierdziło miejscami nieznaczne ogniska bujania komórek śródbłonkowych, z przerwaniem w tych miejscach włókien sprężystych.

Oprócz naczyń, u wszystkich królików zwróciłem baczną uwagę na badanie serca, mianowicie: 1) mięśnia sercowego, 2) tętnic wieńcowych i 3) zwojów nerwowych.

Do badania mięśnia sercowego przyrządzano preparaty: 1) według Flemminga, 2) według Van Giesona i 3) barwiono hematoksyliną i eozyną. U wszystkich 4 królików w mięśniu sercowym zwyrodnienia tłuszczowego nie znalazłem, poprzecznego prążkowania nie znajdowałem jednak prawie nigdzie, co-by wskazywało na zwyrodnienie miąższowe.

W naczyniach wieńcowych u żadnego królika zmian nie wykryłem (zabarwienie według Weigerta, Van Giesona i zapomocą hematoksyliny z eozyną).

Znaczne zmiany znalazłem u 2 królików, które padły, w z w o j a c h n e r w o w y c h s e r c a (zabarwienie według Nissla i Helda). U królika Nr 2 — komórki nerwowe były przeważnie pomarszczone. Spostrzegałem wszędzie wyraźną, dużą wakuolizacyę. Jądra były pomarszczone, zmniejszone; jąderka barwiły się dobrze. Ziarnka komórek były przeważnie zabarwione dość wyraźnie, lecz niezbyt uwydatniały się z powodu wakuolizacyi. Obok takich wyraźnie zabarwionych komórek miejscami spostrzegałem grupy, których zabarwienie było bardzo blade, ziarna Nissla niewyraźne, jak gdyby rozrzedzone. I tu jądra miały przeważnie kontury pomarszczone, jąderka zaś były słabo zabarwione. Wakualizacya i tu była wybitna. U królika Nr 4 zmiany były nie tak znaczne. Komórki zabarwione były dość dobrze, ziarnka Nissla tworzyły płaty na obwodzie komórek, zabarwionym nieco wyraźniej; na obwodzie również spostrzegać się dawała drobno-jamkowa wakualizacya. U zabitych królików (Nr 1 i 3), które dłużej przeżyły, komórki nerwowe zwojów sercowych mało się różniły od prawidłowych. Ziarna Nissla wyglądały płatowato i tworzyły masę siatkowo-ziarnistą.

Z innych narządów zbadałem: płuca, wątrobę, śledzionę, nerki i nadnercza.

W p ł u c a c h (zabarwienie: 1) karminem borowym, 2) według Weigerta, 3) według Van Giesona, 4) hematoksyliną i eozyną) wyraźnych zmian nie znalazłem, tylko w świetle pęcherzyków płucnych i w przegródkach znajdowałem śródbłonkowe pojedyncze komórki, napełnione drobnemi, czarnemi ziarnkami pyłu węglowego.

W w ą t r o b i e (zabarwienie 1) według Van Giesona i hematoksyliną z eozyną) u wszystkich 4 królików kontury komórek były zaokrąglone; znajdowałem też wiele komórek o 2 jądrach, czasem bardzo dużych. U królika Nr 4 spostrzegałem oprócz tego dość wyraźne przekrwienie.

W ś l e d z i o n i e (zabarwienie jak wątroby) u królika Nr 1 znalazłem dość znaczne przekrwienie, u królika Nr 2 beleczki były zgrubiałe, ściany naczyń włoskowatych żylnych również, miąższ składał się jak gdyby z komórek wrzecionowatych, miejscami zawierał komórki, posiadające pomarańczowo-czerwony barwik; ciała Malphighiego były niewyraźne. Śledziony królików Nr 3 i 4 były niezmienione.

N e r k i (zabarwienie jak wątroby) były u wszystkich królików miąższowo zwyrodniałe, w mniejszym lub większym stopniu: zarysy komórek przeważnie były niewyraźne. Zmiana te były słabo wyrażone u królików zabitych (Nr. 1 i 3), u królika zaś, który padł (Nr 2), oprócz niewyraźnego zarysu nabłonka kanalików, w świetle niektórych z nich znajdowały się wałeczki szkliste, częścią w postaci jednolitej masy, częścią składające się z bryłek. Obok tego spostrzegałem przekrwienie.

W n a d n e r c z a c h (zabarwienie takież); oprócz dość wyraźnego przekrwienia, wybitnych zmian nie wykryłem.

Z pośród danych badania patologiczno-anatomicznego zwracają głównie uwagę: 1) zmiany w tętnicy głównej i 2) w zwojach nerwowych serca.

Zmiany w tętnicy głównej spostrzegać się dawały u wszystkich królików, lecz nie w jednakowym stopniu U 2 królików (Nr 1 i 3), u których wdychania dymem tytuniowym odbywały się w ciągu dłuższego czasu, mianowicie od 4 (Nr 3) do 6 miesięcy (Nr 1) były one bardzo wybitne; u królików zaś, które padły po 2 miesiącach od początku doświadczeń (Nr 2 i 4), tylko badanie drobnowidowe wykryło sprawę w początkowym jej okresie.

Zmiany w tętnicy głównej skłonny jestem przypisać d z i a ł a n i u d y m u t y t u n i o w e g o. N i e m o g ł a t o b y ć s p r a w a s a m o r o d n a. Jak już wspomniałem w »Zawiadomieniu tymczasowem« (str. 189), cała grupa (40) królików, wzięta do doświadczeń przewlekłych, urodziła się i wyhodowała w zupełnie jednakowych warunkach w ciągu moich doświadczeń. Wiek każdego z nich był ściśle wiadomy i, jak to widać z tablicy, do »palenia« wzięto bardzo młode osobniki. By wyniki doświadczeń były więcej przekonywające, wzięto króliki z jednego miotu; u 2 królików przeznaczonych do sprawdzania doświadczeń, tętnica główna nie uległa zmianom. Jak wskazują dane statystyczne o samorodnej miażdżycy tętnic u królików, obejmujące bardzo znaczną ilość zwierząt, cierpienie to spotyka się u nich

rzadko: Loeb (2), który zbadał 280 królików, nie wykrył ani razu miażdżycy, Bennecke (1), który dokonał 400 sekcyi, znalazł samorodną miażdżycę tylko 12 razy, co stanowi 3%.

Ciekawe są też zmiany, znalezione w zwojach nerwowych serca. Wskazują one na znaczne zwyrodnienie komórek nerwowych, na wyraźną ich wakuolizacyę i chromatolizę jąder. Możliwe jest, że sprawy te stały się bezpośrednią przyczyną przedwczesnej śmierci 2 zwierząt (króliki Nr 2 i 4), ponieważ u 2 królików, które przeżyły znacznie dłużej, zmian tych nie znalazłem.

Główne wyniki z powyższych spostrzeżeń są następujące:

1) Długotrwałe stosowanie wdychania dymu tytuniowego wywołuje u królików utratę łaknienia i znaczne wychudzenie.

2) Po dłuższem stosowaniu codziennego wdychania dymu tytuniowego u królików rozwinąć się mogą zmiany w zwojach nerwowych serca (wakualizacya i chromatoliza komórek nerwowych) i zmiany w ścianach tętnicy głównej w błonach średniej i wewnętrznej (sprawy martwicze, bujanie komórek, tworzenie się chrząstki).

3) Dym z tytuniu gorszego gatunku (t. zw. machorki) zawiera znacznie więcej nikotyny, niż dym z droższych gatunków.

4) Oprócz nikotyny zawiera dym tytuniowy jeszcze nieznaczną ilość jakichś trucizn, działających porażająco i wywołujących wychudzenie u królików.

5) Pirydyny tytuniowe w tem zgęszczeniu, w jakiem znajdują się w dymie, nie posiadają wyraźnego działania trującego.

Źródła. 1) Bennecke: Studien über Gefässerkrankungen durch Gifte. Virchows Arch. Tom 191, zeszyt 2, str. 358. — 2) Loeb: Cyt. wedł. Bennecke, str. 358. — 3) Thoms: Ber. d. deutsch. Pharm. Ges. 1900. Zesz. 2, str. 19. Cyt. według Pontaga: Izsledowanije russkaho tabaka i papirosnaho dyma. Dys. Jurjew 1902, str. 101—110. — 4) E. Żebrowski: K woprosu o wlijanii tabacznaho dyma na krowienosnyje sosudy u żiwotnych. Russ. Wracz 1907, str. 189, Ctbl. für allg. path. u. path. Anath. T. XVIII, 1907, Nr 9, str. 337.

W sprawie zapisywania rozczynów dwutlenku wodoru.

Podał

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Z przyjemnością przeczytałem uwagi p. Mg. f. Henryka Banke (»Przegl. lek.« Nr 27), dotyczące zapisywania rozczynu dwutlenku wodoru w praktyce lekarskiej, a nawiązując do tych bardzo trafnych uwag, chciałbym i ze swej strony, jako lekarz, dorzucić słów garstkę.

Znane własności dwutlenku wodoru, jako dobrego i silnego środka przeciwgnilnego, w użyciu praktycznem okazywały się niepewne przy dawnym przetworze, będącym w handlu, gdzie odsetek H_2O_2 był za mały, a także powoli z rozczynu się utracał. Wprowadzenie w handel przez Mercka przetworu nowego, znanego pod nazwą »perhydrol«, zawierającego 30 odsetek ciężarowych równych 100 odsetkom objętościowym, H_2O_2, umożliwiło w krótkim czasie stosowanie na wielką skalę dwutlenku wodoru w chirurgii, przyczem doświadczalnie przyjęto rozczyn 3% perhydrolu według części ciężarowych *(partes ponderis)* równy rozczynowi 1:1000 sublimatu, przewyższający go jednak zupełnym brakiem działania trującego.

Gdy jednak w handlu, obok nowego przetworu, perhydrolu, zawierającego 30 odsetek H_2O_2 znajdował się i drugi rozczyn 3% t. z. *hydrogenium hyperoxydatum solutum*, należało ustalić sposób zapisywania rozczynów dwutlenku wodoru w praktyce lekarskiej, trzymając się przepisów farmakopei podawania rozczynów w odsetkach ciężarowych. Mając do wyboru między starym przetworem 3% t. z. *hydrogenium hyperoxydatum solutum*, a nowym perhydrolem, wolałem przepisywać perhydrol, bo co do powszechnie używanego zgęszczenia 3% był pewniejszy, bo mogłem przepisać zawsze rozczyn świeżo zrobiony, wreszcie mogłem przy nowym przetworze używać leku i o większem stężeniu. Zapisywałem zawsze już perhydrol, biorąc według odsetek ciężarowych jako 3% rozczyn dwutlenku wodoru, perhydrolu 1 część na 9 części wody przekroplonej. Przetwór ten w leczeniu ostrych zwłaszcza wycieków ucha środkowego, okazał się nieocenionym, przyczem zauważyłem obok dzielnego działania przeciwgnilnego, zupełny brak jakiegokolwiek uczucia nieprzyjemnego po zapuszczeniu leku do ucha. Wytwarzanie się w uchu ciepła po zapuszczeniu kropli, działa kojąco przeciw bolom, a nadto wielką wartość ma działanie mechaniczne leku, polegające na tem, że zabiera on ze sobą przy uwalnianiu się tlenu sporo grudek skrzepłej wydzieliny, niedającej się usunąć wystrzykaniem ucha, w przypadkach tych zresztą bolesnem. W dwutlenku wodoru znaleźliśmy w otyatryi lek, bez którego obejść byśmy się nie mogli, należało go tylko odpowiednio przepisywać, ale też i odpowiednio zastosowywać.

Zauważyłem, podobnie jak p. Banke, iż w praktyce przepisuje się dwutlenek wodoru niedokładnie, lubo zwykle z intencyą przepisania roztworu 3%, co wynika z najczęściej spotykanego przepisu *Rp. Hydrogenii hyperoxydati 3%* tyle a tyle gramów. Słusznie zauważa p. Banke, iż ponieważ obowiązkowy przetwór farmakopei naszej zawiera 3 odsetki ciężarowe, t. j. 10 odsetek objętościowych H_2O_2, przetwór zaś Mercka 30 odsetek ciężarowych t. j. 100 objętościowych, to przy powyższym sposobie zapisywania apteki mogą ten lek wydać w sposób czworaki, z których dwa obliczone według odsetek objętościowych miną się z intencyą lekarza, mającego z pewnością na myśli 3% rozczyn ciężarowy. Sądzę, że my lekarze zamiast podawania, jakie części mamy na myśli, części ciężarowe, czy objętościowe *(partes ponderis* czy *voluminis)*, będziemy woleli zamiast 3% rozczynu obowiązkowego, w którego czystość i siłę niezbyt wierzę, posługiwać się 3% roztworem perhydrolu, zapisanym *magistraliter*, to znaczy *Rp. Perhydroli 10·0 Aquae destillatae 90·0*, czyli 1:9. Jako krople do ucha odpowiednio do potrzebnej średnio ilości zapisuję zawsze *Rp. Perhydroli 1·50 Aquae dest. 13·50* i mogę lek ten, korzystając ze sposobności gorąco polecić. Obok wodnego rozczynu dwutlenku wodoru, stosuję go też w rozczynie wyskokowym, nadającym się bardzo w leczeniu wycieków przewlekłych z ucha, zwłaszcza, gdzie nam zależy także na działaniu wyskoku, a to w przypadkach rozpulchnienia błony śluzowej jamy bębenkowej, lub też przy ziarninie, przyczem sam wyskok działa dzielnie przeciwgnilnie i osuszająco.

Krople do ucha należy wogóle używać ogrzane. W zastosowaniu dwutlenku wodoru zauważyłem, iż praktyczniej jest nie zagrzewać każdym razem całej ilości, jak to się zwykle robi, przez wstawienie flaszeczki z lekarstwem do ciepłej wody, by później wpuścić do ucha kilka kropli czyto wprost z flaszeczki, czy z pomocą zakraplacza, — gdyż rozczyny dwutlenku wodoru przez ogrzewanie tracą na sile, a pozostawione na boku często uwalniając tlen, wysadzają korek z flaszeczki i wylewają się. Radzono sobie w ten sposób, iż po zatkaniu flaszeczki korkiem, okrywano korek wraz z szyjką flaszeczki papierem lub płótnem i obwiązywano sznureczkiem. To naprowadziło mnie na zalecanie chorym przy użyciu rozczynów perhydrolu, postępowania następującego: rozczyn perhydrolu zalecam naciągać na zimno do zakraplacza, a dopiero zakraplacz, napełniony rozczynem zanurzać do dobrze ciepłej wody, naturalnie nie głębiej, niż wysokość płynu w zakraplaczu. Następnie po pewnym czasie sprawdza się przez puszczenie jednej kropli na grzbiet ręki, czy płyn w zakraplaczu jest dostatecznie ogrzany i dopiero teraz wkrapla się go do ucha. Rozczyn perhydrolu chory dopóty zostawia w uchu, dopóki się tlen uwalnia, czyli dopóki płyn w uchu syczy. Następnie wylewa się płyn z ucha, ucho się osusza i zakłada watę.

Mówiąc nawiasowo o leczniczej wartości dwutlenku wodoru nietylko w ostrych, ale i w przewlekłych ropieniach ucha środkowego, wspomnieć chcę o wartości jego działania mechanicznego w przypadkach ciała obcego w uchu. W jednym moim przypadku w przewodzie usznym utkwiła pestka z chleba świętojańskiego; poprzednie nieumiejętne usiłowania wydobycia jej z ucha, ze-

pchały pestkę tak głęboko, iż zastałem już obfite ropienie z ucha, a ciało obce w jamie bębenkowej. Mimo uśpienia nie udało mi się wydobyć całej pestki, a raczej po pewnym czasie nie ustające ropienie z ucha, kazało się domyślać mimo przedmiotowo ujemnego wyniku badania, jeszcze resztki pestki w uchu. Zastosowałem 3% rozczyn perhydrolu, a gdy i ropienie i cuchnienie z ucha nie bardzo się zmniejszały, zaleciłem perhydrol w zgęszczeniu 6%. Po upływie pewnego czasu zauważyłem sporą resztkę pestki w przewodzie zewnętrznym, którą z łatwością wyjąłem szczypczykami. Wysunięcie się tej resztki na zewnątrz przypisać mogłem tylko mechanicznemu działaniu leku przy uwalnianiu się tlenu, nie byłem jednak spostrzeżenia mego pewny. Przy nadarzonej sposobności, gdzie znowu pestka z chleba świętojańskiego leżała bardzo głęboko w przewodzie zewnętrznym, uszkodzonym zresztą przez nieudałe wydobywanie jej, zaleciłem (ponieważ i tak było wskazanem przeczekanie), znowu krople z perhydrolu i zauważyłem już po kilku dniach wypchanie pestki ku zewnątrz tak, iż udało mi się ją wydobyć przez wystrzykanie. Z zadowoleniem przeczytałem spostrzeżenie Henryka Halásza p. t. »Ueber einen Fall von mittelst Wasserstoffsuperoxyd aus dem Ohre herausgetriebenen Fremdkörper« (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 61, S. 112), gdzie autorowi temu udało się w przypadku grochu, siedzącego mocno w przewodzie zewnętrznym, po nieudałych kilkudniowych usiłowaniach wystrzykania ciała obcego, wypchać go z ucha przez zapuszczenie 10% rozczynu dwutlenku wodoru.

Nie wiem, czy prócz mnie i Halásza próbował jeszcze kto inny zastosowania dwutlenku wodoru przy ciele obcem w uchu; w każdym razie tam, gdzie wydobyć ciała obcego nie możemy najpewniejszym zresztą sposobem, to znaczy przez wystrzykanie, a gdzie i inne sposoby są czy to przeciwwskazane, czy bezskuteczne, spróbować należy rozczynu perhydrolu i to co najmniej 6 aż do 10%, licząc na mechaniczne działanie dwutlenku wodoru. Obok wpływu mechanicznego, nie bez znaczenia będzie tu działanie przeciwgnilne dwutlenku wodoru, a tem samem działanie przeciw zapaleniu, do którego ciało obce w uchu usposabia. Kto wie więc, czy nie byłoby właściwem w przypadkach, w których brak pomocy umiejętnej, zwłaszcza, gdy przy ciele obcem zawodzi wystrzykanie, (co zresztą trzeba też umieć), bezwzględnie nie usiłować wydobywania ciała obcego łyżeczką uszną, haczykiem lub szczypczykami, ale uciec się wpierw do dwutlenku wodoru, poczem ciało obce może wyjść samo z ucha, albo tak się na zewnątrz wysunąć, że z łatwością da się wypłukać lub wydobyć. Specyalista niech rozstrzyga sam, jak ma sobie w danym przypadku postąpić, ale w innych razach, trzymając się zasady: *primum non nocere*, spróbować należy dwutlenku wodoru, skierowując w razie potrzeby chorego do lekarza specyalisty; a wiem z doświadczenia, iż zawsze bez trudności udało mi się usunąć ciało obce tam, gdzie nie usiłowano go wprzód wydobyć, wpychając je przez to coraz głębiej. Wyćwiczenie się w używaniu reflektora, ułatwiłoby bardzo zabiegi w uchu lekarzom nie specyalistom.

Oceny i sprawozdania.

Fizyologia i patologia nadnercza.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Stanisław Welecki,

demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

(Ciąg dalszy).

Spostrzeżenia tych autorów oświetliły poglądy Poehla i Tarchanowa, którzy adrenalinie przypisują w ustroju rolę katalizatora.

Kataliza, według Ostwalda, polega na przyspieszeniu odczynu chemicznego, powoli przebiegającego, przez obecność ciała obcego, w skład samego odczynu nie wchodzącego i nie ulegającego żadnej przemianie podczas tego odczynu. Własnością katalizy jest nietylko przyspieszenie, lecz i wywołanie pewnych odczynów. Podczas takiego przyspieszenia, czy wywołania odczynu jest wywołany skutek prawie zupełnie niezależny od ilości katalizatora. Tak n. p. małe ilości inwertazy zdołają inwertować do 200.000 razy większe ilości cukru. Te katalizatory nazwał Ostwald dodatnimi. Inne, t. zw. ujemne katalizatory zmniejszają szybkość przebiegu odczynu.

Adrenalinę, której własność absorbowania tlenu poza ustrojem zauważyli Cybulski i inni, uważa Poehl za katalizator dodatni wobec spraw redukcyi w ustroju w przeciwieństwie do otrzymywanej przez niego sperminy, która ma być katalizatorem dodatnim wobec spraw oksydacyi.

W ostatnich czasach pojawiły się też prace nad substancyą korową nadnercza. Salvioli i Pezzolini zauważyli, że wyciąg substancyi korowej ma inne działanie fizyologiczne, niż wyciąg rdzennej. Oba wprawdzie podnoszą ciśnienie, wyciąg z substancyi rdzennej czyni to jednak o wiele silniej, wybitniej i na dłuższy czas. Wyciąg z substancyi rdzennej zwalnia i wzmacnia czynność serca, wyciąg zaś z substancyi korowej przyspiesza ją i osłabia, a na rytm oddychania całkiem nie wpływa. Dalej Bernard i Bigart zauważyli, że istota korowa wytwarza lecytynę i barwik. Podczas tworzenia lecytyny powstają w komórkach krople podobne do tłuszczu, przyczem sprawa ta zdaje się posuwać od obwodu ku środkowi. Podczas tworzenia barwika powstają w komórkach wakuole, wypełniające się potem cieczą, i to naprzód w środkowych częściach komórki, dopiero potem zjawia się barwik na granicy części komórki zwakuolizowanej. Substancya korowa wydziela też adrenalinę, jednak w znacznie mniejszych ilościach (Abelais, Soulié).

To krótkie zestawienie wiadomości o znaczeniu nadnercza dla ustroju prawidłowego już wskazuje, że narząd ten wywiera wpływ na wszystkie ważniejsze narządy ustroju. W wybitniejszym o wiele stopniu wskazuje dotychczasowe badanie nadnercza podczas różnych spraw chorobowych, które ustrój przebywa, że jest ono narządem, oddziaływającym na bardzo wiele takich spraw, a z drugiej strony, że zmiany w nadnerczu nie pozostają bez poważnego wpływu na inne narządy.

Już w roku 1885 zauważył lekarz angielski Addison zbiór objawów, polegający na znamiennem ciemnem zabarwieniu skóry, zaburzeniach w czynności żołądka i jelit, osłabieniu i łatwem nużeniu się mięśni wraz z uderzającym brakiem energii i apatyą. Tętno przytem było zwolnione i osłabione. Znamienne zabarwienie skóry (*melanodermia*) występowało najwybitniej na miejscach jej wystawionych na światło i na błonach śluzowych, nie zajmując dłoni, podeszew i paznokci. Jest ono skutkiem gromadzenia się barwika w głębszych warstwach sieci Malphigiego i w wyższych warstwach skóry właściwej (*corium*). Ten zbiór objawów nazwano chorobą Addisona. Nowsze badania i statystyki wskazują, że w 88 prc. (Lewin) przypadków tej choroby znajduje się zmiany anatomiczne w nadnerczu. O ile zmian anatomicznych niema, przypuszczają niektórzy autorowie zmiany czynnościowe nadnerczy.

Jako najczęstszą zmianę nadnerczy spotykano przy chorobie Addisona przewlekłą, do zserowacenia wiodącą gruźlicę. Nadnercza są wtedy zwykle powiększone i z otoczeniem, najczęściej ze splotem trzewnym, pozrastane. Rzadziej spotykano w nadnerczach w tych przypadkach nowotwory złośliwe, czasem zmiany kiłowe, ostre zapalenia krwotoczne lub zwykły zanik. Często zdarzają się równocześnie zmiany w układzie współczulnym w jamie brzusznej, szczególnie w zwoju trzewnym i w nerwach trzewnych. Przypuszczenie, że zmiany w nadnerczu i objawy, występujące przy chorobie Addisona, stoją ze sobą w związku, potwierdziły późniejsze badania zwierząt z wyciętemi nadnerczami. U zwierząt tych spostrzegano zawsze analogiczne ogólne objawy takie, jakie znajdujemy przy chorobie Addisona i to co do tętna, narządu oddechowego, pokarmowego i ruchowego. Nigdy tylko u tych zwierząt nie zauważono gromadzenia się barwika w skórze.

Również zauważono zmiany anatomiczne w nadnerczu przy przewlekłych zatruciach. Langlois i Charrin wywołali je doświadczalnie przez 6—8-tygodniowe wstrzykiwanie jadu prątka ropy błękitnej i prątków błoniczych w odstępach 4—6-dniowych. Nadnercza, wyjęte potem, były znacznie przerosłe. Przerost ten uważają ci autorowie za czynnościowy, powstały wskutek zobojętnienia tych jadów w nadnerczu. Ehrmann zauważył zmiany w zabarwieniu nadnercza przy zatruwaniu jadem błoniczym; staje się ono ciemno-czerwonem, czasem nawet sinem, przytem ilość wydzieliny się zwiększa. Panella w ostatnich latach spostrzegł, że substancya czynna nadnercza, wprowadzona do ustroju równocześnie z kurarą, znacznie obniża działanie trujące kurary, że nawet kilka razy większe od zwyczajnej trującej dawki kurary można wprowadzić wraz z adrenaliną bez wywołania objawów zatrucia. Zobojętnianie to wprowadzonych do ustroju trucizn ma następować wskutek działania dyastatycznego, które na nie wywiera według jednych wydzielina nadnercza, według innych sama protoplazma komórek nadnercza.

Doświadczenia, przy których wprowadzono odrazu wielkie ilości nadnerczyny do ustroju, dowiodły, że w ustroju zwierzęcia pod wpływem takich dawek powstają głębokie zmiany, a wyrazem ich są: cukrzyca i zmiany w tętnicach.

Cukromocz, który zauważył po wstrzyknięciu adrenaliny naprzód Blum, idzie zawsze w parze z hyperglikemią (Baron). Metzger stwierdził, że ilość cukru we krwi, wynosząca prawidłowo 0·1 prc., wzrasta przy wstrzykiwaniu przetworów nadnercza do 0·6 prc., a po wyjęciu nerek przekracza nawet 1 prc. Teorye, tłómaczące powstanie cukrzycy adrenalinowej, można ująć w dwie grupy. Blum, Velich, Ehrmann i t. d. twierdzą, że przyczyną cukrzycy są wtedy zmiany, zachodzące w wątrobie; inni, jak Haerter, Wackermann i t. d. upatrują przyczyny powstania cukrzycy w trzustce. Ehrmann starał się rozstrzygnąć tę sprawę doświadczeniami na żabach. U żab występuje po usunięciu trzustki również cukrzyca, ale dopiero w 2—3 dni. Po wstrzyknięciu przetworów nadnercza występuje u dobrze odżywionych żab także cukier w moczu, i to cukier gronowy. Jeżeli wyciąć trzustkę i wstrzyknąć adrenalinę, to już w 5 godzin pojawia się cukromocz. Z tego wnosi Ehrmann, że przypuszczenie Haertera i Wackermana, jakoby adrenalina osłabiała działanie enzymu trzustki, przeszkadzającego w prawidłowych warunkach przechodzeniu glikogenu wątrobowego w większych ilościach w cukier, jest niesłuszne, ponieważ, gdyby tak było, to usunięcie trzustki z ustroju, a z nią tegoż enzymu, powinnoby mieć o wiele wybitniejszy wpływ na powstanie cukromoczu, niż wstrzykiwanie adrenaliny. Adrenalina zaś i przy braku trzustki wywołuje rychło cukromocz, po usunięciu jednak wątroby cukromoczu wywołać nie można. Na tej podstawie uważa Ehrmann za przyczynę zwiększenia się ilości cukru we krwi i cukromoczu zmiany czynnościowe w wątrobie, polegające na przyspieszeniu przez substancyę czynną nadnercza przemiany glikogenu w cukier (kataliza dodatnia). Jeżeli się dobrze odżywionym żabom przez dłuższy czas wstrzykuje adrenalinę, to po pewnym czasie wyczerpuje się zapas glikogenu i cukromocz znika, powraca jednak mniej więcej po 14 dniach, jeśli wstrzykiwania ponowimy. Agadschanianz zauważył podczas tego znikanie iglikogenu nietylko z wątroby, ale i z mięśni. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Sternberg. **Zakres operacyi ambulatoryjnych.** (*Mediz. Klinik* 1908. Nr 24). Zakres operacyi ambulatoryjnych jest bardzo wielki, a rozległość jego zależy nietylko od przyrody cierpienia, ale i od indywidualności chorego, lekarza i innych ważnych czynników, które właśnie S. porusza. Należą do nich przedewszystkiem możność spokojnego leżenia w domu i odpowiednia troskliwa opieka. Lekarz, chcąc przystąpić do ambulatoryjnej operacyi większej, powinien się z góry o tem wszystkiem dokładnie dowiedzieć. Ważną rolę odgrywa tu też transport chorego po operacyi. U dzieci małych, które po operacyi mogą być niesione na rękach, można podejmować się ambulatoryjnie i większych nawet zabiegów. Rozumie się, że należy zawsze otoczenie chorego odpowiednio pouczyć o możliwych powikłaniach i upewnić się co do wezwania lekarza do domu w razie jakiegoś niebezpieczeństwa. Przy operacyach ambulatoryjnych postępować trzeba nieraz zupełnie inaczej, jak przy operacyach w klinice. Dotyczy to zwłaszcza przygotowywania chorych, którzy zwykle wielką czystością się nie odznaczają, a np. nie mogą w domu się wykąpać. Z tego powodu S. robi na miejscu operacyi przez kilka dni okłady z 1 prc. alsolu, a dzień przed operacyą okład ze spirytusu mydlanego z gliceryną. Operować należy tylko w znieczuleniu miejscowem, lub co najwyżej w oszołomieniu eterowem. Znieczulenie lędźwiowe nie nadaje się do operacyi ambulatoryjnych. Krwotok przy operacyi należy tamować bardzo sumiennie i zakładać zawsze duże opatrunki, a na wierzch twardą opaskę. *K*

Peiser. **Leczenie mięsaka.** (*Tow. lek. wrocław.* 14. II. 1908). Wyniki chirurgicznego leczenia nowotworów złośliwych pozostawiają wiele do życzenia, dlatego też lecznictwo szuka ciągle innych środków. Znikanie mięsaków po przebyciu róży zachęciło Coleya do prób leczenia mięsaków wstrzykiwaniami paciorkowców z osłabionemi toksynami prątka krwawego. Niedawno doniósł Coley o korzystnych wynikach (10-letnie spostrzeganie). Zachęcony tem zastosował P. to leczenie obok naświetlań promieniami Röntgena w przypadku mięsaka na plecach, wielkości pięści (chory na operacyę zgodzić się nie chciał). Z 36-godzinnej wyjałowionej hodowli prątka krwawego sporządził P. zawiesinę soli kuchennej i dodawszy do tego 5 kropli bulionu z żywymi paciorkowcami, wstrzyknął podskórnie w brzeg guza. Po 9 wstrzykiwaniach guz w przeciągu kilku tygodni znikł zupełnie. W drugim przypadku mięsaka gardła, zamiast paciorkowców, z obawy zakażenia mieszanego dołączył P. do wstrzykiwania toksyn naświetlanie promieniami Röntgena; nowotwór zmniejsza się stale, obecnie tylko na nieco powiększonym migdałku widać jeszcze tkankę nowotworową. P. sądzi, że łączenie obu sposobów leczenia okaże się korzystne w wielu dotąd »nieuleczalnych« postaciach mięsaka. Odczyn ustroju mimo zwiększania dawek jest przytem bardzo niewielki. *K.*

Wells. **Doroczne epidemie tężca w Stanach Zjednoczonych.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 23). Dnia 4-go czerwca obchodzi się co roku w Stanach Zjedooczonych wielkie święto narodowe, rocznicę ogłoszenia niezależności. W dniu tym spala się wielką liczbę ogni sztucznych i strzela ślepymi nabojami, przyczem prawie zawsze około 5000 osób ulega zranieniu, a z tych przeszło 400 zapada potem na tężec. Dzienniki lekarskie zwróciły uwagę na te sztuczne epidemie i obecnie publiczność wie już o tem i w razie zranienia zgłasza się zaraz do lekarzy, celem energicznego leczenia, t. j. oczyszczenia rany i zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy przeciwtężcowej. Wyniki też są już znacznie lepsze, bo mimo to, że liczba uszkodzeń wzrasta z roku na rok, liczba przypadków tężca zmniejsza się stale. Tężec ten przebiega groźnie i obecnie jeszcze śmiertelność wynosi 50—75 prc. Zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy oddają bardzo dobre usługi. Również śródrdzeniowe wstrzykiwania siarkanu magnowego mają, zdaje się, wielką wartość leczniczą. *K.*

Frangenheim. **Działanie przekrwienia zastoinowego w doświadczeniu na zwierzęciu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 24). Praca F. jest bardzo ważnym dowodem przeciw stosowaniu zastoiny przy sprawach ropnych nie otwartych. F. wywoływał na królikach zapomocą paciorkowców i gronkowców ropienia, a potem stosował zastoinę. Jeżeli zdrowemu królikowi wstrzyknie się do żyły usznej małą nawet ilość ziarenkowców ropnych, a potem zaraz, lub też w pewien czas założy się gdzieś na ciele ssawkę, to w tem miejscu utworzy się zaraz ropień. Podobnie tworzy się ropień, jeżeli przez kilka dni najpierw zakłada się w jednem miejscu ssawkę, a potem dopiero wstrzykuje w odległe miejsce drobnoustroje do żyły. Czasem ropień ten tworzy się, choć ssawkę przyłożyło się tylko raz na $^3/_4$ godziny (5 minut ssanie, potem przerwa 3 minuty). Dowodzi to, że ssanie wywołuje w tkankach zmiany, usposabiające do ropienia. Jeżeli wytworzy się u królika sztucznie dwa ropnie i jeden z nich zostawi się jego losowi, a na drugi założy się ssawkę, to ten drugi ropień powiększa się stale, natomiast pierwszy rychło zaczyna się zmniejszać (u królików ropnie mają wielką skłonność do samoistnego wessania, o ile nie są bardzo rozległe). Także i ropa w obu ropniach wygląda różnie. W ropniach ssanych jest ona rzadsza, żółtawa i zawiera bardzo długo drobnoustroje, w nie ssanych zaś jest gęsta, lepka, biaława i bardzo rychło staje się jałową. Około ropni ssanych tworzą się nacieki, złożone z komórek łącznotkankowych, trwające długi czas. Podobnie niekorzystnie działa również w nieotwartych sprawach ropnych zastoina, wywołana zapomocą opaski. Nigdy nie udało się F. wstrzymać ropienia, ani wogóle zakażenia, przy zapobiegawczem stosowaniu opaski. Wywoływał on sztuczne zapalenie szpiku kostnego (przez przewiercenie kości i następowe zakażenie szpiku). Po tej stronie, gdzie stosowano opaskę, występowało o wiele silniejsze i rozleglejsze ropienie, następowo tworzyły się znacznie większe martwaki, nieraz ropienie przebijało się do sąsiednich stawów i szerzyło się wśród części miękkich. Podobnie przy ropieniu stawów wywoływała zastoina jedynie pogorszenie sprawy chorobowej. Również przy ropieniu jałowem, wywołanem olejkiem terpentynowym, zastoina pogarszała tylko przebieg sprawy i zwiększała ropienie. Zastoina nie działa wcale bakteryobójczo i przy zamkniętem ognisku ropnem poprostu pogorsza przebieg, a żadnego powstrzymującego działania na zakażenie nie wywiera. Przy ropieniach otwartych wchodzi już więcej w rachubę działanie mechaniczne, więc przy ssawkach wysysanie ropy, a przy opasce nasiąknięcie tkanki wysiękiem. *K.*

Hesse. **Wole i jego leczenie.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 23). O ile wogóle o czynności danego narządu chorego sądzimy z porównania z czynnością narządu zdrowego, o tyle przy gruczole tarczowym o czynności narządu zdrowego

przekonaliśmy się dopiero przez porównanie z czynnością tegoż gruczołu w chorobie. Dowiedzieliśmy się przez to, że gruczoł tarczowy wywiera wpływ na wzrost kości, na skórę i jej czynność, na serce, na wymianę materyi, na ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy, a wreszcie na czynność gruczołów płciowych. Czy jod, zawarty w gruczole, działa jako odtrutka, czy inaczej, tego jeszcze nie wiemy. Wskutek czego powstaje wole, także dotąd nie wyjaśniono. W wielu okolicach górskich woda do picia zawiera znacznie mniej jodu, ale nie jest to regułą. Wole jest zwykle chorobą dziedziczną i występuje częściej u kobiet. Wole sprawia dolegliwości nie tyle z powodu swych rozmiarów, ile wskutek szczególnego usadowienia. Nieraz wole bardzo małe uciska bardzo tchawicę, dlatego też powinno się chorych badać zawsze śródkrtaniowo wziernikiem. Wole prócz tchawicy i przełyku uciska nieraz nerw współczulny, rzadko nerw błędny, zwykle zwrotny. Nadto wywołuje wole pewne objawy ze strony serca i objawy zastoju na szyi i głowie. H. operuje wole tylko w razie zmian w tchawicy i sercu. Jod działa przy wolu nieraz bardzo dobrze, ale przez wytwarzanie zrostów utrudnia następową operacyę, nie należy też stosować go za długo. Gdy jod ma wogóle pomódz, skutek okaże się bardzo szybko. Przy usuwaniu gruczołu zostawić należy przynajmniej $^1/_4$. W razie następowych objawów braku gruczołu po operacyi podać należy zaraz przetwory gruczołu tarczowego. Prawie zawsze operować można wole w znieczuleniu miejscowem, przez co unika się z jednej strony niemiłych powikłań przy operacyi samej, a z drugiej pooperacyjnych powikłań płucnych. W razie wielkiej duszności i poważnych zmian w sercu, nie należy już podejmować operacyi, podobnie w daleko posuniętych przypadkach choroby Basedowa. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

H. Wasenius. **Badania doświadczalne nad skurczami macicy przy porodzie, jakoteż o wpływie na nie eteru i morfiny.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt III.). Pierwsza część pracy obejmuje głównie badania W. nad fizyologią skurczów macicy podczas porodu w ogólności. Część II. zawiera doświadczenia nad wpływem eteru i morfiny na te skurcze. Badania nad wpływem eteru przeprowadzono w 2 kierunkach, przy uśpieniu częściowem, przez które zmniejszano tylko uczucie bolu i przy uśpieniu mniej więcej zupełnem ze zniesieniem odruchów. Wyniki były następujące: uśpienie eterowe częściowe czy zupełne nie wywiera żadnego wpływu na ciśnienie śródmaciczne; częściowe w przeciwieństwie do głębokiego nie przedłuża przerw między bolami; oba zmniejszają uczucie bolu, gdy jednak uśpienie częściowe nie skraca czasu trwania bolu i nie wpływa na siłę skurczu, to głębokie ból skraca i siłę skurczu osłabia. Podobnie i działanie tłoczni brzusznej zostaje pod wpływem uśpienia częściowego osłabione, pod wpływem głębokiego zaś porażone. W 20 minut po ustaniu uśpienia odzyskują bole pierwotną swą siłę. — Morfina, wstrzyknięta podskórnie w dawce 0,015 gr., w początku okresu otwierania się macicy, przewleka poród, przedłuża przerwy między bolami, skraca trwanie bolów i obniża ciśnienie. To porażające działanie morfiny występuje już z końcem pierwszej $^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu i trwa $3^1/_2$ godziny. Wstrzyknięta natomiast w dawce 0,015—0,02 z końcem okresu otwierania się macicy i podczas okresu wydalania płodu, nie ma morfina zdaje się żadnego, albo tylko bardzo mały wpływ na poród, przez zmniejszenie uczucia bolu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Doc. Kehrer. **Wpływ żółci na ruchy macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt III.). Stosunkowo często spostrzegane porody przedwczesne w przebiegu żółtaczki u ciężarnych, skłoniły autora do badań doświadczalnych nad wpływem żółci i jej składników na mięśnie gładkie wewnętrznych narządów rodnych u kobiety, w szczególności na macicę. Doświadczenia te wykonywał K. na wyjętej i przy życiu utrzymywanej macicy kota, a wyniki stwierdzał później i na zwierzętach. 1—5 ctm. świeżej żółci dopiero co zabitych zwierząt dodawał do ciepłego płynu Ringera, w którym właśnie macicę utrzymywał przy życiu, i przekonał się, że istotnie pod wpływem żółci z tego samego czy obcego zwierzęcia, (psa, wołu) automatyczne skurcze macicy znacznie się zwiększały. Badając dalej wpływ poszczególnych składników żółci przekonał się K., że tym składnikiem, który skurcze macicy podnieca, jest kwas cholowy, względnie jego sól sodowa. Te same wyniki dały doświadczenia na zwierzętach żywych. Przytem zauważył K., że zaraz po wśródżylnem wstrzyknięciu rozczynu soli sodowej kwasu glyko-, tauro-, lub czystego cholowego, ciśnienie krwi obniżało się i znów już po kilku minutach wracało do pierwotnego poziomu; silniejsze i częstsze skurcze macicy występowały niezależnie od zmian w ciśnieniu krwi. Wyniki te tłómaczą, zdaniem autora, dostatecznie występowanie porodów przedwczesnych w przebiegu żółtaczki u ciężarnych. *Dr E. Ehrenpreis.*

Doc. Kehrer. **Badania doświadczalne nad działaniem przetworów sporyszowych.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt III.). Różne są zdania autorów co do działania sporyszu na macicę, a przyczynę tych sprzeczności stanowi to, że w sporyszu znajdują się różne, trudno wydzielić się dające, a na mięsień macicy działające składniki o niejasnym wzajemnym stosunku. Nadto sporysz jest różny w różnych krajach, latach i żniwach i zawiera rozmaite ilości właśnie tych alkaloidów, które się uważa za głównie działające: w końcu większość składników sporyszu bardzo łatwo się rozkłada tak, że ich przy wyciąganiu często otrzymać nie można. K. badał działanie 26 różnych przetworów sporyszowych, pochodzących z różnych fabryk, i otrzymał następujące wyniki: wszystkie podniecają wybitnie automatyczne skurcze macicy, utrzymywanej przy życiu w ciepłym alkalicznym płynie Ringera, a niektóre z nich, jak ergotyna Wernich, Bonjean, Denzel i secakornina Roche wywołują nawet tężec i przez to zyskują szczególną wartość praktyczną przy leczeniu krwotoków macicznych. Z przetworów proszkowych działają kwas sklerotynowy, ergotynina, kornutyna i spasmotyna dość silnie drażniąco, mniej jednak, aniżeli odpowiednie dawki większości czystych przetworów sporyszowych. Klavina i kwas ergotynowy nie działają zupełnie. Do oznaczenia wartości przetworów sporyszowych, rozpuszczalnych we wodzie nadaje się najlepiej macica kota, a także psa, królika i świnki morskiej, które oddziałują na sporysz równie silnie, jak macica ludzka. Przy sprawach zapalnych lub zwyrodnieniu mięśnia, lub wreszcie tam, gdzie tkankę mięsną zastępuje częściowo tkanka łączna, potrzeba o wiele wyższych dawek do osiągnięcia skutku. Dla oznaczenia wartości przetworów sporyszowych należy je stosować w miejscu narządów ruchowych mięśnia macicy. Żadną metodą badania nie można na pewne rozstrzygnąć pytania, czy działanie odbywa się na drodze nerwowej, czy mięśniowej. Badania na macicy zwierząt żyjących zgadzają się zupełnie z wynikami powyższymi, dla wywołania jednak tężca macicy u zwierzęcia żywego potrzeba o wiele większych dawek. Wzmocnienie skurczów macicy i zwężenie tętnic po zastosowaniu sporyszu występują zupełnie niezależnie od siebie. Przy śródżylnem wstrzyknięciu przetworów sporyszowych występuje najprzód przejściowe zmniejszenie się ciśnienia krwi, poczem już po kilku minutach podnosi się ono ponad pierwotny poziom. Znamienne dla sporyszu podniesienie się ciśnienia krwi powstaje w następstwie bezpośredniego podrażnienia ścian naczyń obwodowych. Z przetworów sporyszowych tylko spasmotyna (Jacoby) i ergotynina (Tauret), wstrzyknięte wśródżylnie, nieznacznie podnoszą ciśnienie krwi bez poprzedniego obniżenia. *Dr E. Ehrenpreis.*

Doc. Labhardt. **Wydobycie płodu według Deventer-Müllera.** (*Arch. f. Gyn.* t. 84, z. III.). Zasadą metody, podanej przez Deventera w r. 1701, a obecnie wznowionej przez Müllera, jest (przy położeniach miednicowych) ramion płodu osobno nie uwalniać, ale cały płód odpowiednio wydobywać aż do samorodnego wypadnięcia rączek. W tym celu należy płód silnie obniżyć i pociągać wprost ku dołowi aż do urodzenia się przedniej łopatki, następnie zaś podnosić go silnie ku górze aż do urodzenia się tylnej łopatki. Jeżeli rączki płodu leżą prawidłowo, t. zn. są skrzyżowane na piersiach lub przed twarzyczką, wówczas najczęściej wypadają one same zaraz po urodzeniu się łopatek, albo też zwisają tylko przedramieniem lub samą rączką na pierścieniu sromowym, tak że je z łatwością wydobyć można. W powyższy sposób udaje się również z łatwością wydobyć łopatki i rączki, choćby nawet przy prawidłowej miednicy ramiona płodu były wyciągnięte ku górze i leżały obok główki lub poza nią, a Müller sądzi, że stan ten jest nawet korzystny, o ile przez wyciągnięcie ramion ku górze, zbliżają się wewnętrzne końce obojczyków ku sobie i tem samem skraca się średnica pasa łopatkowego. Müller idzie jeszcze dalej i poleca powyższy sposób nawet przy miednicach ścieśnionych, choćby nawet przy tem wskutek silnego pociągania wystąpiło czasem złamanie obojczyka (*kleidorrhexis*), które wówczas przyczynia się do tem szybszego wyciągnięcia i uratowania płodu. Polecają przecież przecięcie obojczyka (*kleidotomia*) przy wielkich trudnościach w przebiegu wydobycia płodu. Na 118 zabiegów tym sposobem wydarzyły się Müllerowi 4 złamania obojczyka. Zalety tej metody są następujące: 1) Przez odpadnięcie aktu uwolnienia rączek, zaoszczędza się czas, przez co niewątpliwie przyczynić się można do obniżenia śmiertelności płodów przy położeniach miednicowych. L. zestawił wyniki 53 zabiegów sposobem Müllera z 53 zabiegami

dokonanymi z uwolnieniem ramion i stwierdził, że przy sposobie Müllera śmiertelność płodów zmniejszyła się o 5 prc. 2) Zabieg Müllera czyni zbytecznem głębokie wprowadzanie ręki do kanału rodnego; szczegół ten zyskuje tem większe znaczenie, ile że często konieczność udzielania nagłej pomocy przy położeniach miednicowych trafia nas nieprzygotowanych lub z niedostatecznie czystemi rękami. Obliczenia porównawcze stwierdziły istotnie zmniejszenie się chorobowości połogowej przy metodzie Müllera o 5 prc. 3) O wiele mniej naraża się kończyny górne i obojczyki płodu. Na 128 zabiegów bez uwolnienia rączek wydarzyło się tylko jedno złamanie ramienia i jedno obojczyka, przyczem zależały one więcej od innych czynników, aniżeli od samej metody. L. obliczył 13·2 prc. złamań przy zabiegach z uwolnieniem rączek, a tylko 1·6 prc. przy metodzie Müllera. 4) O wiele łatwiejsza i prostsza technika wykonania, tak, że w danym razie nawet położna może udzielić pomocy. 5) Zaletą metody Müllera jest także to, że jest ona najbardziej zbliżona do porodu samorodnego. I tak przy położeniach czaszkowych po urodzeniu się główki pociągamy ją naprzód ku dołowi, aby wydobyć przednią łopatkę, a potem ku górze, aby i tylna wystąpiła, jak właśnie przy metodzie Müllera. L. nie zgadza się jednak z postępowaniem Müllera przy wązkich miednicach, szczególnie jeżeli ramiona płodu leżą koło główki. Jeżeli bowiem już przejście samej główki napotyka czasem na nieprzezwyciężone trudności, to tem większe będą one, jeżeli główka ma przejść obok rączek, a forsowne pociąganie, polecane w tych przypadkach przez Müllera, łączy się z niebezpieczeństwem poważnych uszkodzeń dla matki i płodu. L. radzi więc w przypadkach wązkiej miednicy, gdy ramiona leżą prawidłowo, wyciągnąć płód sposobem Müllera; gdy to się nie udaje, przeszkoda z pewnością nie leży w szerokości pasa łopatkowego, lecz w niestosunku między miednicą, a główką, a wtedy i uwolnienie rączek nie pomoże. Jeżeli jednak ramiona płodu są podniesione, należy sposobu Müllera wprawdzie próbować, ale tylko przy użyciu zwykłej siły, a gdy to nie skutkuje, odrazu przystąpić do uwolnienia rączek. Na 138 przypadków zabieg Müllera nie udał się tylko 13 razy = 8·7 prc. Położenie miednicowe pierwotne zachodziło 85 razy, a następowe 40 razy; podział ten jest ważny, ponieważ rokowanie przy położeniach miednicowych następowych, a więc powstałych przez obrót płodu, zawsze jest gorsze dla matki i płodu. Na 85 więc pierwotnych położeń miednicowych otrzymano żywych płodów 78 = 90 prc.; sześć płodów urodziło się nieżywo = 8·2 prc. Złamania kończyn nie było ani jednego. Połóg przeszedł 72 razy bez gorączki = 84·5 prc., 8 położnic gorączkowało = 9·4 prc. — Na 40 położeń miednicowych następowych otrzymano żywych dzieci 31 = 77·5 prc., zginęło 9 = 22·5 prc., jednak tylko 4 w związku z zabiegiem. W połogu gorączkowało 5 położnic = 12·5 prc. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przeciw udarowi słonecznemu zastosował pułkownik Maude z bardzo dobrym skutkiem zobojętnienie chemicznego działania promieni słońca zapomocą noszenia w kapeluszu i pod surdutem podszewki żółto-czerwonej, która promienie te zatrzymuje. *K.*

W pewnych przypadkach gośćca przewlekłego poleca Claisse leczenie tyreoidynowe. Przerwać je należy, gdy liczba tętna przekracza 90. *K.*

Ubytek w czaszce pokrył Lotheisen u 2-letniego chłopca z dobrym skutkiem chrząstką, wziętą z 2. żebra. *K.*

Leczenia emanacyami radu próbował Strasser. Mianowicie podawał on do picia wodę emanowaną i stosował kąpiele w 30 przypadkach chorobowych, głównie w przypadkach podostrego i przewlekłego zapalenia stawów, rwy kulszowej, wiądu, rdzenia i t. p. Odczyn występuje zwykle 2—6. dnia i znika szybko. S. leczył w ten sposób chorych przez 10—60 dni. Na 8 przypadków rwy otrzymał w 5 zupełne wyleczenie. W 2 przypadkach wiądu rdzenia i jednym raka żołądka znikły pod wpływem leczenia bole; sprawy stawowe opierały się leczeniu. *K.*

W stwardnieniu tętnic poleca Robin miesienie ogólne w postaci głaskania, zwłaszcza u chorych leżących, by pobudzić krążenie obwodowe. Miejscowo miesienie stosuje się na brzuchu w razie zastoiny i nad sercem celem uspokojenia jego czynności. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie w d. 28. czerwca 1908 r.

(Protokół urzędowy).

Obecni: Prezes kol. Merunowicz Józef, członkowie Rady zawiadowczej koledzy Bylicki, Festenburg, Opolski, Kowalski Edmund, Stachiewicz i Świątkowski Stefan; delegaci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego kol. Wicherkiewicz i Dobrowolski, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego kol. Machek, Mahl Jakób, Rencki, Sieradzki, Skałkowski, Pisek, Ziembicki, Bednarski, Fels i Szpilman; delegat sekcyi czortkowskiej kol. Hirschler, jarosławskiej Fechter i Sawicki, jasielskiej Slączka, przemyskiej Kramarzyński, rzeszowskiej Witkowski, samborskiej Jarocki, sanockiej Jabłoński Jacek, stanisławowskiej Kubisztal, stryjskiej Serkowski, tarnobrzeskiej Loewy, tarnowskiej Obtułowicz i zakopiańskiej Eliasz-Radzikowski. Delegaci pozostałych sekcyi nadesłali usprawiedliwienia.

1) O godzinie 10·30 otwiera prezes Zgromadzenie, wita zebranych i odczytawszy listę zebranych, stwierdza statutem przewidziany komplet. Następnie poświęca gorące wspomnienie zmarłym w ciągu roku członkom, przyczem omawia działalność i zasługi śp. Józefa Rożańskiego, członka honorowego Towarzystwa. Pamięć zmarłych kolegów uczczono przez powstanie z miejsc.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia wybrano kol. Wicherkiewicza z Krakowa, jego zastępcą kol. Bylickiego.

3) Na życzenie większości odczytał sekretarz protokół z ostatniego Zgromadzenia, który przyjęto do wiadomości.

4) Następnie prezes kol. Merunowicz Józef zdaje sprawę z czynności Rady zawiadowczej za rok ubiegły. Stan Towarzystwa, zdaniem mowcy, nie jest zbyt świetny. Nie możemy przyjść naszym członkom z pomocą pieniężną w celach naukowych, wiele wdów i sierót po lekarzach, potrzebujących pomocy, nie otrzymuje jej z powodu braku funduszów. Złe leży w tem, że zaledwie połowa lekarzy galicyjskich skupia się w naszem Towarzystwie; należy zatem dążyć do połączenia wszystkich istniejących towarzystw lekarskich w myśl wniosku sekcyi brzeżańskiej, aby nie rozpraszać sił i energii. — Do sprawozdania zabierają głos kol. Sieradzki i Szpilman. Pierwszy z nich oświadcza się, aby zmienić sposób przedstawienia rachunkowego funduszów Towarzystwa, aby każdy niewtajemniczony w buchalteryę mógł ocenić, który z funduszów jest czynny i jakimi środkami Towarzystwo rozporządza, drugi, aby nie podawać w drukowanem sprawozdaniu nazwisk pensyonistek. — Prezes wyjaśnia, że zmiana buchalteryi na kupiecką nastąpiła wskutek uchwały Walnego Zgromadzenia, wskutek tego także drukuje się od 2 lat nazwiska pensyonistek. — Kol. Pisek wnosi, aby na przyszłość nazwisk wdów i sierót, pobierających pensye lub zasiłki, nie drukować w sprawozdaniu, ale odczytywać ich listę na Walnem Zgromadzeniu. — Po dyskusyi, w której zabierali głos kol. Rencki, Mikołajski, Sawicki, Stachiewicz i prezes, uchwalono pozostać przy dawnej uchwale, t. j. wymieniać w sprawozdaniu nazwiska pensyonistek bez wysokości pobieranej płacy, natomiast nie wyszczególniać tych wdów i sierót, które otrzymały zapomogi jednorazowe.

Kol. Pisek zapytuje, jak stoi sprawa zjednoczenia towarzystw lekarskich i dlaczego w myśl zeszłorocznego wniosku kol. Hirschlera porządek dzienny nie obejmuje wniosków sekcyi w dosłownem ich brzmieniu. — W odpowiedzi zaznacza prezes, że Rada zawiadowcza odnosi się sympatycznie do myśli zjednoczenia towarzystw, a że dotychczas nie osiągnęła rezultatów, nie jej to wina. Towarzystwo lekarzy galicyjskich rozporządza znacznym majątkiem i chociażby z tego tytułu ma prawo żądać, aby jego tendencye i półwiekowa działalność nie pozostały w cieniu, sprawę tę jednak ma ciągle na oku, o czem prezes miał już sposobność zapewnić Zgromadzenie w swojem poprzedniem przemówieniu. Co do drugiego zapytania kol. Piseka wyjaśnia prezes, że Rada zawiadowcza nie otrzymała wniosków sekcyi we właściwym terminie i dlatego nie objęła ich porządkiem dziennym. — Na zapytanie kol. Obtułowicza, w jakiem stadyum znajduje się sprawa budowy Domu lekarskiego we Lwowie, odpowiada prezes, że stosunki budowlane i kredytowe nie są jeszcze do tego stopnia pomyślne, iżby można angażować kapitały Towarzystwa, wogóle jednak projekt ten ma tylu zwolenników w łonie Towarzystwa, że prędzej, czy później trzeba bę-

dzie przystąpić do jego urzeczywistnienia. — Poczem na wniosek kol. Sieradzkiego przyjęto do wiadomości sprawozdanie Rady zawiadowczej.

5) Imieniem komisyi rewizyjnej, do której wchodzili kol. Jabłoński, Hirschler i Kramarzyński, wnosi kol. Jabłoński o udzielenie Radzie zawiadowczej absolutoryum z prowadzenia rachunków i kasy. — Kol. Rencki wyraża zapatrywanie, że członkowie sekcyi zamiejscowych tracą za wiele trudu i czasu na prowadzenie skontrum, dlatego też należałoby te czynności poruczać zawsze sekcyi lwowskiej, której delegaci, mieszkając we Lwowie, mogą je spełniać bez znaczniejszych ofiar ze swojej strony. — Kol. prezes sądzi, że wniosek ten będzie odpowiedni przy wyborze komisyi kontrolującej, zdaje się jednak, że należałoby pozostawić kontrolę sekcyom zamiejscowym, gdyż i tak cały zarząd majątkiem Towarzystwa spoczywa w rękach lekarzy lwowskich. — Kol. Rencki cofa swój wniosek. — Kol. Pisek żąda na przyszłość sprawozdania kasowego bardziej przejrzystego. — Kol. prezes nie jest także zadowolony z buchalteryi kupieckiej, którą przed 2 laty zaprowadzono na wniosek kol. Lechowskiego; radził się nawet w tym względzie prof. Akademii handlowej p. Pawłowskiego i innych i ma nadzieję, że korzystając z ich światłych wskazówek, zdoła zastosować i ten sposób buchalteryi do potrzeb Towarzystwa. — Poczem jednomyślnie uchwalono udzielić Radzie zawiadowczej absolutoryum z rachunków i podziękować komisyi rewizyjnej za poniesione trudy.

6) Kol. prezes przedstawia imieniem Rady zawiadowczej następujący wniosek: »Walne Zgromadzenie uchwala zmienić statut Towarzystwa w tym kierunku, iżby na przyszłość także i pełnoletnie sieroty miały prawo korzystać z funduszów Towarzystwa, skoro się okaże, iż są zupełnie niezdolne do pracy zarobkowej«. Wniosek ten nie jest jeszcze należycie przygotowany, gdyż nie przeszedł statutem przewidzianych kolei; do przyspieszenia jednak sprawy dało powód właśnie w ostatnim czasie kilka ubolewania godnych sytuacyi, w których Rada zawiadowcza, skrępowana brakiem takiego ustępu w statucie, nie mogła przyjść z doraźną pomocą cierpiącym niedostatek. Jeżeli państwo niezdolnym do pracy a pełnoletnim sierotom udziela zaopatrzenia, godziwą jest rzeczą, aby i Towarzystwo stosownie do swego powołania zajęło się również losem takich sierót po swoich członkach. — Kol. Obtułowicz ptzemawia za wnioskiem referenta, toż samo kol. Pisek, z tem jednak zastrzeżeniem, aby zaopatrzenie nie było dożywotnie. — Kol. Sieradzki żąda, aby od petentów wymagać stwierdzenia niezdolności do pracy przez dwóch członków Towarzystwa. — Kol. Mikołajski i Sawicki wnoszą, aby prawo nadawania tak pensyi, jak i zasiłków miało w takich wypadkach Walne Zgromadzenie, a nie Rada zawiadowcza. — Kol. Skałkowski zgadza się z wnioskiem przedmowców. — Kol. Rencki nie radzi ograniczać w tym względzie postępowania Rady zawiadowczej, inaczej straciłoby się możność udzielania doraźnych zapomóg, o których doniosłości w chwilach nieszczęścia lub nędzy nie należy zapominać. — Przewodniczący kol. Wicherkiewicz stwierdza, że wszyscy mowcy są zasadniczo za wnioskiem referenta, a co do kompetencyi rozdzielania zapomóg wszyscy się oświadczyli, aby to prawo należało do Walnego Zgromadzenia, a tylko w wyjątkowych wypadkach do Rady zawiadowczej, która ma obowiązek zarządzenia swoje, w tej mierze wydane, przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu do zatwierdzenia. — Wniosek referenta i towarzyszy w stylizacyi kol. Wicherkiewicza uchwalono.

Na wniosek Rady zawiadowczej uchwaliło Walne Zgromadzenie zamianować prof. Dra Juliana Kosińskiego z Warszawy członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy galicyjskich i wysłać do niego telegram gratulacyjny z powodu 50-letniego jubileuszu niestrudzonej pracy zawodowej.

Z powodu braku funduszów żadnej pensyi w tym roku nie uchwalono, jakkolwiek wszystkie podania zasługiwałyby na uwzględnienie. W sprawie tej zabierają głos kol. Fels i Serkowski. — Kol. Mikołajski sądzi, że na przyszłość trzeba będzie zmienić mechanizm rozdzielania zapomóg, boć dzisiaj rzeczywiście jest rzeczą przypadku, czy wdowa, wniósłszy podanie o zapomogę, nie spotka się z odmową z powodu braku funduszów, gdyż inne zapobiegliwsze ją ubiegły; należałoby zatem ustanowić stałe terminy do wnoszenia i rozdziału zapomóg i na każdy z nich przeznaczyć pewną kwotę do rozdania. — Kol. prezes jest tego samego zdania, a nadto proponuje, aby wybrać komisyę w celu reformy gospodarstwa finansowego w tym kierunku, iżby porzucić drogę t. z. tesauracyi i zaprowadzić sposób udzielania zapomóg z dochodów bieżących. Ponieważ żaden z mowców nie przedstawił konkretnego wniosku, przystąpiono do następnego punktu porządku dziennego.

7) Wniosek sekcyi brzeżańskiej i przemyskiej: »Walne Zgromadzenie poleca Radzie zawiadowczej wdrożyć akcyę, zdążającą do połączenia istniejących Towarzystw lekarskich«. — Kol. Obtułowicz wnosi, aby ten wniosek Rada zawiadowcza opracowała i wystąpiła z odpowiedniem przedłożeniem na następnem Walnem Zgromadzeniu. — Kol. Sieradzki jest tego zdania, że sprawa ta wymaga głębszych studyów, a przedewszystkiem zmiany statutu tych towarzystw, które się mają zjednoczyć, dlatego też należałoby ją poruczyć komisyi dla zmiany statutu, która ma być wybrana na wniosek Tow. lek. lwowskiego. Uchwalono w myśl uwag kol. Sieradzkiego.

Imieniem Tow. lek. lwowskiego zgłasza kol. Machek następujący wniosek. »Ze względu na to, że Towarzystwo lekarskie lwowskie żąda zmiany ustawy Tow. lek. galic. w tym duchu, aby Tow. lek. lwowskie miało większą niż dotąd autonomię administracyjną, Walne Zgromadzenie powołuje komisyę, która do 20 września 1908 ma wypracować odpowiedni projekt zmiany ustawy i przedłożyć go Radzie zawiadowczej, ta zaś będzie zobowiązana w listopadzie b. r. zwołać nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Tow. lek. galic., celem powzięcia ostatecznej uchwały co do projektowanej zmiany ustawy. Do komisyi proponuje się kol. Merunowicza Józefa, Macheka, Piska i Bednarskiego Adama z prawem kooptacyi«. Po dyskusyi, w której brali udział kol. Merunowicz Józef, Hirschler i wnioskodawca, uchwalono w całości wniosek kol. Macheka.

8) Kol. Rencki omawia sprawy Morszyna. Miejscowość ta, mająca wszelkie warunki rozwoju, nie ma takiego powodzenia, na jakie zasługuje. Nie ujmując działalności Rady zawiadowczej, sądzi jednak R., że byłoby rzeczą wskazaną, aby powołać komisyę z poza łona Rady zawiadowczej, któraby się zajęła losem Morszyna; być może, że nowi ludzie uchwycą łatwiej źródło niepowodzenia. Do komisyi morszyńskiej proponuje mowca następujących kolegów: Mahla, Wojtkowskiego, Antoniego Gluzińskiego, Macheka i Renckiego. — Kol. Stachiewicz przypomina, że przed kilku laty podnosiły się takie same głosy i wtedy wybrano także komisyę dla spraw Morszyna, która wspólnie z Radą zawiadowczą czyniła co mogła i doszła do przekonania, że źródło złego nie leży w wadliwej administracyi, ale w apatyi samych członków Towarzystwa, którzy uzdrowisku nie użyczają należytego poparcia. — Prezes kol. Merunowicz przyłącza się do wywodów kol. Stachiewicza. Mowca doznaje wrażenia, że Morszynowi wprost szkodzi ta okoliczność, że jest własnością Towarzystwa lekarskiego, albowiem koledzy nie wysyłają tam chorych, aby uniknąć podejrzenia, że działają dla własnej korzyści. Przy dobrej woli kolegów złe się da z łatwością usunąć, gdyż urządzenia tamtejsze nie ustępują innym tego rodzaju zakładom. Rada zawiadowcza ma zamiar wejść w umowę z Towarzystwem »złotego krzyża« i spodziewa się w ten sposób uzyskać większą frekwencyę w I i III sezonie. — Kol. Mikołajski popiera wniosek kol. Renckiego, który też uchwalono.

9) i 10) Na wniosek kol. Obtułowicza wybrano Radę zawiadowczą w tym samym składzie, co w roku poprzednim. Do komisyi rewizyjnej wybrano Towarzystwo lekarskie lwowskie i sekcyę tarnowską.

Po wyczerpaniu porządku dziennego zamknął przewodniczący kol. Wicherkiewicz obrady o godzinie 2·15.

Sekretarz generalny: *Dr. Stefan Świątkowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16. czerwca 1908 r.

1) Zenczykowski przedstawił przypadek **dystrophia muscularis progressiva** z bardzo wybitnym rzekomym przerostem mięśni kończyn. Przypadek ten dotyczy 13-letniego chłopca, który przed dwoma laty począł odczuwać osłabienie w nogach. Cierpienie nie jest ani rodzinnem, ani dziedzicznem. Mruganie oczu; często chory widzi jeden przedmiot nad drugim; osłabienie mięśni ocznych. Z małymi wyjątkami znaczny przerost rzekomy mięśni: pasa barkowego, tułowia, pasa miednicznego, mięśni przedramienia, drobnych mięśni rąk. Podnoszenie rąk do góry i wyrzucanie ich za głowę niemożliwe. Zupełny brak ruchów w stawach kolanowych, słabe przywodzenie, stopa końskoszpotawa. Drgań włókienkowych niema. Brak odczynu zwyrodnienia. Brak zaburzeń czucia i w zakresie pęcherza moczowego i odbytnicy. Brak odruchów kolanowych.

2) Bełkowski przedstawił szereg **preparatów drobnowidowych z tętnic** amputowanej kończyny dolnej wskutek **zgorzeli stopy** u 34-letniego mężczyzny na tle zacieśniającego zapalenia tętnic.

3) Stankiewicz Wł. przedstawił chorą po **gastrostomii** i rozszerzeniu przełyku od strony żołądka (otrucie ługiem)

4) Cetnarowicz wypowiedział rzecz p. t.: **Odczyn oczny Calmettea, wpływ jego na spojówkę i na narząd wzroku.** Rozróżniać należy 4 postaci zapalne, wywołane przez odczyn Calmettea: 1) postać lekką, trwającą 24—36 godzin, 2) postać średnią, trwającą 2—4 dni, 3) postać burzliwą, ciągnącą się 5—6 dni, 4) postać bardzo burzliwą, gdzie występują bardzo gwałtowne objawy, gdzie zajęta bywa cała gałka oczna, a sprawa ciągnie się od 10 dni do kilku miesięcy. Następnie przytacza prelegent odpowiednie piśmiennictwo i spostrzeżenia różnych autorów, odnoszące się do ciężkich powikłań, wywołanych przez stosowanie odczynu Calmettea. Następnie podaje C. przypadki, spostrzegane przez siebie w Domu wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Na oddziale niemowląt stosował C. odczyn Calmettea u 25 osobników podejrzanych o gruźlicę z wynikiem ujemnym; u 20 osobników starszych w szkole, gdzie stwierdzono niewątpliwe zmiany gruźlicze, z wynikiem również ujemnym; wreszcie u 35 dzieci na oddziale »garnuszkowym«, u których również swoistego odczynu nie spostrzegano. Po 8—10 tygodniach od czasu stosowania odczynu Calmettea wybuchła istna epidemia zapalenia oczu w całym domu wychowawczym o bardzo burzliwym przebiegu i z poważnemi powikłaniami ze strony rogówki. Fakt ten C. stawia w związku przyczynowym z poprzedniem szczepieniem Calmettea. We wnioskach żąda mówca, aby dzieciom szczepiono $^1/_2$ prc. tuberkulinę, aby metodę tę stosowano na zdrowych oczach, aby w razie powikłań chorych takich odsyłano niezwłocznie okulistom. Wobec możliwych uszkodzeń oka, do odczynu Calmettea uciekać się należy jedynie w przypadkach rzeczywiście niejasnych.

W dyskusyi zaznacza Dębiński, że odczyn Calmettea jest niewątpliwie swoisty. Dowodzą tego spostrzeżenia wielu autorów, a także i mówcy. Dwa razy stwierdził D. na sekcyi gruźlicę, tam, gdzie jej klinicznie wykryć nie było można, a odczyn oczny wypadał dodatnio. Pamięta też przypadek, gdzie rozpoznawano gruźlicę, odczyn oczny był ujemny, a sekcya wykryła nowotwór oskrzeli. — Co się tyczy powikłań, to te są bardzo rzadkie i przy odpowiednich ostrożnościach dadzą się sprowadzić prawie do zera.

Hewelke wyraża zdanie, że odczyn Calmettea jest znacznym postępem w zakresie wczesnego rozpoznawania gruźlicy. Spostrzeżenia prelegenta co do epidemii cierpienia oczu w 10 tygodni po szczepieniu Calmettea nie pozwalają wcale na upatrywanie związku przyczynowego tych zjawisk. Epidemia ta nie mogła mieć nic wspólnego ze szczepieniem Calmettea, gdyż niema tu żadnego czynnika zakaźnego.

Gepner (młodszy) również nie wiąże epidemii cierpienia oczu w Domu wychowawczym z poprzedniem szczepieniem Calmettea; było to zapewne wiewiórowe zapalenie oczu.

Rzętkowski podnosi, że jego własne i wielu innych badaczy doświadczenia pouczają, iż objawy oczne po szczepieniu Calmettea są najczęściej bardzo niewinne i znikają szybko bez śladu. Powikłania są bardzo rzadkie, jeżeli się wybiera odpowiednie przypadki (zdrowe oczy) i jeżeli wykonywa się próbę czysto. Mówca sądzi, że odczyn Calmettea jest swoisty.

Karwacki odróżnia tu dwie strony: sprawę praktycznej użyteczności tej metody i sprawę jej swoistości. Z punktu widzenia praktycznego posiada sposób Calmettea wielką wartość, dając w większości przypadków wyniki prawdziwe, za swoisty bezwzględnie jednakże uważać go nie można. Co do swoistości, to powstawanie odczynu zależy od impregnacyi ustroju tuberkuliną. Odczyn nie jest w znaczeniu naukowem swoisty; otrzymywano go u zwierząt, uczulanych zapomocą innych jadów, jak durowy, paciorkowcowy i t. p. *J. L.*

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

Pierwszy dzień Zjazdu rozpoczął się od zwiedzenia kliniki chirurgicznej, gdzie się też odbyły obrady.

Posiedzenie I. (10. VII. rano).

Po otwarciu Zjazdu przez stałego prezesa Zjazdów, R. dw. Prof. Rydygiera, wybrano zastępcą przewodniczącego Prof. Dr Kryńskiego z Warszawy.

1) »Polski Komitet badania i zwalczania raka« przedstawił XV. Zjazdowi chirurgów polskich następujący memoryał, odczytany przez Prof. Dra Kryńskiego:

»Zgodnie z uchwałą, zapadłą w dniu 25. lipca 1907 r. na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, został w jesieni roku ubiegłego zorganizowany w Warszawie Komitet polski do badania i zwalczania raka, przez osoby, wchodzące w skład istniejącego przedtem Komitetu warszawskiego. Nowozorganizowany Komitet przystąpił natychmiast do wykonania będących jego celem zadań, o ile na to skąpe środki materyalne i warunki miejscowe pozwoliły.

Przedewszystkiem nasz Komitet zajął się zorganizowaniem miejscowych Komitetów w różnych dzielnicach, wchodzących w skład dawnej Rzeczypospolitej Polskiej. Po przeprowadzeniu korespondencyi z rozmaitemi osobami, przejętemi poczuciem obowiązków obywatelskich, udało się założyć takie Komitety: w Krakowie pod przewodnictwem Prof. Browicza, — w Kijowie pod przewodnictwem Dra Bronisława Kozłowskiego, — w Łucku na Wołyniu pod przewodnictwem Dra Józefa Poczobutta. Nadto Dr Dembowski i Dr Rymsza podjęli się zorganizowania Komitetu w Wilnie, a Dr Malkiewicz w Mińsku. Lekarze poznańscy nie uznali za możliwe w warunkach, w jakich dzielnica wielkopolska się znajduje, zorganizować Komitet w Poznaniu, niemniej członkowie Wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk obiecali czynnie popierać sprawę badania i zwalczania raka. We Lwowie nie udało się dotychczas wynaleść osoby, któraby zechciała przyjąć na siebie obowiązek zorganizowania Komitetu dla wschodniej Galicyi.

Drugą sprawą, którą się nasz Komitet zajął, jest zbieranie i zebranie już pewnej ilości książek i prac, sprawie raka poświęconych, w celu utworzenia specyalnej biblioteki, z którejby korzystać mogli pracownicy w dziedzinie badań nad rakiem.

Następnie Komitet poczynił starania o zorganizowanie systematycznych badań nad naturą, rozwojem, przenoszeniem się i leczeniem raka. Wobec braku Wszechnicy w Warszawie, zwrócił się w tym celu do kierowników prywatnych pracowni i zyskał od nich zapewnienie pomocy dla pracujących już na tem polu i dla chcących w przyszłości pracować. W celu zachęcenia młodych zwłaszcza pracowników do oddania się badaniom nad rakiem, Komitet wyznaczył pieniężną nagrodę za najlepszą z tej dziedziny pracę. W celu zaś rozpowszechniania wiadomości o obecnym stanie wiedzy o chorobie, rakiem zwanej, Komitet stara się o umieszczanie w czasopismach lekarskich warszawskich streszczeń z odnoszących się do tego przedmiotu większych i mniejszych prac, ukazujących się w literaturze zagranicznej, tudzież stara się o zjednywanie prelegentów, którzy z odczytami występują na miesięcznych posiedzeniach Komitetu.

Dla ułatwienia wczesnego rozpoznania raka, Komitet nasz czyni starania o urządzenie stacyi klinicznej i anatomo-patologicznej dla rozpoznawania raka, — i ma nadzieję, że starania jego wkrótce pomyślnym zostaną uwieńczone skutkiem.

Za najważniejsze jednak, najpierwsze swoje zadanie — uważa Komitet zebranie odpowiedniej naukowej statystyki. W tym celu polecił wydrukować dwa schematy: jeden do zbierania ogólnej statystyki raka, i drugi, według planu Prof. Dollingera, przyjętego przez chirurgów całego świata, do zbierania statystyki specyalnej dla określenia porównawczej wartości różnych metod operacyjnego leczenia raka. Ten ostatni schemat został rozesłany chirurgom, w Warszawie i na prowincyi w Królestwie Polskiem praktykującym. Co się zaś tyczy pierwszego schematu, obejmującego ogólną statystykę raka, to, mając na względzie trudność, jaką napotyka u nas każda praca systematyczna i zbiorowa, tudzież brak zaufania do celowości i do dodatnich wyników statystyki, organizowanej u nas dotychczas znanym systemem biurokratycznym przez władze rządowe, Komitet, dla wdrożenia lekarzy do tej pracy, postanowił zwrócić się z początku do pewnego tylko grona osób, mianowicie do tych, którym najłatwiej to wykonać. W tym celu przesłał schematy, uznane przez lekarzy warszawskich i przez członków Komitetów dzielnicowych za odpowiadające celowi, do pp. ordynatorów oddziałów szpitalnych i przytułków, tudzież do właścicieli zakładów leczniczych prywatnych w m. Warszawie. W następstwie dopiero, skoro zbieranie statystyki na oddziałach szpitalnych i w zakładach leczniczych prywatnych zostanie poczytane przez pp. ordynatorów za obowiązek obywatelski, skoro więc zostanie ono urzeczywistnione, Komitet roześle wzmiankowane schematy statystyczne do pp. ordynatorów szpitali prowincyonalnych i do wszystkich lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących.

Wobec niezmiernej ważności zbierania danych statystycznych o raku, dla poznania przyczyn, szerzenia się i leczenia tej choroby, Komitet zwraca się niniejszem z prośbą do Zjazdu chirurgów polskich o poparcie swoją powagą tej ważnej sprawy. Do tego, zdaniem Komitetu, przyczynić się może uchwalenie przez Zjazd chirurgów polskich dwóch następująch wniosków:

I. Wszyscy lekarzy polscy uważać powinni za swój obywatelski obowiązek zbieranie danych statystycznych o chorobie rakiem zwanej, według schematów, przez Komitet opracowanych.

II. Wszyscy chirurgowie polscy zobowiązać się powinni do składania corocznie Zjazdowi chirurgów polskich statystyki wyników operacyjnego leczenia raka, według planu Prof. Dollingera.

Przewodniczący: *Dr Mikołaj Rajchman.* Zastępca przewodniczącego: *Dr Józef Zawadzki.* Sekretarz: *Dr Witold Żurakowski«.*

Powyższe wnioski Komitetu badania i zwalczania raka uchwalił Zjazd jednomyślnie.

2) Dr Ostrowski (Lwów): **W sprawie wyników po operacyi Talmy w marskości wątroby.** Wyniki przy marskości samej są częściowo pomyślne, natomiast zawodzą w razie zmian w sieci, przy zmianach kiłowych wątroby i przy zmianach w otrzewnej ściennej. Mowca podnosi, że pomimo pozornie małego i prostego zabiegu, nierzadko powstają po nim groźne i śmiertelne zakażenia otrzewnej, co jest w związku ze stwierdzonem przez różnych autorów obniżeniem odporności otrzewnej w przebiegu marskości wątroby. Z powikłań pooperacyjnych wspomina O. o krwotokach żołądkowych, nieraz śmiertelnych, spostrzeganych i przez innych klinicystów (Eiselsberg) i powstających wskutek zakrzepów w żyłach sieci i żołądka. Dla poprawy wyników O. uważa za niezbędne ścisłe wskazania i różniczkowe rozpoznanie marskości, ku czemu służy dokładne poprzednie zbadanie płynu z jamy brzusznej (ilość białka, ciężar właściwy, zawartość leukocytów — dla odróżnienia od stanów zapalnych). Niezbędną jest najściślejsza aseptyka i delikatne obchodzenie się z obnażoną siecią, by nie wywołać zakrzepów.

3) Dr Leśniowski (Warszawa). **W sprawie gruczołów przytarczycowych.** Po wstępie historycznym, omawiającym pierwsze spostrzeżenia i dalszy rozwój poglądu na budowę i własności tych tworów, proponuje mówca dla nich polską nazwę: przytarczyca, lub gruczoły przytarczycowe. Jest ich najczęściej 2 pary, zewnętrzne i wewnętrzne; leżą one poza dolną połową bocznych płatów tarczycy (gruczołu tarczowego) u wejścia dwóch gałązek tętnicy tarczycowej dolnej do miąższu tarczycy. Wymiary wynoszą u człowieka: długość 0,5—1 ctm., szerokość 2—4 mlm.; barwy są czekoladowej; u człowieka nie są one nigdy pogrążone w miąższu tarczycy, ale leżą na powierzchni, mniej lub bardziej ściśle związane z torebką tarczycy. U zwierząt bywają t. zw. wewnętrzne — pogrążone w miąższu. Składają się one zwykle z komórek wyraźnie nabłonkowych z jądrem pęcherzykowatem, ciasno ułożonych w pętlach przegródek, pochodzących z otoczki gruczołu. Czasem, n. p. u ludzi starszych, daje się spostrzegać inny typ komórek, mianowicie kształtu wyraźnie sześciokątnego, z jądrem małem i drobnemi ziarenkami wewnątrz. Przewodu, ani kolloidu nie bywa nigdy. Różnica wyglądania komórek ma być zależna od okresu czynności komórek. Sześciokątne, ziarniste mają być czynne, ponieważ spostrzegano przejście ziarenek do naczyń i uważano to za objaw wydzielania wewnętrznego. Inne komórki są w stanie spoczynku. Co do wpływu przytarczyc na ustrój w porównaniu z tarczycą, to badania doświadczalne zdają się przemawiać za wynikami następującymi: Usunięcie samych tarczyc z pozostawieniem przytarczyc wiedzie do obrzęku śluzowatego i charłactwa, usunięcie samych przytarczyc wywołuje pewne podrażnienie układu nerwowego, które przy silniejszem natężeniu daje groźny obraz, znany pod nazwą tężyczki. U ludzi, którzy się rodzą bez tarczyc i giną z charłactwa i obrzęku śluzowatego, znajdowano przytarczyce niezmienione. Z drugiej strony nigdy nie spostrzegano tężyczki po zupełnem usunięciu wola, usadowionego nieprawidłowo, n. p. pod żuchwą, ponieważ nie obrażano przytem przytarczyc.

Spostrzeżono, że u zwierząt, u których po wycięciu przytarczyc wystąpiła tężyczka, następowało wyleczenie lub poprawa po wstrzyknięciu rozczynów soli wapnia; równolegle z tem spostrzegano po wycięciu przytarczyc zmniejszenie się we krwi ilości soli wapniowych, natomiast wzmożone ich wydzielanie się z moczem. Być może, że przytarczyce są narządami, regulującymi wymianę soli wapniowych, i że od stanu tej równowagi zależą różne stany układu nerwowego.

L. sam dokonał na zwierzętach szeregu doświadczeń z wycinaniem przytarczyc, przyczem spostrzegał śmierć, kurcze stałe (toniczne) i drgawki (kloniczne), a u zwierząt, które na razie zabieg zniosły, występowały przykurczenia spastyczne i zmiany odżywcze, jak (po $1/2$ roku) zmiana kształtu pyska, uwłosienia. Doświadczenia prowadził L. z planem następującym. U jednej grupy zwierząt (przeważnie króliki) wycinał wszystkie przytarczyce i wtedy przeważnie następowała śmierć wśród objawów tężyczki z wybitnem podniesieniem pobudliwości mięśni na prąd galwaniczny. Zwierzęta padały w typowem wyprężeniu. U zwierząt, które na razie przeżyły zabieg, wszczepiał L. przytarczyce; na razie spostrzegał wybitne polepszenie, powoli jednak wpływ przeszczepienia znikał. U innej grupy zwierząt wyjmował L. jedną parę przytarczyc i przeszczepiał ją w inne miejsce ciała; następnie przeszczepiał gdzieś pod skórę parę przytarczyc z innego zwierzęcia; później usuwał zupełnie pozostałą parę przytarczyc z miejsca prawidłowego, i dotychczas żadnym zmianom chorobowym zwierzę nie ulegało. To samo po usunięciu jednego z miejsc, w które były poprzednio przeszczepione przytarczyce. Dopiero po usunięciu drugiego miejsca z przeszczepionemi przytarczycami występowały typowe objawy. Objawy te udało się usunąć przez podawanie soli wapnia. Doświadczenia te są w zgodzie z uzyskującymi prawo obywatelstwa poglądami na rolę przytarczyc w powstawaniu tężyczki i regulowaniu w ustroju ilości soli wapniowych.

W dyskusyi Gliński (Łask, Kr. Pol.) opisuje przypadek kurczów tonicznych po rozległem wycięciu wola. Bezskutecznie stosował jod, brom, tyreoidynę; objawy ustąpiły po podawaniu zawierającej sole wapienne surowicy Trunečka.

Doc. Mięsowicz w jednym przypadku tężyczki po wyjęciu wola stosował wewnętrznie gruczoł przytarczycowy i jego przetwory — bez skutku.

Prof. Kader zaznacza, że po wyłuszczeniu jednostronnem wola tężyczka nie występuje, wystąpić może po rozległej dwustronnej resekcyi. Tężyczkę po strumektomii widział 3 razy; o jednym z tych przypadków wspomniał Mięsowicz, w 2 innych nastąpiło wyleczenie po podawaniu pastylek Burroughs-Wellcome i Sp. Po rozleglejszych wycięciach wola podaje K. zawsze te pastylki już zapobiegawczo. Zaznacza związek pomiędzy czynnością tarczyc, względnie przytarczyc a krzywicą, która ulega poprawie po podawaniu pastylek wyż wymienionych. Podnosi związek pomiędzy wolem, a ciążą, wolem, a białkomoczem; w jednym przypadku, gdzie zdawało się, że białkomocz stanowi przeciwwskazanie do operacyi, po strumektomii znikł on szybko i zupełnie.

Doc. Chlumsky potwierdza skuteczne działanie pastylek tyreoidynowych przy krzywicy; podnosi możliwość związku czynności gruczołów przytarczycowych ze zmięknieniem kości.

Dr Ostrowski zaznacza, iż właśnie konieczność unikania nerwu krtaniowego dolnego przy strumektomii, krzyżującego się, jak wiadomo, z tętnicą tarczycową dolną i unikanie tego miejsca przy zabiegu zapewne jest przyczyną zachowania leżących w blizkiem sąsiedztwie przytarczyc i rzadkości tężyczki pooperacyjnej.

Dr Leśniowski zaznacza, że zmiany po usunięciu przytarczyc obejmują dziedzinę pochodnych ektodermy: układ nerwowy, włosy, skóra, oczy, (zaćma!). Radzi przy operacyach nie podwiązywać tętnic dolnych, by nie upośledzać krążenia w przytarczycach i twierdzi, że to w zabiegu nie przeszkadza i zbytniego krwawienia nie wywołuje. (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska wzywa niniejszem PP. lekarzy, którzyby chcieli ubiegać się o posadę lekarza Kasy chorych drukarzy i litografów w Krakowie, ogłoszoną konkursem z dnia 27. czerwca 1908, aby przed uprzedniem porozumieniem się z Izbą lekarską pod żadnym warunkiem nie zawierali umowy o rzeczoną posadę.

Sekretarz: *Dr Ackermann.* Prezydent: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz powiatowej Kasy chorych w Bobrce, zamieszkały w Dunajowie, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. — Wzywa się wszystkich kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z Kasą chorych i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali tejże posady bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Sprawy sanitarne w parlamencie austryackim. Polscy posłowie-lekarze starają się żywo o to, aby uwagę parlamentu zwrócić na konieczność reform sanitarnych. Obecnie znów Dr Józef Gold, poseł złoczowski, wypowiedział 25. VI. zwięzłą, ale poruszającą wszystkie ważniejsze sprawy mowę. »Pomimo bezprzykładnej obojętności, jaką okazuje Izba dla rozprawy budżetowej i wytrwałości, z jaką ministrowie świecą nieobecnością na swych fotelach« — mówił Dr Gold — »pozwolę sobie jednakże zwrócić uwagę na szereg zagadnień, dalekich wprawdzie od wstrząsających Izbą walk politycznych, narodowościowych i wyznaniowych, jednakże mających ogromne znacznie ze względu na wpływ, jaki wywierają na losy społeczeństwa«. Chodzi tu o publiczną ochronę zdrowia. Im więcej państwo wymaga od swoich obywateli, tem bardziej jest obowiązane zapewnić i zwiększyć sprawność jednostek na każdem polu. Z tych obowiązków nowoczesnego państwa wypływają jego zadania społeczno-polityczne; skuteczna jednak działalność społeczno-polityczna jest niepodobieństwem bez zastosowania tych środków, które nazywają się dziś »higieną społeczną«. Wyraz »higiena« miał do niedawna znaczenia przeważnie indywidualne. Dopiero naukowe zbadanie zjawisk wielkiego gospodarczego rozwoju XIX. w. stwierdziło ścisły związek warunków higienicznych ze stosunkami ekonomicznymi, wyjaśniło przyczyny śmiertelności i ruch ludności zapomocą statystyki i wytyczyło drogę »higienie społecznej«. W tym niezmiernie ważnym zakresie zdziałał rząd austryacki w ostatnich latach bardzo mało. Właśnie tu, gdzie jednostka może dla swej ochrony działać tylko w bardzo małej mierze, gdzie do zapobiegania i zwalczania groźnych epidemii potrzeba przedewszystkiem środków ustawowych, okazuje rząd niepojętą wprost bierność, przez którą od długiego już czasu sprawy sanitarne pozostają w tyle poza innemi, daleko mniejsze mającemi znaczenie. Mowca wskazuje na kilku jaskrawych przykładach, jak daleko pozostają urządzenia sanitarne w Austryi poza współczesnemi wymaganiami. Należy tu n. p. zeszłoroczna epidemia ospy w Wiedniu, która szerzyła się przez osoby, stykające się w szpitalu z pierwszymi chorymi, bo — trudno uwierzyć — niema w Austryi ustawy, którąby mogła temu zapobiedz. W przeciwieństwie do wszystkich cywilizowanych państw europejskich ciągle jeszcze brak w Austryi ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, chociaż już od lat 20 zajęło się ustawodawstwo zwalczaniem chorób zakaźnych u bydła. W sprawie tej zasłaniają się pewne koła bardzo chętnie trudnościami, na jakie natrafia opracowanie ustawy wskutek różnic kulturalnych, na ... dowych itp. Nie jest to jednak prawdą i państwową ustawę o chorobach zakaźnych można i trzeba tak ułożyć, aby dała się skutecznie zastosować we wszystkich krajach koronnych i do wszystkich chorób zakaźnych. Zresztą nie byłoby nawet wcale rzeczą odpowiednią w tej właśnie sprawie odwoływać się do kompetencyi poszczególnych krajów. Nowoczesne środki komunikacyjne zmniejszyły niejako odległość, i właśnie dlatego byłyby środki, ograniczone do małych terytoryów, z wielu względów niedostateczne. W niedalekiej przyszłości będą musiały prawa o epidemiach oprzeć się nawet na jeszcze szerszej, międzynarodowej podstawie. — Epidemia ospy w Wiedniu uwidoczniła jaskrawo inny jeszcze brak, mianowicie brak ustawowego przymusu szczepienia w Austryi. Potrzeby takiego przymusu nie potrzeba nawet uzasadniać; wystarczy przypomnieć, że na 10 zmarłych w ostatniej epidemii wiedeńskiej przypadało 6 nieszczepionych, a 3 szczepionych. Wymowne te liczby są niezrozumiałe tylko dla dolnoaustryackiego Wydziału krajowego, który udziela subwencyi Towarzystwu p. n. »Allgem. österreich. Naturheilverein«, Towarzystwu, które właśnie w chwili najgroźniejszego niebezpieczeństwa rozwijało gwałtowną agitacyę przeciw szczepieniu. Jeżeli już sam brak przymusu szczepienia jest ciężką winą rządu, to tem cięższym jest ten zarzut, jeżeli pod okiem rządu mogła odbywać się taka agitacya na urągowisko wszelkiemu pozytywnemu doświadczeniu, kulturze, a co większa na urągowisko obowiązkom humanitarnym. — Obowiązkiem państwa jest działać nietylko wtedy, gdy już, jeśli tak powiedzieć można, wróg przekracza bramy, ale także, i to przedewszystkiem, niebezpieczeństwu zapobiegać. Zapomocą rozumnych ustaw o mieszkaniach, szkołach i środkach spożywczych powinno państwo starać się o rozwój zdrowych, zdolnych do pracy pokoleń ludności. Jeżeli się zamknie małe już dzieci do dzisiejszej szkoły, przepełnionej i przeciążonej, w której nikt nie pyta o granice wytrzymałości dziecięcego mózgu, w której nie może wyrazić swej opinii żaden lekarz szkolny, poprostu dlatego, że go wcale niema, toć najbliższe pokolenia muszą uledz zwyrodnieniu i skarleniu, a szkoła musi się stać wylęgarnią osobników wątłych i nerwowych, zamiast, jak w Anglii, kształcić i rozwijać ducha i ciało. — Dalszą ważną sprawą jest sprawa żywienia się ludności. Tu nie wystarczy jednak zgoła ograniczyć się do ustaw przeciw fałszowaniu środków żywności, bo i bez zafałszowania mogą środki żywności mieć małą wartość i przez to, stale obniżając odżywienie, szkodzić zdrowiu. Temu obniżeniu wartości środków spożywczych może przeciwdziałać tylko rozległy zawodowy nadzór higieniczny. Ale i najlepsze środki żywności nie na wiele się przydadzą, jeżeli stają się one dla szerokich kół ludności poprostu niedostępne wskutek polityki podatkowej, wywołującej niezmierną drożyznę najważniejszych środków spożywczych, chleba i mięsa. Uwolnienie tych obu podstawowych środków żywności od podatków bezpośrednich musi koniecznie nastąpić. Dalej wymienia mowca cały szereg ważnych spraw, w których brak działania rządu: zwalczanie gruźlicy, kiły, higiena kolei żelaznych i szkół, i t. d. i t. d. Trudno jednak uwierzyć, aby wszystkie te postulaty zostały dobrze wypełnione, dopóki na czele władz sanitarnych stoi w Austryi..... prawnik. Przedewszystkiem powinny być sprawy sanitarne skupione w jednym głównym urzędzie, wyposażonym we wszelkie środki pomocnicze, wskazane przez współczesną naukę. Mniejsza o nazwę tego urzędu, byle on był należycie zorganizowany i byle na jego czele postawiono lekarza, a nie znowu »przypadkiem« prawnika. Oprócz skupienia agend sanitarnych w jednym urzędzie centralnym, pamiętać też należy o jego w całem państwie działających organach wykonawczych. Lekarze rządowi, narażający swoje zdrowie, a jak w Galicyi, aż nazbyt często przypłacający i życiem wypełnianie swych obowiązków, powinni uzyskać poprawę bytu; zrównanie pod tym względem z nauczycielami szkół średnich, do którego lekarze rządowi zdążają, jest żądaniem tak skromnem, że czas najwyższy je wypełnić. Również należy poprawić byt lekarzy wojskowych. »Jeżeli jednak« — kończył mowca — »wymienione tu cele dobrej organizacyi sanitarnej mają być osiągnięte, to należy koniecznie zmierzać do rozumnego współdziałania jednostek i rodzin z organami rządowymi co jednak sprawić może jedynie oświata jaknajszerszych kół ludności«. Mowa Dra Golda zjednała sobie w Izbie baczną uwagę i uznanie. *R.*

Walne Zgromadzenie „Towarzystwa Samopomocy lekarzy“, przekształcającego się w »Krajowy Związek lekarzy« odbyło się w Krakowie 16. VII. b. r. pod przewodnictwem posła Dr Bernadzikowskiego. Po przyjęciu Sprawozdania Wydziału i udzieleniu mu absolutoryum, wybrani zostali do Wydziału na r. 1908: prezesem R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, wiceprezesem I Dr Damski, II Dr Flis, sekretarzem Dr Weinsberg, jego zastępcą Dr Jaugustyn, skarbnikiem Dr Murczyński, członkami Wydziału: Prof. Ciechanowski, Dr A. Jabłoński, Owsiński, Sokołowski, Stahr i Żydłowicz, do komisyi kontrolującej: Dr Bernadzikowski, Schoengut i Wojciechowski, na którego miejsce do Sądu polubownego wybrano Dr Grzybowskiego. Po przemówieniach Dr Flisa, Weinsberga, Bernadzikowskiego, Murczyńskiego i Prof. Ciechanowskiego uchwalono polecić Wydziałowi jaknajszybsze przeprowadzenie organizacyi powiatowych i wyboru delegatów, zaproszenie mężów zaufania w każdym powiecie i korzystanie w najszerszej mierze z subwencyonowanego przez Towarzystwo »Głosu lekarzy« dla propagandy organizacyi. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. VI. do 11. VII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Rosulna 3), Buczacz (Trościaniec 2, Baranów 4, Zadarów 9, Niskołyzy 4, Jarhorów 12, Krasiejów 10), Czortków (Byczkowce 1), Drohobycz (Bolechowce 9), Horodenka (Żywaczów 6), Jaworów (Szkło 2), Kamionka (Kamionka 1, Streptów 3, Witków nowy 4), Mościska (Czerniawa 2), Peczeniżyn (Akreszory 3), Przemyślany (Podhajczyk 6), Rawa (Zamek 2, Manastyrek 2), Skałat (Iwanówka 2, Krasne 3, Basztowce 1), Sokal (Spasów 1, Perwiatycze 1, Wolica komorowska 14), Stryj (Orawczyk 5), Tarnopol (Zahajki 1), Zborów (Zborów 2) i nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Nisko (Jarocin 1), Strzyżów (Lutcza 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 5. do 11. VII. 1908 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 13; zmarło osób 55 (w tem obcych 17), z nich z gruźlicy 6 (3), zapalenia płuc 4, błonicy 1, płonicy 3 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 11. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 5 † 2, płonicy 5 † 3 (3 † 3), odry 15 † 1 (2), duru brzusznego 5 (3). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5. do 11. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcy 1), krztuśca —, płonicy 32 † 4 (1 † —), odry 6, duru brzusznego 6 (1), czerwonki —, nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Leg.*

W pierwszej połowie r. b. (do 12. VII.) stwierdzono we Lwowie urzędownie 663 przypadków płonicy († 88), t. j. prawie 4 razy więcej, niż średnio co półrocze w ubiegłem dziesięcioleciu. To nagminne panowanie płonicy było przedmiotem narad miejskiej Komisyi sanitarnej w d. 13. VII. Komisya uznała budowę szpitala dla chorych zakaźnych za naglące potrzebną i oświadczyła, że należy przyśpieszyć w tej sprawie rokowania z Wydziałem krajowym.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Posiedzenie Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w Krakowie d. 12. VII. b. r. Na posiedzenie przybyli: prezes r. dw. Dr Merunowicz i wiceprezes Prof. Dr Bylicki ze Lwowa, Prof. Dr Kosiński z Warszawy, Dr August Kwaśnicki, Prof. Dr Ciechanowski i Prof. Dr Godlewski z Krakowa. Nie mógł przybyć tylko jeden członek delegacyi z Poznania. Stosownie do ustawy Zjazdów uchwaliła Delegacya, że najbliższy XI. Zjazd ma się odbyć stanowczo w r. 1910 i to, zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu, w Warszawie, ku czemu Delegacya wszelkich dołoży starań; gdyby te jednak nie odniosły skutku, odbyłby się XI. Zjazd w tymże roku w Krakowie.

— Donieśliśmy w »Korespondencyi z Pragi« (p. »Przegląd lekarski« Nr 25), że Komitet lekarzy słowiańskich, obradujący podczas ostatniego Zjazdu lekarzy czeskich, uchwalił poczynić starania o dopuszczenie jego prezydyum do udziału w obecnie odbywającym się Zjeździe ogólnosłowiańskim w Pradze. Sekretarz generalny Komitetu lekarzy słow., Prof. Pešina, zajął się przeprowadzeniem porozumienia z posłem Kramarzem, prezesem Zjazdu ogólnosłowiańskiego. Już na następnem posiedzeniu oświadczył Prof. Pešina, że poseł Kramarz najżyczliwiej przyjął uchwałę Komitetu lekarzy słow. i zdawało się, że rzecz w zasadzie została załatwiona, a członkowie Komitetu lekarzy słow. rozjechali się w tem przekonaniu, że wybrani jego członkowie na Zjazd ogólnosłowiański otrzymają w swoim czasie stosowne legitymacye. Gdy jednak czas Zjazdu już był blizki, a legitymacya nie nadchodziła, prezes Komitetu polskiego, Prof. Wicherkiewicz, pisał o nią kolejno do Prof. Pešiny, Prof. Hlavy i posła Kramarza i od każdego z nich otrzymał taką samą odpowiedź, że o legitymacye starać się należy u Komitetu polskiego na Zjazd ogólnosłowiański. Komitet taki nie istniał, gdyż Polacy uchwalili, ażeby każde stronnictwo polityczne wysłało oznaczoną liczbę delegatów, a zatem nie istniała podstawa, ażeby ten lub inny zawód mógł otrzymać legitymacyę na delegata polskiego. Rzecz prosta, że wybrany na delegata polskiego Prof. Wicherkiewicz, na Zjazd ogólnosłowiański nie pojechał. Całe nieporozumienie wynikło z tego powodu, że życzliwa odpowiedź posła Kramarza nie miała siły zarządzającej, ale była osobistem jego zdaniem, mającem tylko doniosłość moralną; o tem członkowie Komitetu lekarzy słowiańskich powinni byli być odrazu poinformowani na miejscu podczas swych posiedzeń w Pradze. *K.*

— Dzienniki donoszą, że Prof. Hlava wniósł na Zjeździe ogólnosłowiańskim, aby »Związek lekarzy słowiańskich« włączyć do »Słowiańskiego Związku kulturalnego«, mającego obecnie powstać.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-gal. w d. 13. lipca b. r. były przedmiotem obrad następujące sprawy: Podniesiono sprawę Dra B., który w znanych zajściach w Cieszynie czynny brał udział i miał sprawować funkcye policyjne. Postanowiono odnieść się z tą sprawą do Izby lek. śląskiej. Na wezwanie państwowego Związku austryackich organizacyi lekarzy uchwalono 100 koron na pomnik i zapomogę dla sierót po Dr Janeczku. Zgodzono się na propozycyę niemieckiej sekcyi Izby lekarskiej praskiej, by Wiec Izb odbył się w Pradze. Zatwierdzono taryfy lekarzy zdrojowych w Szczawnicy i Zakopanem. Postanowiono ogłosić ostrzeżenie w sprawie Kasy chorych drukarzy i litografów w Krakowie; wreszcie załatwiono szereg drobnych spraw.

— Przybyłego na Zjazd chirurgów polskich w d. 11. VIII. b. r. Czcigodnego Jubilata Prof. Dr Kosińskiego z Warszawy powitało zebranie gorącą owacyą i uchwaliło mianować Go honorowym prezesem Zjazdów chirurgicznych polskich. — Następny Zjazd chirurgów ma się odbyć w r. 1909 w Warszawie.

— Zakopiańska Sekcya Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła w czerwcu b. r. dwa posiedzenia; wybrano na nich nowy zarząd (prezes: Dr Jan Gawlik, wiceprezes Dr J. Żychoń, sekretarz Dr Wacław Kraszewski), ułożono taryfę lekarską, którą przesłano do zatwierdzenia Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, oraz postanowiono zająć się sprawą Zjazdu balneologicznego, który ma się odbyć w Zakopanem 20. lub 24. IX. b. r. Miejscowym Wydziałem gospodarczym ścisłym będzie prezydyum Sekcyi, do szerszego komitetu zaproszono przedstawicieli Komisyi klimatycznej, Gminy, Towarzystwa tatrzańskiego i Związku turystycznego. Na Zjazd zgłoszono już szereg wykładów, m. i. Prof. Dr Romer ze Lwowa: »O potrzebie badań i prac klimatologicznych dla celów balneologicznych«, a Dr J. Żychoń z ramienia Sekcyi zakopiańskiej Towarzystwa lek. gal.: »O potrzebach naszych uzdrowisk wogóle, a Zakopanego w szczególności«.

— Zwracamy uwagę czytelników na ostrzeżenia, ogłoszone przez Izby lekarskie galicyjskie (w dziale »Wiadomości zawodowych«).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Michał Maryan Hilary Hładij, rodem z Chorostkowa w Galicyi.

— Miasteczko Kalwarya, znane miejsce odpustowe, uzyska wreszcie wodociągi, które tam są piekącą potrzebą. Wydział krajowy przyznał 15,000 K, spodziewana jest też subwencya rządu.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschod.-gal. odbył 7. VII. b. r. posiedzenie, na którem omówiono sprawę zatargu między 2 lekarzami z P. o posadę przy kasie chorych i przesłuchano obu powaśnionych, poczem uchwalono zasięgnąć jeszcze dalszych informacyi w tej sprawie. — W sprawie zamierzonego przyłączenia robotników nowo powstałej fabryki wapna do kasy chorych w B., uchwalono przed ogłoszeniem ostrzeżenia, którego żąda jeden z lekarzy, zbadać dokładnie sprawę. Na żądanie zaś drugiego lekarza uchwalono ogłosić ostrzeżenie co do posady przy kasie chorych w B. — W sprawie zażalenia lekarza z D., dotyczącego podania technika dentystycznego o rozszerzenie koncesyi i podpisania tego podania przez kilku miejscowych lekarzy, uchwalono polecić Dr Kowalskiemu dokładne zbadanie sprawy na miejscu i odnieść się do namiestnictwa lub ministerstwa. — Uchwalono oświadczyć się za propozycyą Izby praskiej, by tegoroczny wiec Izb odbył się w Pradze, zaś co do otwarcia drugiej apteki w Żółkwi i udzielenia koncesyi na aptekę kasie chorych we Lwowie wydano orzeczenie odmowne.

— Prof. Dr Władysław Łukasiewicz mianowany został członkiem Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu. W ten sposób zyskuje Galicya nareszcie drugiego przedstawiciela w tej korporacyi. To częściowe uwzględnienie słusznych żądań naszego kraju nastąpiło, jak wiadomo, wskutek energicznych zabiegów Koła polskiego i innych poważnych czynników. Daleko jeszcze jednak do tego, aby Galicya miała w stosunku do ogólnej liczby członków Najwyższej Rady Zdrowia tylu w niej przedstawicieli, ile jej się słusznie należy. Toteż starania o powołanie dalszych członków z Galicyi ustawać nie powinny, a to tem więcej, że zapowiadana reforma urządzeń sanitarnych w Austryi pociągnie za sobą niewątpliwie znaczne rozszerzenie zakresu działania Najwyższej Rady Zdrowia. Jest rzeczą konieczną, aby interesa kraju były w tej korporacyi należycie zabezpieczone, zanim ta reforma nastąpi, i aby już przy przygotowywaniu reorganizacyi austryackich urządzeń sanitarnych kraj nasz miał głos odpowiedni. Przyznanie nam odpowiedniej liczby przedstawicieli w Najwyższej Radzie Zdrowia nie byłoby żadnem ze strony rządu ustępstwem, ale tylko zadośćuczynieniem słuszności, w tym względzie dziesiątkami lat przez rząd centralny lekceważonej.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie zamierza podjąć starania, by uzyskać od gminy bezpłatnie grunt pod budowę domu Towarzystwa.

— Miejski zakład dla nieuleczalnych ma być rozszerzony przez utworzenie filii na 50 łóżek w budynkach pokoszarowych przy ul. Zborowskich.

— W Horodence rozpocznie się wkrótce budowa szpitala według planów architekta Wydziału kraj., p. Kamienobrodzkiego.

Warszawa. Wystawa higieniczna w Lublinie otwarta zostanie 12. września b. r. Wystawa budzi żywe zajęcie w Królestwie Polskiem i poza jego granicami; dotąd zgłosiło się już przeszło 200 wystawców. Podczas wystawy, która potrwa do 4. X., odbywać się będą od 26. do 28. IX. obrady higienistów z całego kraju ku uczczeniu dziesięciolecia istnienia Towarzystwa higienicznego. Dotychczas na Zjazd ten zgłosili wykłady: Dr Małewski i Tołwiński (Lublin), Rutkowski (Płońsk), Maciesza (Płock), Certowicz (Włocławek), Sochaczewski (Dęblin), Klarner (Bełżyce), Sterling (Łódź), Tymiński (Lublin), Bączkiewicz (Warszawa), W. Puławski (Radziejów), A. Puławski (Nałęczów), Michałowski (Żelechów), Michelis (Chełm), Gorbaczewski (Turobin), Horodyski (Potok) i t. d. Program obrad obejmuje następujące działy: 1) O stanie zdrowotnym i potrzebach wsi. 2) O stanie zdrowotnym Lublina i miast większych i mniejszych. 3) Walka z chorobami zakaźnemi. 4) Walka ze śmiertelnością dzieci. 5) Popularyzacya higieny. 6) Gimnastyka i sport.

— Czytamy w dziennikach warszawskich, co następuje: »Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza oświadczyła się za koniecznością zastostosowania we wszystkich państwach jej uchwał co do obowiązkowego meldowania o wypadkach zasłabnięcia na gruźlicę. Podzielając powyższą uchwałę, ministeryum spraw wewnętrznych poleciło tutejszym gubernatorom poczynić właściwe zarządzenia«.

— Jak wiadomo, liczba miejsc w szpitalach warszawskich jest zupełnie niewystarczająca. Jednakże niektóre dzielnice miasta są pod tym względem w szczególnie złych warunkach. Zdaniem Dr K. Niedzielskiego (»Kurjer warsz.« 11. VII) w najgorszem położeniu są dzielnice, korzystające ze szpitala wolskiego; toteż znaczne rozszerzenie i ulepszenie tego szpitala, a głównie utworzenie w nim oddziału chirurgicznego, uważa Dr Niedzielski za jedną z najpilniejszych potrzeb.

— W Tow. lekarskiem w Lublinie wybrani zostali: prezesem Dr Tołwiński, wiceprezesem Dr Jaworowski, sekretarzem Dr Modrzewski, skarbnikiem Dr Staniszewski, bibliotekarzem Dr Rotkiel.

— »Towarzystwo przyjaciół Buska«, utworzone na wzór podobnego Towarzystwa ciechocińskiego, uzyskało zatwierdzenie władz.

— Rada ministrów uchwaliła ostatecznie projekt ubezpieczenia robotników i postanowiła wnieść go do Dumy. Dotkniętym chorobą robotnikom mają udzielać zapomóg pieniężnych, jakoteż pomocy lekarskiej szpitalnej i ambulatoryjnej Kasy chorych nowego typu. Funduszów Kasom mają dostarczać właściciele fabryk (w stosunku $^2/_5$ ogólnej kwoty) i robotnicy (w stosunku $^3/_5$). Zwierzchni dozór nad sprawami ubezpieczeń i zapomóg proponuje projekt powierzyć umyślnej Radzie, złożonej również z przedstawicieli władz i kół zainteresowanych. Przewodniczyć w niej ma minister handlu i przemysłu.

— 4. VII. b. r. odsłonięto w szpitalu Dz. Jezus tablicę pamiątkową ś. p. Dr Wł. Krajewskiego. Przy odsłonięciu przemawiali Dr Karczewski i naczelny lekarz szpitala Dr Karwowski.

Z różnych stron. W zakładach dla obłąkanych w Berlinie mają być na próbę mianowane asystentki-kobiety, po jednej w każdym.

— Z Anglii wyrusza we wrześniu nowa wyprawa naukowa celem badań nad śpiączką afrykańską.

— W Medyolanie ofiarował pewien dobroczyńca 25,000 lirów na utworzenie zakładu im. Bassiniego dla ubogich, dotkniętych przepukliną.

— XXI. Zjazd chirurgów francuskich rozpocznie się 5. X. b. r. Tematami obrad będą: 1) Chirurgia przewodów żółciowych. 2) Chirurgiczne leczenie jam kostnych chorobowych. 3) Chirurgiczne leczenie rwy twarzowej.

— Na schronisko dla lekarzy otrzymało petersburskie Towarzystwo dobroczynno-lekarskie zapis 700,000 rb.

— Gmina m. Wiednia zaciąga pożyczkę aż 360 milionów koron, z których część znaczna obrócona będzie na cele sanitarne (n. p. otoczenie Wiednia pierścieniem łąk i lasów 35 mil., rozszerzenie wodociągów 25 mil., bruki 30 mil., kanały 9 mil., szpital jubileuszowy 10 mil. i t. p.).

— Znakomity chemik, lord Ramsay, zwrócił się do jednego z posłów do parlamentu austr. z wezwaniem o uzyskanie od rządu założenia pracowni dla badań promieniotwórczości.

— W Wiedniu otwarto niedawno pierwszy w Austryi »żłóbek« dla niemowląt w lesie (Waldkrippe).

Mianowani. Prof. Garten z Lipska profesorem fizyologii w Giessen, Dr Warren profesorem anatomii w Cambridge.

Dr Zygmunt Lewicki I. sekundaryuszem szpitala w Samborze, Dr H. Balabayder asystentem kliniki lekarskiej, a Dr A. Acht asystentem kliniki okulistycznej we Lwowie, Dr Kazimierz Kaczyński lekarzem miejscowym szpitala św. Rocha, a Dr J. Rosenberg asystentem-eksternem szpitala izraelickiego w Warszawie, Dr W. Wrześniewski lekarzem powiatu nieszawskiego, Dr K. Poliwka asystentem kliniki dermat., a Dr J. Kostecki asystentem kliniki dziecięcej w Krakowie; Dr Janusz Niementowski sekundaryuszem kraj. szpitala we Lwowie.

Zmarli. Dr Zygmunt Zapolya-Zapolski w Winnicy na Podolu w 63 r. ż.;

Dr Aleksander Heinrich w 73 r. ż. w Warszawie; ur. w Warszawie, wychowaniec Akademii petersburskiej, którą ukończył w r. 1860, następnie ordynator szpitala ujazdowskiego, autor kilku rozpraw (»De laryngitide crouposa« 1860, »Zmiany na trupach cholerycznych« 1867, tłómaczenie I części »Dziejów lecznictwa« Haesera i t. d.);

farmakolog Prof. Liebreich w Berlinie, chirurg Prof. Deneffe w Gandawie.

Redakcya otrzymała: Browiński i Dąbrowski: O metodzie ilościowego określania żółtego podstawowego barwika moczu (urochromu). Akad. Umiej. Kraków 1908. — Janowski: Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymywanych przez przełyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa, oraz parę uwag o bradykardyi. »Med. i Kron. lek.« 1908. — J. Jaworski: Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. »Zdrowie« 1908. — Janiszewski: Kilka uwag o oddziałach szpitalnych dla chorób zakaźnych »Tyg. lek«. 1908. — Puławski A.: Materyały do historyi zakładu leczniczego w Nałęczowie. 1908. — W. Nowicki: Badania nad wyrostkiem robaczkowym. »Tyg. lek.« 1908. — Hornowski i Nowicki: Histologische Untersuchungen über die Nebennieren bei Arteriosklerose etc. »Virchows Archiv« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Salit szybko uśmierzający ból i leczący **środek do wcierania** przy **cierpieniach gośćcowych** (gościec mięśniowy, ostre nerwobóle, zapalenie torebek ścięgnistych, zapalenie opłucnej gośćcowe). Salit znosi skóra w stanie nierozcieńczonym. Bez wszelkich objawów ubocznych.

Duotal Duotal „Heyden“, nietrujący, bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu. Wyborny lek w **gruźlicy płuc i przewlekłych nieżytach narządów oddechowych.**

Novargan Novargan umożliwie intenzywne leczenie bakteryobójcze wiewióra, gdyż z powodu braku działania drażniącego może być także w stosunkowo silnych zgęszczeniach stosowany.

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia natychmiastowy, **trwały brak bolesności** przy bolesnych cierpieniach oczu i przy przyżeganiach **bez żadnego działania ubocznego na oko.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KĄPIEL MORSKA GRADO.

PENSYONAT I ZAKŁAD LECZNICZY „Alla Salute“.

Zakład I-rzędny. 40 wykwitnie urządzonych pokoi z balkonami, wszystkie z widokiem na morze. Elektryczne oświetlenie. Lokale towarzyskie, loggie, piękny ogród. Pokoje tygodniowo i miesięcznie.

Przytem połączenie z postępowo urządzonym zakładem dla chirurgii, ortopedyi i całkowite leczenie fizykalne. Kursa gimnastyczne dla dorosłych i dzieci. Otwarty przez cały rok, także dla leczenia zimowego.

Prospekty przez zarząd bezpłatnie. 284

Lekarz kierujący i właściciel **Dr M. Oransz.**

Nazwa zastrzeżona. **Extractum Chinae „Nanning“** Nazwa zastrzeżona.

(Najlepsze współczesne Stomachicum).

Przepisywane w Kasach chorych w Berlinie.

Wskazane w:

1) braku apet. u bledn. (Dysmen. znikła po dłuższem używaniu tego środka).
2) braku apetytu u zołzowatych i gruźliczych.
3) ostrym i przewlekłym nieżycie żołądka.
4) u gorączkujących i w gorączce przyrannej.
5) u ozdrowieńców.
6) w wymiotach ciężarnych.
7) w przew. nież. żołądka wskutek nadużywania wyskoku.
8) w niestrawności pod wpływem Hg. i jodku potasu.

Oryginalne **flakony** po Kor. tylko w aptekach.

Wyrabia jedynie **Dr H. NANNING, aptekarz, Den Haag s. (Holandya).**

Zastępca generalny na Austro-Węgry:

LUDWIK FUCHS, Wien I. Annagasse 3.

Odsprzedaje się tylko aptekarzom. 207

Próbki i literatura bezpłatnie.

MARYÓWKA

SANATORYUM i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra ZAKRZEWSKIEGO

POD LWOWEM. 292

Po powrocie z Lida przyjmuję chorych celem leczenia wszelkiego rodzaju chorób z wykluczeniem chorych umysłowo, suchotników, zakaźnych i epileptyków.

Prospekty wysyłam i wszelkich wyjaśnień udzielam odwrotnie. Dr ZAKRZEWSKI, Tel. 572. Lwów, 14. Maryówka.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

202

Proszę przepisywać i żądać tylko:

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.
Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.
Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.
Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla").
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.
Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".

Rok XLVII. Kraków, dnia 25. lipca 1908. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr L. Popielski).

O zachowaniu się jodheminy w ustroju.

Podali

F. Czubalski i W. Jakowicki
słuchacze medycyny.

Badania fizyologiczne niejednokrotnie przyczyniły się do wyjaśnienia pytania o budowie chemicznej ciał. Należy pamiętać, że w jelitach podczas trawienia zachodzą takie sprawy chemiczne, które powtórzyć nie zawsze możemy w probówce. Jeżeli wprowadzimy do ustroju jakiekolwiek ciało i badać będziemy produkty rozkładu tego ciała w moczu, to na podstawie własności chemicznych tych produktów możemy wnosić o budowie pierwotnego ciała. Również brak pewnych składników w moczu, wchodzących w skład danego ciała, może nam dać pojęcie, w jaki sposób ten składnik jest związany z innymi. Niezwykle zajmującem pod tym względem było zbadać zachowanie się w ustroju heminy, produktu, otrzymywanego z hemoglobiny, która w postaci rozmaitych przetworów znajduje obszerne zastosowanie w medycynie. Sposobność do zbadania we wskazanym kierunku heminy nadarzyła się z powodu otrzymanych przez Zalewskiego i Merunowicza[1]) produktów, analogicznych do chlorheminy w postaci jodheminy. Badanie jodheminy tem bardziej było pociągające, że jodhemina, zawierając w swojej drobinie 17,03% jodu, mogła się okazać środkiem zastępującym NaJ. Do badań użyliśmy jodheminy, danej nam przez jednego z autorów (Merunowicza). Jodhemina jest proszkiem sypkim, krystalicznym, stalowego koloru. W wodzie się nie rozpuszcza, a także w HCl jest nierozpuszczalna. W sodzie rozpuszcza się słabo, w silnych zasadach lepiej. Celem naszego badania było przekonać się, czy jod dostaje się do krwi, t. j. czy wydziela się z moczem, a następnie, czy nie wywiera szkodliwego wpływu na ogólny stan ustroju.

Badania nad wpływem jodheminy na ustrój przeprowadzono na dwóch psach, a mianowicie na psie, ważącym 7000,0 w chwili przystąpienia do badania i na psie wagi 9500,0. Badanie na pierwszym psie (suka) przeprowadzono w czasie od 18. X. do 20. XI. 1907. Jodheminę podawano przez jamę ustną i to albo w postaci stałej z mięsem (4 razy), albo w postaci zawiesiny z wodą (w 200 cm^3) — 8 razy, albo w rozczynie 2% sody w celu dokładniejszego rozpuszczenia jodheminy; ten ostatni sposób stosowano tylko dwa razy, gdyż przekonaliśmy się, że w wyżej podanym rozczynie sody jodhemina rozpuszcza się słabo. Jodheminę, podawaną w postaci zawiesiny, wprowadzano do żołądka zapomocą zgłębnika. Jodheminę wprowadzano zawsze o tej samej porze dnia.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że podawanie jodheminy w dawkach od 0,5 do 1,0 na dobę nie wywoływało u psa ani bezpośrednio po wprowadzeniu, ani po upływie dłuższego czasu żadnych wyraźnych, wpadających w oczy zaburzeń; owszem należy zaznaczyć, że pies przez cały czas doświadczenia zachowywał się zupełnie prawidłowo, był wesoły i z apetytem spożywał podawane mu jedzenie; waga psa nie ulegała wielkim wahaniom.

Główną uwagę zwróciliśmy na rozstrzygnięcie pytania czy jod z jodheminy przedostaje się do moczu. Dla wykrycia jodu w moczu posługiwaliśmy się następującą metodą: do probówki z moczem dodawano niewielką ilość klajstru krochmalnego (brano 1 część krochmalu na 100 części wody, dokładnie rozcierano, a następnie, mieszając, nagrzewano do zagotowania; klajster zlewano z osadu; ze względu na szybkie psucie się klajstru, przygotowywano co drugi, najwyżej co trzeci dzień świeżą porcyę), dolewano kilka kropli kwasu siarkowego stężonego, oraz dymiącego kwasu azotowego: ciemno-błękitne zabarwienie dowodziło obecności jodu w moczu. Ilościowo badano jod w moczu początkowo w ten sposób, że po otrzymaniu niebieskiego zabarwienia w moczu w obecności jodu i klajstru miareczkowano ten mocz zapomocą podsiarczynu sodowego *(natrium hyposulfurosum)*, (którego miano określono zapomocą sublimowanego jodu, rozpuszczonego w JK) aż do zniknięcia charakterystycznego zabarwienia. Kiedyśmy się jednak przekonali, że metoda ta daje zbyt wysokie liczby, przeszliśmy do ściślejszej metody obliczania jodu w moczu, której zasada polegała na tem, że mocz odparowany w srebrnym tygielku do suchości, stapiano z nadmiarem ługu sodowego, następnie dodawano, dla odbarwienia, saletry, rozpuszczano w gorącej wodzie, oraz zobojętniano kwasem solnym; w końcu miareczkowano zapomocą podsiarczynu sodowego. Wszystkie przytoczone poniżej obliczenia jodu przeprowadzono właśnie w powyższy sposób. Otóż okazało się, że po wprowadzeniu 0,5 jodheminy psu wagi 7000,0 — jodu nie było w moczu wcale; raz

[1]) Extrait du Bulletin de l'Académie des sciences de Cracovie, Classe de sc. math. et naturelles. Juillet 1907.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Antonin Veselý: **Klinické vysetrovaci methody a lekarská technika.** (Praga. Nakład Bursika i Kohouta. Część II. Zeszyty I—IX).

W r. 1902 zdaliśmy sprawę z I. części podręcznika Prof. A. Veselýego (p. »Przegl. lekarski« 1902, Nr 42). Niestrudzony autor i znakomity nauczyciel prowadził w następnych latach dalszy ciąg swej pożytecznej pracy i w r. 1907 zakończył część II w 9 zeszytach, obejmujących: I. Metody klinicznego mierzenia. II. Metody graficzne. III. Badanie przy pomocy X-promieni. IV. Zastosowanie kliniczne zwierciadeł. V. Palpacya. VI. Opukiwanie. VII. Osłuchiwanie.

O wartości każdego podręcznika rozstrzyga intelektualne i techniczne przystosowanie go do zamierzonego celu, t. j. do nauczania ucznia i informowania w potrzebie praktycznego lekarza: te dwa główne zadania powiodło się autorowi ziścić w całej pełni. Jeśli w nauczaniu medycyny klinicznej może co zastąpić żywe słowo i badanie na chorym, to chyba taki podręcznik, jak ten Prof. A. Veselýego, w którym zwięzłość i jasność stylu łączy się ze znakomicie wykonanemi rycinami. Dzieło Prof. A. Veselýego może być wzorem typu tego rodzaju podręczników. *A. K.*

Fizyologia i patologia nadnercza.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Stanisław Welecki,

demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

(Dokończenie.)

Drugie poważne zaburzenie po wstrzykiwaniach przetworów nadnercza zauważył Josué. Wstrzykując królikom śródżylnie adrenalinę, zauważył on u nich po pewnym czasie zmiany w tętnicy głównej, które uważał za pewien rodzaj miażdżycy. Późniejsze badania, między innemi praca Męsowicza, dowiodły, że zmian tych nie można uważać za identyczne z miażdżycą u ludzi, bo kiedy ta zaczyna się od błony wewnętrznej naczyń, to zmiany adrenalinowe zaczynają się w błonie środkowej, wiodą do wytworzenia się miejscowych ognisk martwicy i tętniaków w obumarłych miejscach. (Koranyi, Boveri). Powstanie tych zmian powstrzymywać ma często równoczesne podawanie przetworów jodowych. W ostatnich miesiącach pojawiła się praca Hornowskiego i Nowickiego, zawierająca wyniki badań nad stanem nadnercza w ustroju ludzkim, dotkniętym zmianami miażdżycowemi. Autorowie ci znaleźli wprawdzie w nadnerczach takich ludzi zmiany, cechujące się w ogólności sprawą zanikową i to głównie dotyczącą kory, a przedewszystkiem jej warstwy kłębkowej z następowym rozwojem tkanki łącznej podścieliskowej, z występowaniem zwyrodnień w warstwie pęczkowej i silnem nagromadzeniem barwika w warstwie siatkowej. Zmian tych jednak nie stawiają w zależności od samej miażdżycy i nie uważają ich za znamienne dla niej, ponieważ widzieli je też niejednokrotnie u ludzi starych, miażdżycą nie dotkniętych.

Zmiany w nadnerczu stwierdzono w ostatnich latach przy innych sprawach chorobowych ustroju. Muratow znalazł u chorej, zmarłej wśród okresu szałowego w obłąkaniu okresowem, zmiany anatomiczne w nadnerczach; miały one znamiona zmian zapalnych ostrych. Na podstawie tego przypadku, jakoteż przypadków opisywanych przedtem, przyjmuje on współzawisłość między chorobami umysłowemi, a zmianami w nadnerczach. Przypuszcza mianowicie, że jednorazowy ostry wybuch szału wywołuje ostre zmiany zapalne w nadnerczu, obłąkaniu zaś okresowemu o przewlekłym przebiegu odpowiadać mają zmiany przewlekłe zapalno-zwyradniające w nadnerczach. W związku też ze zmianami nadnerczy stawia powstawanie przedwczesnego otępienia umysłowego (*dementia praecox*).

Bossi, przypuszczając, że własność nadnercza zwężania naczyń mogłaby wpływać korzystnie na krążenie krwi i naczynia w jajnikach, szpiku i macicy w przebiegu zmięknienia kości, próbował leczenia adrenaliną w tej chorobie. Wstrzykiwał 1—2 razy dziennie po 0,5 ctgr. adrenaliny w rozczynie 1: 1000 podskórnie i stwierdził, że po niewielu już wstrzyknięciach podmiotowe przykre objawy znikały, a zaczynały też ustępować zmiany przedmiotowe. Chore zaczynały poruszać kończynami, a przy pomocy badania wewnętrznego spostrzedz się dawał powrót kości do stanu prawidłowego; po 25. dawce adrenaliny stan miednicy tak się miał poprawić, że chora, u której zachodziło bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego, urodziła siłami przyrody bliźnięta, a po odbyciu prawidłowego połogu opuściła klinikę wyleczona. Podobnie dobre wyniki lecznicze otrzymywać miał Bossi w przewlekłem zmięknieniu kości. Radyogramy, zdejmowane przed i po leczeniu, wskazywały na wybitne polepszenie. Doświadczenia z wycięciem nadnerczy z owiec ciężarnych wskazywały również na związek między nadnerczem, a zmięknieniem kości. — Zbierając te spostrzeżenia, dochodzi Bossi do wniosku, że zmięknienie kości jest prawdopodobnie skutkiem wadliwego działania nadnerczy, a nie zależy od jajników. Doświadczenia Bossiego czekają jeszcze na potwierdzenie.

W ostatnich dniach pojawiła się praca Lohmanna, który podaje, że substancya korowa nadnercza wydziela także cholinę, która ma znaczenie antagonisty wobec adrenaliny (suprareniny), co do działania na serce, naczynia i t. d. Prócz tego cholina, wstrzyknięta królikom lub kotu podskórnie, wywołuje wybitny ślinotok, dający się powstrzymać przez następowe wstrzyknięcie suprareniny. Lohmann bada dalej działanie choliny na cukrzycę nadnerczynową; — do wyników pewnych nie doszedł jeszcze.

Jakkolwiek wszystkich czynności nadnercza jeszcze nie znamy, a te pojęcia, które mamy o jego znaczeniu, są często jeszcze oderwane i nie dadzą się całkiem dokładnie wyjaśnić, to jednak już na podstawie tego, co do dziś dnia wiemy, możemy stwierdzić, że nadnercze jest narządem o bardzo wybitnej korrelacyi, że zmiany jego bardzo wyraźnie odbijają się na całym ustroju, a naodwrót wiele spraw, toczących się w ustroju, wywołuje ze strony nadnercza wyraźny odczyn.

Piśmiennictwo. Ecker: 1) Der feinere Bau d. Nebennieren b. Menschen u. 4 Wirberthierklassen. Braunschweig, 1846. — 2) Frey: Suprarenal capsules: Todds Cyclop. of Anat. Oct. 1849. — 3) Köllicker: Handb, d. Gewebelehre. Leipzig, 1855. — 4) v. Brunn: Beiträge zur Kenntniss d. feineren Baues u. d. Entwickelung d. Nebennieren (Archiv. f. mikr. Anat. T. 623). — 5) Szymonowicz: O nadnerczu ze stanowiska morfol. i fizyologicznego 1895, Kraków. — 6) N. Cybulski: O funkcyi nadnercza. Warszawa, 1895. — 7) Boruttau: Erfahrungen über die Nebennieren. Bonn, 1899. — 8) Boinett: Action antitoxique des capsules surrenales sur la neurine. (Arch. d. phys. norm. et pat. 1896, 412—425). — 9) Langlois et Charrin: Du role des capsules surrénales (C. r. de la Soc. d. biol. 1897). — 10) Abelous: Sur l'action antitoxique des capsules surrenales (C. r. d. la soc. d. biol, 1895). — 11) Oliver i Schäfer: On the physiological action of extract of the suprarenal capsules (Journ. of phys. XII. 1895). — 12) Biedl: Vorläufige Mitteilung üb. d. Wirkung d. Nebennierenextraxtes (Wien. klin. Wochenschr. 1896). — 13) Langlois i Charrin: Du role des capsules surrenales dans la résistence à certaines infections (C. r. soc. d. biolog. 1896, 708—710). — 14) Fränkel. Beiträge z. Physiologie u. physiolog. Chemie der Nebennieren (Wien. med. Blätter, 1876). — 15) Gourfein: Recherches physiologiques s. l. fonction d. gland. surrenales (Rev. med. d. c. Suisse rom. 1896). — 16) Dubois: Des variations de toxicite des extr. de caps. surrenales (Arch. d. phys. norm. et patol. 1886). — 17) Biedl: Beiträge z. Phys. der Nebenniere (Arch. f. ges. Phys. T. 67). — 18) v. Fürth: Zur Kenntniss der brenzkatechin-ahnlichen Substanz in d. Nebennieren (Zeitschr. f. phys. Chemie T. 24). — 19) Velich: Üb. d. Einwirkung d. Nebennierenextractes auf d. Blutkreislauf. (Wiener med. Wochenschr. 1898). — 20) A. Panella: Azzione anticurarica del principio attivo della capsula surrenale (Zentralbl. f. Physiol. XVI). — 21) Biland: Zmiany w naczyniach i narządach wywołane przetwor. nadnercza (Spr. Przegl. lek. 1906). — 22) Baron: Cukrzyca nadnercz, (Wraczebn. gaz. 1906. — 23) Ehrmann: Zur phys. u. experim. Path. d. Adrenalinsekretion. (Zentralbl. f. Physiolog. T. XVIII). — 24) Agadschaniaur: Über d. Einfluss d. Adrenalins auf d. in Leber u. Muskeln enthaltene Glycogen. (Zentralbl. f. Phys. T. XVIII). — 25) Pruszyński: Gazeta lekarska, 1904. — 26) Velich: Beitrag z. Experimentalstud. d. Nebennierendiabetes (Zentr. f. Phys. T. XVI). — 27) Metzger: Zur Lehre vom Nebennierendiabetes (Zentr. f. Phys. 1902). — 28) Blum: Z. Lehre vom Nebennierendiabetes (Zentr. f. Phys. 1902). — 29) Takamine: The isolation of the active principle of the suprarenal gland (Journ. of Physiol. XVII C). — 30) Korányi: O wpływie jodu na adrenaliną wywołaną miażdżycę tętnic (Spr. Przegl. lek. 1906). — 31) Męsowicz: O zmianach w tętnicach i narządach wew. królika pod wpływem śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krak. 1906). — 32) Ehrmann: Przyczynek do fizyologii i dośw. patologii nadnercza (Spr. Przegl. lek. 1908). — 33) Welecki: Przyczynek do znajomości fizyolog. dział. nadnercza i adrenaliny (Rozpr. Akad. Umiej. 1907). — 34) Muratow: Sowr. Psychiatr, 1907. — 35) Poehl-Tarchanow-Wachs: Rationelle Organotherapie. Petersburg, 1896. — 36) Bossi: Nardnercze, a zmięknienie kości. (Arch. f. Gynakologie 1907, spr. Przegl. lek.). — 37) Neusser: Die Erkrankungen d. Nebennieren. (Nothnagels spec. Patholog. u. Therap. 1897, XVIII). — 38) Kraus: Die Erkrankungen d. Nebennieren (Ebstein-Schwalbes Handb. der pract. Med. 1900). — 39) Dehove, Achard, Castagne: Manuel des maladies des reins et des capsules surrenales. Paris, 1906. — 40) Salvioli i Pezzolini: Sur le different mode d'agir des extrait medullaire et cortical des capsules surrenales (Arch. Ital. de Biolog. 1901). — 41) Bernard et Bigart: Les processus

secretoires dans la substance cortical d. l. gland surrenal. (Zentralbl. für Phys. XVII). — 42) Lohmann: Über die antagonistische Wirkung der in d. Nebennieren enthaltenen Substanzen Suprarenin u. Cholin. (Pflügers Archiv, 1908). — 43) Hornowski i Nowicki: Nadnercze, a miażdżyca (Przegl. lek. 1908):

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

J. Cantacuzène. **Badania w sprawie pochodzenia precypityn.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur*, 1908, Z. I.). Sprawa ta mimo kilku prac jej poświęconych (Dungern, Kraus, Levaditi) nie została dotąd zupełnie wyjaśnioną. C. dowodzi, że precypityny powstają w narządach krwiotwórczych, a w śledzionie w szczególności. I tak, jeśli wstrzyknąć seryi królików po 10 ctm.³ surowicy końskiej pod skórę, to wobec surowicy końskiej bardzo rychło nabywa własności precypitujących wyciąg ze śledziony tych królików, zaś surowica znacznie później. Już w trzecim dniu po wstrzyknięciu daje wyciąg ze śledziony króliczej zmieszany z surowicą końską obfity strąt. Siła precypitująca zrazu rośnie, a potem opada i koło siódmego dnia znika prawie zupełnie, a wtedy zjawiają się precypityny w surowicy i w następnych dniach siła ich w surowicy wzrasta. Na podstawie swych doświadczeń dochodzi C. do wniosku, że narządami, w których wytwarzają się precypityny, są śledziona, gruczoły i szpik kostny, przyczem najpierw zjawiają się precypityny w śledzionie, potem w gruczołach, a wreszcie w szpiku, znikając stąd z chwilą, kiedy znowu pokazują się w krwi. Wobec faktu, że precypityny powstają w narządach, obfitujących w leukocyty jednojądrzaste, wydaje się prawdopodobnem, że właśnie owe ciałka jednojądrzaste są ich źródłem. Za przypuszczeniem tem przemawia też i inne spostrzeżenie. I tak w śledzionie i gruczołach królików, którym wstrzyknięto surowicę końską, można zaraz po zabiegu tym stwierdzić gwałtowny przybytek ciałek jednojądrzastych; w krwi ilość ciałek jednojądrzastych także się powiększa, ale później — a więc hypermononukleoza narządów i krwi idzie równolegle z precypitynami. *Stahr.*

Doc. Zangenmeister. **O leczeniu surowicą zakażeń paciorkowcami.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 16). Dotychczasowe stosowanie surowic przeciwpaciorkowcowych tak przy istniejącem już zakażeniu, jak i zapobiegawcze, nie odnosi pożądanego skutku, a nieraz nawet wprost szkodzi. Przyczyny nie upatruje Z. w tem, że nie stosujemy odpowiednich surowic przeciw danemu gatunkowi paciorkowców, ale w samem sporządzaniu surowicy. Aby surowica działała u człowieka pewnie, powinna pochodzić z pokrewnego gatunku zwierząt. Tak np. przekonał się Z. doświadczalnie, że surowica z konia zupełnie niema leczniczego działania u małp. U człowieka skuteczną byłaby surowica z małp, jako najbliższych gatunkiem. Przy wytwarzaniu surowicy niedość jest więc używać do uodporniania paciorkowców ludzkich, trzeba jeszcze, co ważniejsza, wybrać odpowiedni gatunek zwierząt. *K.*

Simmonds. **Krętek napotykany w rakach.** (*Tow. lek. w Hamburgu* 28. I. 1908). S. badał systematycznie raki co do obecności krętków, (o czem częste spotyka się wzmianki), i przekonał się, że krętków nie spotyka się nigdy w rakach nie rozpadłych. Bardzo często natomiast znaleźć je można w owrzodziałych rakach ust, gardła, przełyku, żołądka, jelit i skóry. Nie ma ich nigdy w rakach sterczu, pęcherzyka żółciowego, pęcherza moczowego i nerek. Wynika z tego, że krętki występują tylko tam, gdzie ślina może zetknąć się z rakiem i pochodzą też zapewne z ust, gdzie się je zwykle stale spotyka. Krętki w rakach są zatem tylko przygodnymi pasorzytami i z krętkiem bladym nic wspólnego nie mają. *K.*

Deetjen. **Krętki w rakach myszy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 22). O ile u ludzi nie spotkano dotąd w nieowrzodziałych złośliwych nowotworach krętków, o tyle u myszy spotyka się je często. D. znajdował prawie we wszystkich guzach rakowych myszy — krętki, a nawet spotykał je u myszy, u których zaszczepiony nowotwór się nie przyjął. Krętki te różnią się wybitnie od krętka kiłowego, są krótsze, a grubsze. Jaki związek zachodzi między obecnością krętków, a nowotworami, niewiadomo; to pewne, że krętki sadowią się przedewszystkiem w okolicy tkanki nowotworowej. *K.*

Oberndorfer. **Szerzenie się raka w kościach.** (*Tow. lek. w Monachium* 5. II. 1908). Przerzuty w kościach spotyka się najczęściej przy rakach sterczu, sutka i gruczołu tarczowego. Nowotwór rzadko tu przechodzi na okostnę. Rak w układzie kostnym występuje w 3 postaciach: 1) niszczącej, 2) tworzącej kość, 3) i w obu razem. Raki gruczołu tarczowego wywołują zwykle w przerzutach niszczenie kości, a raki sutka tworzenie kości. Nowoutworzona kość niema wtedy budowy gąbczastej, lecz jednolitą zbitą. Dlaczego niektóre raki tworzą przerzuty głównie w kościach, niewiadomo. Jedni odnoszą to do ułatwiających tworzenie się przerzutów warunków krążenia krwi w kościach, inni znów n. p. Neusser sądzą, że przerzuty dlatego tworzą się w kościach, bo wspomniane gruczoły (stercz, gr. sutkowy, tarczyca) stoją w pewnym związku ze szpikiem kostnym. Przeciwko temu przemawia jednak to, że czasem także raki żołądka i pęcherza moczowego tworzą przerzuty w kościach. *K.*

Zależność składu treści żołądkowej i chorób żołądka od położenia geograficznego. Na posiedzeniu Tow. lek. w Monachium 8. II. b. r. toczyły się ciekawe w tym przedmiocie rozprawy. Erich Meyer podniósł, że w Monachium spotyka się przy badaniu treści żołądkowej niebywałą liczbę przypadków obniżenia kwaśności soku żołądkowego, a natomiast do wyjątków należą przypadki nadmiernej kwaśności. Z polecenia Meyera zbadał tę sprawę statystycznie Deutschmann i stwierdził, że w 80 prc. badanych przypadków spotyka się zmniejszoną kwaśność mimo wyłączenia raka. W okolicach więc Monachium ten brak i zmniejszenie się kwaśności musi być skutkiem jakichś nieznanych dokładniej wpływów miejscowych. Nawet w przypadkach wrzodu żołądka spotyka się w Monachium obniżoną kwaśność. W innych okolicach Niemiec, n. p. w Hamburgu, spotyka się naodwrót przeważnie wzmożoną kwaśność. Perutz zwrócił znów uwagę na fakt, podany przez Rütimayera, że wrzód żołądka najczęstszym jest w Niemczech na północy, a coraz rzadszym staje się ku południowi. Lenhartz stwierdził, że w Lipsku 45 prc. wrzodów żołądka przebiega wśród zmniejszenia się ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. *K.*

Nastiukow. **O konserwowaniu narządów ludzkich.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 16). N. poleca swój sposób konserwowania narządów, przy którym narządy zachowują swoją prawidłową barwę i zbitość; płyn konserwujący składa się z 2,0 kreozotu bukowego, 10,0 azotanu sodowego, 200,0 gliceryny i 700,0 wody rzecznej. Narządy po sekcyi wkłada się do płynu kreozotowego na dobę lub dłużej, zależnie od ich rozmiarów, a następnie wkłada się je na stałe do płynnych węglowodorów (olej wazelinowy lub nafta; nafta konserwuje lepiej). Konserwującego płynu nie potrzeba zmieniać. Dla okazywania narządów, w ten sposób konserwowanych, należy je wyjąć z węglowodoru i opłukać w wodzie. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ziehen. **Środki nasenne przy chorobach nerwowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 14). Na podstawie swego doświadczenia ocenia Z. środki nasenne, starając się przytem usystemizować ich stosowanie. I tak u neurasteników, u których przyczyną bezsenności jest podrażnienie psychiczne, radzi Z. stosować, jako środek uspokajający, brom w dużych dawkach (2 gr.), lub też środki nasenne zawierające brom, a działające żywiej: bromural i neuronal. Gdzie przyczyna bezsenności leży w zwiększonej pobudliwości ruchowej, jak to bywa u neurasteników, stosuje Z. duboizynę ($^1/_2$—$^3/_4$ mlgr. wewnętrznie) lub też hyoscynę. Paraldehyd i amylenhydrat podaje Z. ze względu na szybkość, a nietrwałość działania u ludzi, u których zasypianie jest trudne, a sen jest po usunięciu nieprzerywany (dawka 3—4 gr.). Chloral, którego nie używa ze względu na szkodliwy wpływ na krążenie, zastępować radzi chloralamidem (dawka 3—4 gr.). Również szybko ma działać isopral. Ze związków sulfonowych uważa Z. za świetny, a nie niebezpieczny lek nasenny, trional w dawkach do 1,5 gr., natomiast nie używa tetronalu i sulfonalu z powodu działania ubocznego. Bardzo poleca stosowanie trionalu z paraldehydem ze względu na szybkie działanie tej mieszanki. Równie dobrze, choć również nie szybko, działa nasennie weronal w dawkach 0,5—1,5 gr. Szkodliwości weronalu Z. nie zauważył; spostrzegał tylko po dłuższem stosowaniu wysypki skórne, występujące z podniesieniem ciepłoty. Uretan i hedonal uważa Z. za leki niepewne; szybko działa proponal, jednak ze względu na toksyczność środka tego radzi Z. stosować go w niewielkich dawkach 0,3—0,4 gr. (0,5 dawka toksyczna). Wreszcie radzi Z. często zmieniać środki nasenne i wskazuje na brak takiego środka nasennego, któryby stosowany podskórnie wywoływał sen, ponieważ w chorobach nerwowych nie powinno się stosować hyoscyny i duboisyny podskórnie. *Dr Skórczewski.*

Thoms. **Nowe środki nasenne z uwzględnieniem stosunku między ich budową chemiczną, a działaniem.** (*Deut. med. Wochs.* 1908, Nr 14). T. dzieli środki nasenne (z pominięciem przetworów makowca) zależnie od działającego w nich pierwiastka na chlorowcowe, alkylowe i aldehydowe. Do pierwszych zalicza chloral, z jego pokrewnymi chloralformidem, chloralozą, dormiolem, hypnalem, isopralem, dalej połączenia chlorowców z kwasami amidowymi, jak neuronal, bromural. W drugiej grupie umieszcza przetwory, których działanie nasenne odnieść należy do grupy alkylowej, a więc alkohole, jak alkohol etylowy, wodnik amylenu, dalej połączenia sulfonu z metanami: sulfonal, trional, tetronal; podstawione amidy kwasu węglowego: uretan, hedonal; pochodne od mocznika: weronal, proponal. Ostatnia grupa zawiera wreszcie aldehydy i ketony; tu zalicza T. acetaldehyd, paraldehyd, aceton, propion i hypnon. T. stwierdza, że wszystkie przetwory nasenne nie są wolne od szkodliwego działania ubocznego i że obecnie nie posiadamy środka bezwzględnie skutecznego, a zupełnie nieszkodliwego. *Dr Skórczewski.*

Bachem. **W sprawie stosowania środków wymiotnych.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 17). Badania nad działaniem środków wymiotnych doprowadziły B. do następujących wyników: wyskok zobojętnia działanie wymiotne korzenia wymiotnicy i winnika wymiotnego, z tego też powodu nie należy używać wina wymiotnego, ani też nalewki. Natomiast nie wpływa wyskok na działanie apomorfiny, gdyż ona nie działa z żołądka, lecz z rdzenia przedłużonego. Natomiast wstrzyknięcie równoczesne adrenaliny, tak naturalnej, jak i sztucznej, wstrzymuje lub zwalnia znacznie wymiotne działanie apomorfiny. Z gatunków korzeni wymiotnicy znacznie lepszym jest kartageński, niż brazylijski, albowiem pierwszy zawiera znacznie więcej zefaeliny, niż emetyny, a wymiotnie działa głównie właśnie zefaelina. *K.*

L. Steinberg. **O jodglidynie.** (*Allg. med. Ztr. Ztg.* 1908, Nr 12). Nowy ten przetwór jodu zdaje się posiadać wszelkie warunki, aby nie wywoływać niemiłych skutków ubocznych. Powolne wessanie zawartego w nim jodu jest pod względem leczniczym korzystne, brak zaś obawy jodzicy pozwala podawać przetwór ten przez czas długi, co jest szczególnie ważne w chorobach serca i naczyń. S. uzyskał zapomocą jodglidyny dobre wyniki w miażdżycy tętnic, dychawicy sercowej, duszność bolesnej, w przypadłościach sercowych wskutek zatrucia nikotyną i w przypadkach wiądu. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Peters. **Hygiopon, nowy przetwór żelaza.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1908, Nr 10). Nowy ten przetwór ma posiadać następujące zalety: 1) bardzo wielką wessalność w jelitach, 2) łatwość przyswajania się w ustroju, ponieważ ma zawierać żelazo w rozczynie w postaci podobnej do tej, jak żelazo, znajdujące się w ustroju, 3) czystość, t. j. brak wszelkich działań ubocznych, co dozwala go stosować nawet u chorych na żołądek i wrażliwych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Biernacki. **W sprawie laktobacyliny.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 17). Badania wymiany materyi, wykonane przez autora, dowiodły, że laktobacylina potęguje w znacznym stopniu wyzyskanie pokarmów w przewodzie pokarmowym. Dzieje się to na drodze silnego podrażnienia przewodu pokarmowego przez bakterye kwasu mlecznego (*bacillus bulgaricus, paralacticus*), względnie przez ich chemiczne składniki, a nie na drodze działania kwasu mlecznego, jak to twierdzi Miecznikow. Tak samo wynika z badań B., że ilość eterosiarkanów w moczu bynajmniej nie bywa przy podawaniu laktobacyliny zmniejszoną, co Miecznikow i jego zwolennicy uważali za wyraz zmniejszonego gnicia jelitowego. Co się zaś tyczy zmienionej flory jelitowej, względnie zmniejszenia się bakteryi jelitowych w stolcach, to tego zjawiska nie należy według B. tłómaczyć »antagonizmem bakteryi«, jak to czyni Miecznikow, lecz odnieść je należy do zmienionego gatunku pokarmów i lepszego ich wyzyskania. Według badań Schmidta i Strassburgera nawet czysto fizyczne czynniki, jak n. p. ubytek wody w stolcu i zatwardzenie wpłynąć mogą na zmniejszenie bakteryi gnilnych w kale. *Dr Blassberg.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Fraenkel. **Znaczenie praktyczne odczynu Barberio z nasieniem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 16). F. badał wartość odczynu, polegającego, jak wiadomo, na występowaniu żółtawych osełkowatych kryształów po zetknięciu się materyału, zawierającego nasienie z wysyconym kwasem pikrynowym i doszedł do przekonania, że rzeczywiście kryształy te nie występują wobec innych ciał, jak moczu, kału, śluzu, śliny, wydzieliny pochwy, że jednak występują, choć nie tak obficie i tylko w miejscu zetknięcia się kropli, wobec wyciągów wątroby, wyciągu Liebiga i to po podgrzaniu. W porównaniu do odczynu Florencea, odczyn Barberio występuje trudniej wobec nasienia, dalej kształty kryształów są tu mniej znamienne. Odczyn dodatni stwierdza z pewnością obecność nasienia, jednak niekoniecznie ludzkiego, ponieważ odczyn ten daje i Poehlowska spermina; odczyn ujemny nie wyłącza obecności nasienia. Za odczyn dodatni uważał F. natychmiastowe obfite występowanie kryształów nawet w nadmiarze rozczynu. *Dr Skórczewski.*

Baumann. **Dwa przypadki choroby płuc w związku z urazem.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 21). 16-letni chłopak spadł z roweru w tył, mając na plecach ciężki koszyk. Zaraz zjawiło się krwioplucie, w godzinę dreszcze, a w końcu zapalenie płuc. Dodać należy, że u tego chłopca oba szczyty płuc były przedtem gruźliczo zajęte. W drugim przypadku u 20-letniego mężczyzny po złamaniu pierwszego żebra wystąpił krwiak, który zropiał i wywołał następowo zapalenie opłucnej, osierdzia, płuc, a w końcu ropnicę. *K.*

Huber (sędzia śledczy); **Usiłowane morderstwo popełnione przez chorego na padaczkę.** (*Arch. f. Kriminalantropolog. u. Kriminalistik* 1907. Bd. 28). 20-letni chłopak krawiecki zakrada się w nocy do sypialni swego majstra i brzytwą, wyjętą ze stolika, zadaje mu trzy rany w szyję; głębszemu jednak wniknięciu noża przeszkodził guzik od koszuli, co majstrowi życie ocaliło. Chłopaka skazano za skrycie wykonany napad z zamiarem morderczym na 3 lata ciężkiego więzienia. Sprawą tą zajął się wydział lek. w Insbruku, który stwierdził w swem orzeczeniu niewątpliwe istnienie podkładu padaczkowego u zasądzonego i orzekł, iż czyn jego, spełniony popędowo z następową częściową niepamięcią, jest wynikiem stanu chorobowo zmienionej świadomości, w którym działały jako główne czynniki zmienne usposobienie chłopca, niezadowolenie ze służby, tęsknota do domu itp. Na mocy tego dochodzenia, postępowania karnego zaniechano. *J. Nowaczyński.*

A. Margulies. **Wzmożona łatwość poddawania** (*Suggestibilität*) **w stanie popadaczkowym.** (*Arch. f. Kriminal antrophol. u. Kriminalistik* 1907. Bd. 28). Pewien urzędnik, po otrzymaniu zresztą logicznie napisanego listu, który nakazywał mu w ciągu trzech dni wyjechać do Ameryki pod groźbą ogłoszenia jego występków przeciw moralności, odebrał sobie życie. Śledztwo wykazało, iż autorem listu był jakiś krawiec, który też na podstawie orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego, iż w chwili czynu był prawnie odpowiedzialny, został skazany na jeden miesiąc więzienia. Tymczasem Wydz. lek. praski, który zajął się tą sprawą, stwierdził, iż zasądzony jest chory na padaczkę, że list ów napisał za namową politycznego wroga owego urzędnika i to krótko po napadzie, a więc w chwili, kiedy znajdował się w stanie popadaczkowego zajęcia sfery wyobrażeń tak, iż bez oporu woli poddawał się obcym wpływom. Tę łatwość poddawania myśli po napadach padaczki stwierdzono rzeczywiście doświadczalnie w klinice u innych chorych, z których jednego np. nakłoniono bardzo łatwo do podpisania listu dłużnego, u innego znów zdołano wytworzyć różne urojenia. Za przyczynę owej wzmożonej zdolności poddawania uważa M. następowe wyczerpanie po napadzie padaczkowym, wskutek czego pod wpływem osób obcych, lub nawet dawnych wyobrażeń, popełnia chory czyny, nie zgadzające się zupełnie z naturą, ani zachowaniem się chorego, i to nawet mimo jego znacznej zdolności oryentowania się i przytomności umysłu. Na stany te więc powinien znawca zwracać uwagę przy osądzaniu prawnych wykroczeń u chorych na padaczkę. *J. Nowaczyński.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy łuszczycy radzi Barendt (*Therap. Monatsh.* Z. 11) usuwać najpierw łuski zapomocą wcierania szarego mydła. Rano kąpiel i energiczne szczotkowanie skóry. Na owłosionej skórze wcierać należy spirytus mydlany. Po tej wstępnej procedurze wciera się rano i wieczorem 9 prc. maść chryzarobinową w miejsca chore tak długo, aż zbieleją. Celem zabezpieczenia zdrowej skóry posypuje się ją potem pudrem (z mączki ryżowej, łojku i cynku). Po maści chryzarobinowej, osiągnąwszy białe zabarwienie plam, stosuje się maść rtęciową białą. Na głowie stosować należy ją nawet odrazu. Czasem lepiej od chryzarobiny działa eugallol (na pół z acetonem). Celem zapobiegania nawrotom podawać należy miesiącami wewnętrznie arsen, a miejsca, w których była łuszczyca, smarować 3 razy tygodniowo 2—3 prc. maścią β-naphtholową. Bielizny wełnianej należy unikać. *K.*

Spluwaczka w zakładach przemysłowych. Hauck w *»Zeitschr. f. Gewerbehygiene«* 1908, Nr 27 przytacza powody, dla których spluwaczka nie przyjęła się w zakładach przemysłowych. Przedewszystkiem winni temu są majstrowie, urzędnicy i t. p., który nietylko nie znających higieny robotników nie pouczają słowem i przykładem; ale sami plują, gdzie się zdarzy, a następnie brak dobrego modelu spluwaczki dla fabryk i nieodpowiednie pomieszczenie spluwaczek. Za najodpowiedniejsze uważa autor naczynie, 15 ctm. wysokie, o średnicy w górze najmniej 20 ctm. i o stromych ścianach lejka. Spluwaczka nie powinna stać gdzieś w ciemnym kącie na ziemi, ale powinna być umieszczona w wysokości stołu (t. j. 80—100 ctm.) na ścianie, filarach itp. Spluwaczki powinny być sporządzone z biało emaliowanego metalu i wypełnione 2 prc. kwasem karbolowym, lub lizolem. Czyścić należy je wodą gorącą i parą. *K.*

Dychawicę i przewlekłe nieżyty oskrzeli leczy Knopft we Frankfurcie gimnastyką podług Sängera. Przy nieżytach oskrzeli uważać należy, by przy wdechu rozszerzały się i dolne okolice klatki piersiowej, dalej, by chorzy kaszleli tylko wtedy, gdy coś mają odpluć. *K.*

W epidemii krztuśca w Bonn zastosował Kaupe w 60 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem *»Dialysat herb. Thymi et Pinguiculae«* i poleca ten środek gorąco. Wyrabia go firma »La Zyma« w Aigle w Szwajcaryi. Dzieciom poniżej 5 lat podaje się 2 razy dziennie (rano naczczo) kroplę leku w łyżce wody; gdy napady jeszcze nie ustają, daje się po 2—3 krople. U dzieci starszych zaczyna się od 2 kropli i dochodzi do 4. Leczenie to już po 1—2 dniach wywierać ma korzystny skutek. *K.*

Zamiast tranu z fosforem poleca Weissmann podany przez Lungwitza »rachisan«, zawierający 30 prc. tranu, 0,1 prc. jodu, 0,8 prc. lecytyny i 1·75 prc. nukleiny, 0,3 prc. żelaza i około 0,05 fosforu. Podaje się dziennie trzy łyżki dziecinne. *K.*

W marskości wątroby poleca Moerlin podskórne wstrzykiwania fibrolizyny (3 razy na tydzień po 2—3 ctm.^{3} w okolicę wątroby). *K.*

Bolesność wstrzykiwań thiosinaminy usunąć można podług Pollaka przez używanie mieszaniny thiosinaminy, gliceryny i wody w równych częściach. Wstrzykiwania takie można robić potem i kilka razy na tydzień. *K.*

Chirurgiczną gruźlicę poleca Wreden gorąco leczyć wstrzykiwaniami kamfor-naftolowemi. Do jam ropni i przetok wstrzykuje się kamfor-naftol nierozcieńczony, w tkanki w zawiesinie glicerynowej 1: 5—2. *K.*

Stawy wrzekome leczy Turner, dyrektor ortopedycznej kliniki w Petersburgu, przez codzienne opukiwanie okolicznych części miękkich młoteczkiem opukowym. K.

Nowy wziernik trójlistny Wassermanna z Franzensbadu pozwala badać dziewice, oś bowiem wziernika przypada właśnie na okolicę błony dziewiczej, tak że błona nie ulega rozciągnięciu. *K.*

Wczesne wstawanie po porodzie. Rosenfeld w Wiedniu dozwala swym pacyentkom po porodach prawidłowych już w 3—4 dniu wstawać na godzinę, potem stopniowo dłużej o $^1/_2$—1 godziny; wyniki przytem ma zupełnie dobre. *K.*

Czy czytanie w łóżku wieczorem jest szkodliwe? Na pytanie to odpowiada Feilchenfeld twierdząco. Czytanie w łóżku jest szkodliwe z powodu wadliwego oświetlenia (n. p. świecy) i zmienionego położenia ciała. Usposabia ono do krótkowidztwa, zakazać go też należy surowo młodzieży do 18. roku życia, t. j. dopóki oko się rozwija. Bezwarunkowo nie powinno się czytać leżąc na bok, lecz jedynie w położeniu na wznak z wysoko podniesionym tułowiem, przyczem światło powinno być dobre i padać z tyłu, a nie z boku, ani z przodu. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie **zapalenia wyrostka robaczkowego**

zestawił **Witołd Nowicki.**

1) Dr Nowicki: **Patogeneza i etyologia zapalenia wyrostka robaczkowego.**

Na wstępie poświęca referent kilka słów t. zw. *typhlitis stercoralis*, która dziś ma znaczenie historyczne, o ile naturalnie chodzi o przyrodę nieswoistą. Z powodu krótkości czasu ogranicza się N. do omówienia najważniejszych i dziś najwięcej przyjętych teoryi, tłómaczących powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Teorye te dadzą się podzielić na teoryę zakaźną i na teoryę, która w zasadzie przyjmując zakażenie, przypisuje ważne znaczenie szeregowi czynników przyrody mechanicznej. Przedstawicielem pierwszej są Sahli i Roux. Pierwszy przebieg zapalenia czyni zależnym od »jadowitości« samego zapalenia. Interesująca jest teorya Klemma, opierająca się na bogactwie grudek limfatycznych w wyrostku. Dzięki energicznej produkcyi ciałek białych w wyrostku u dzieci prąd limfy jest skierowany ku światłu jego, u ludzi starszych przeciwnie, stąd u ludzi starszych z łatwością mogą dostawać się drobnoustroje w ściany wyrostka. Sprzeciwia się temu poglądowi Sonnenburg, gdyż wówczas u dzieci zapalenie wyrostka powinnoby być rzadkie, a jest przeciwnie. Referent omawia t. zw. *angina appendicularis*, przyznając, że obrazy anatomiczne i histologiczne niejednokrotnie odpowiadają porównaniu ze sprawami w migdałkach. Wspomina o spostrzeżeniach, w których przy zapaleniu migdałków, grypie, błonicy lub ogólniejszych schorzeniach występowało zapalenie wyrostka, dalej o małych epidemiach zapalenia wyrostka u królików, a także i ludzi, — zjawiskach, które trzeba chyba odnosić do chorób zakaźnych, które zajmując narząd limfatyczny, ułatwiają temsamem zapalenie wyrostka. Nie może tu być naturalnie mowy o jakimś czynniku epidemicznym w powstawaniu tej sprawy. Opierając się tak na piśmiennictwie, jak i na własnych badaniach, referent skłania się do teoryi zakaźnej, chociaż nie może odrzucać szeregu innych czynników, często mechanicznych, odgrywających pewną rolę w powstawaniu omawianego zapalenia, czynników, o których później.

Przedstawicielami teoryi mechanicznej są Dieulafoy, Talamon, Lennander, Reclus i in. Według zapatrywań pierwszego, zapalenie wyrostka powstaje jako następstwo zamknięcia światła wyrostka, zamienienia go na »cavité close«, zastoju jego treści i zaostrzenia się jadowitości zawartych tamże drobnoustrojów. Zapatrywanie swe o wzmożeniu się jadowitości drobnoustrojów w tych warunkach uzasadnia D. doświadczeniami własnemi, jakoteż dokonanemi przez innych (Klecki). Doświadczenia te ref. dokładniej omawia, przytaczając równocześnie zdania innych, którzy występują przeciwko temu zapatrywaniu. Zamknięcie światła wyrostka ma często poważny wpływ nietyle na powstawanie, ile raczej na przebieg już rozwiniętego zapalenia, jak to np. tłómaczy taki znawca zapalenia wyrostka, jak Sprengel.

W teoryi stagnacyjnej odgrywają ważną rolę kamienie kałowe, mniej ciała obce, pasorzyty, skręcenia lub zagięcia wyrostka. Kamieniom kałowym trudno przypisywać znaczenie czynnika, wywołującego zapalenie wyrostka lub, jak niektórzy sądzą, odleżyny, przebicia i t. p. Wszak są wyrostki z kamieniami, gdzie w ścianach wyrostka nie widzimy zmian zapalnych, odleżyn itd.; z drugiej strony tak częsta obecność kamieni, spotykana na stole operacyjnym, świadczy, że jakiś związek między nimi a zapaleniem wyrostka istnieje. Związek ten polega prawdopodobnie na występowaniu ciężkich zmian rozpadowych w wyrostkach, zapaleniem dotkniętych, a zawierających w sobie owe kamienie.

Co do etyologii zapalenia wyrostka, a zatem czynników, które usposabiają, przyczyniają się i wprost czynny biorą udział w tej sprawie, wspomina ref. o rodzinnem zapaleniu wyrostka, w którem odgrywa pewną rolę podobny sposób życia, omawia dalej fakt występowania tej choroby w wieku młodszym, oraz, dlaczego jest ona tak rzadka u starców i oseskόw. Przy tłómaczeniu częstszego występowania zapalenia wyrostka u mężczyzn, niż u kobiet, wspomina o więzadle Clado; przytaczając dane z piśmiennictwa, oraz własne spostrzeżenia, dochodzi N. do wniosku, że jestto twór, któremu nie można przypisywać wpływu na rzadsze występowanie zapalenia wyrostka u kobiet. Pewien wpływ na omawianą chorobę ma bezwątpienia sposób żywienia się. Położenie i długość wyrostka zdaje się nie mają tu znaczenia. Co do zawartości wyrostka, to, pominąwszy wspomniane kamienie kałowe, mówi N. o ciałach obcych, z których ostre, jak ości, igły, mają chyba kazuistyczne znaczenie; to samo trzebaby powiedzieć o pasorzytach, spotykanych częściej w wyrostkach zdrowych, niż w zmienionych (glista ludzka, glistnica robaczkowa, cianka ludzka). Miecznikow znajdował w wielu przypadkach zapalenia wyrostka u dzieci jaja glistnicy robaczkowej i nawet do niej odnosi gromadne występowanie tej choroby u dzieci w szkołach, zakładach itp.

Ważnem praktycznie wreszcie przy omawianiu zapalenia wyrostka jest pytanie, czy, i jaki związek zachodzi między niem a urazem? Związek ten już oddawna przyjmowano, w różny atoli sposób go tłómaczono. Po wyliczeniu rozmaitych zdań, tyczących

się powyższego pytania, podnosi referent niestosunek, jaki zdaniem Sonnenburga zachodzi między siłą urazu, a ciężkością zapalenia i jego następstw. Według tego autora nawet w czas dłuższy po doznanym urazie mogą wystąpić objawy zapalenia wyrostka, okoliczność, któraby ze stanowiska sądowo-lekarskiego nastręczała trudności, prawie niemożliwe do rozwiązania. Z drugiej strony fakt taki dawałby obszerne pole do nadużyć w przypadkach starania się o odszkodowanie itp. Co do związku między urazem a zapaleniem wyrostka, miałyby znaczenie te przypadki, gdzie zaraz, lub w krótki czas po urazie wystąpiły objawy zapalne ze strony wyrostka. Że uraz ma poważne znaczenie tam, gdzie już istniały zmiany w samym wyrostku lub jego otoczeniu, to nie ulega wątpliwości. Referent miał sposobność robić sekcyę młodego człowieka, u którego wskutek kolankowania i uderzeń w okolicę kątnicy nastąpiło pęknięcie starego ropniaka wyrostka i następowe ogólne ropne zapalenie otrzewnej. Chory ten, przed owem pobiciem zupełnie zdrów, umarł po niem w 3 dni.

Doświadczenia, wykonywane na zwierzętach celem poznania patogenezy zapalenia wyrostka, są zabiegami, których analogii w ustroju ludzkim nie spotykamy, zabiegami zbyt brutalnymi, abyśmy mogli na ich podstawie wysnuwać ściślejsze wnioski o patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego.

2) Dr Czernecki: **Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska medycyny wewnętrznej.**

W podziale pracy przypadło referentowi z medycyny wewnętrznej skreślenie objawów, umożliwiających wczesne rozpoznanie obrazu klinicznego, rokowania, leczenia i zapobiegania. Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego wymaga całego szeregu objawów, z których każdy sam dla siebie nie jest znamienny, ale których zbiór stanowi właśnie o rozpoznaniu, przydzieleniu danego przypadku do pewnych postaci klinicznych i o leczeniu.

Z objawów, podawanych przez chorego w wywiadach, omawia referent charakter bolu, zachowanie się przewodu pokarmowego przed napadem i wymiotów jako objawu zadrażnienia otrzewnej, wspominając o wymiotach krwawych lub czarnych (»vomito negro« Charlota) jako objawie zakażenia septycznego.

Z objawów stwierdzonych przy badaniu omawia referent ułożenie chorego, znaczenie przykurczenia nogi prawej, przebieg gorączki i ważność stwierdzenia jej w rozpoznaniu różniczkowem między niedrożnością jelit porażną (*ileus paralyticus*) a mechaniczną (*ileus mechanicus*), wspomina o objawie Madelunga, dodając, że i Poczobut (z Łucka) spostrzegał podobny objaw w chorobach zakaźnych, uważając go za dowód niedomogi serca. Omawia dalej zachowanie się tętna, znaczenie niestosunku tętna do gorączki i objaw Mannaberga i wspomina o żółtaczce, zaznaczając możliwość istnienia w zapaleniu wyrostka robaczkowego żółtaczki nieżytowej w odróżnieniu od żółtaczki, będącej objawem septycznym lub powikłań ze strony wątroby. Przytacza dalej spostrzeżenia Jezierskiego, a mianowicie zwężenie źrenicy lewej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, — objaw, który zresztą Chłapowski zauważył u chorych z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, — dodając podobne własne swe spostrzeżenie z kliniki lwowskiej zwężenia źrenicy prawej u chorego z nowotworem otrzewnej, (gdzie zmiany ze strony oka samego można było wyłączyć), i takie samo spostrzeżenie u chorego z zapaleniem okołowyrostkowem (*periappendicitis*). C. omawia następnie występowanie wczesnych wysięków surowiczych opłucnych prawostronnych, szybko znikających, i możliwość podobieństwa ich do wczesnego wysięku otrzewnego, mogącego również, a może szybciej, znikać.

Przy omawianiu stosunków, dających się stwierdzić przy badaniu brzucha, wspomina C. o rozlanej bolesności całego brzucha, odpowiadającej rozprzestrzenieniu się materyału zakaźnego zrazu po całej otrzewnej (Nothnagel, Moszkowicz) i tworzeniu się wczesnego wysięku, za czem przemawia i obronne odruchowe napięcie mięśni i zniesienie oddychania przeponowego, wszystko jako objaw wczesnego zadrażnienia otrzewnej (t. zw. *peritonismus*), mogącego się cofnąć w 36—48 godzinach przez otorbienie sprawy zapalnej, wytwarzające obraz t. zw. zapalenia okołowyrostkowego (*periappendicitis*) z naciekiem (plastronem) lub przejść w obraz ogólnego rozlanego zapalenia otrzewnej.

Z kolei omawia C. znaczenie wzdęcia (*meteorismus*) i usiłuje podać dane, według których rozróżniéby można wzdęcie przy niedrożności jelit mechanicznej od wzdęcia przy niedrożności porażnej, t. j. przyrody zapalnej, dodając uwagę, że wzdęcie rozpoznawać można i przy brzuchu niepowiększonym przez stwierdzenie obrotu wątroby około osi poziomej (t. zw. »Kantenstellung der Leber«). Przedstawia następnie znaczenie bolesności rozlanej punktu Mac Burneya, dodając przytem tłómaczenie tego objawu teoryą Lennandra i twierdzenie Jaworskiego, że do oznaczenia punktu Mac Burneya nie można przywiązywać wielkiej wagi. Z symptomatologii o mniej doniosłem znaczeniu wspomina C. o przeczulicy skóry Heada (z polskich autorów Wasserzug), o objawie Rovsinga, o zachowaniu się moczu, o występowaniu ostrego zapalenia nerek przy zapaleniu wyrostka i o leukocytozie.

Przystępując do opisu postaci klinicznych zapalenia wyrostka robaczkowego, podnosi C., że *appendicitis simplex* z rozlaną bolesnością brzucha stanowi już nie czystą postać, lecz wciągnięcie już w grę i otrzewnej, a więc przejście do t. zw. zapalenia okołowyrostkowego lub zapalenia otrzewnej.

Jeżeli *appendicitis simplex* uważamy za I. okres, a objawy rozlanego wczesnego podrażnienia otrzewnej (*peritonismus*) za II-gi okres, to zapalenie okołowyrostkowe będzie tworzyć okres III. W tej postaci, będącej już powikłaniem wybitnem ze strony otrzewnej, rozróżnia się typy, jak: *ileoinguinalis*, *anteroparietalis*, *mesocoeliacalis*, *pelvicalis* (z objawami ze strony pęcherza, ze strony odbytnicy), typ *lumbalis* i powikłanie w postaci ropnia podprzeponowego; przy omawianiu tej postaci omawia C. prócz objawów, spostrzeżenie Biegańskiego o odmiennem nieco przesunięciu serca, niż przy wysięku opłucnym prawym, wspomina o ropniaku podprzeponowym z odmą (*pyopneumothorax subphrenicus*) z trójwarstwowym wypukiem Körtego (»dreischichtige Schallordnung«), — o badaniu promieniami Roentgena i o ważności rozpoznawczej nakłucia próbnego, zwłaszcza przy następowem powikłaniu tegoż ropnia z surowiczem zapaleniem opłucnej, gdzie samo badanie fizyczne nie może dać pewnych wyników.

Dalej wspomina C. o ropniach zaotrzewnych, wywołujących przykurczenie nogi prawej i o ropniach, obniżających się ku otworowi kulszowemu i wzdłuż powięzi biodrowej, dających objawy w zakresie nerwu kulszowego i nerwu udowego.

Opisując obraz rozlanego zapalenia otrzewnej podnosi C. nagłe objawy przebicia wyrostka robaczkowego, i przechodząc do omawiania rozpoznawania różniczkowego, rozpatruje po kolei różnice rozpoznawcze: napadu kamicy nerkowej, wątrobnej, nieżytu jelit (ostrego), nerki ruchomej, duru brzusznego (przypadek z własnej obserwacyi klinicznej), zamknięcia światła jelita, wgłobienia, zapaleń otrzewnej z innego powodu (wrzód żołądka), zmian trzustki i narządów leżących blisko otrzewnej, a mogących w sprawę się wciągnąć (kręgosłup, m. biodrowoudowy [*ileopsoas*], gruczoły chłonne, staw biodrowy itd.), w końcu dodaje dla przedstawienia możności pomyłek kilka jaskrawych przypadków, między innymi Massalonga »*pseudoappendicitis pneumonica*«, *neuralgia nervi ileohypogastrici* po grypie, wspomina o trudnościach rozpoznawczych u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego w późnych okresach z powikłaniami.

Po opisie objawów przewlekłego schorzenia wyrostka robaczkowego (*app. larvata*, *app. a rechutes*, *app. a recidives. masked-relapsing appendicutaire*) wspomina o nowotworach wyrostka robaczkowego (dodając przypadek jeden z klinicznej własnej obserwacyi), o gruźlicy i promienicy wyrostka robaczkowego, o *lithiasis intestinalis* Dieulafoya i o schorzeniach układu nerwowego, naśladujących zapalenie wyrostka, o t. zw. *pseudoappendicitis* Nothnagla.

Przy omawianiu rokowania podnosi C. ważność prognostyczną owych rozlanych początkowych objawów ze strony otrzewnej i ich znikanie w ciągu 24—36 godzin w razie ustępowania lub należytego otorbienia się sprawy zapalnej.

Co się tyczy leczenia, to C. zaznacza stanowisko internisty, który chorego, chcącego się poddać wczesnej operacyi, nie odwodzi od tej myśli, owszem z obowiązku zwraca uwagę rodziny na mały odsetek śmiertelności przy operacyi w pierwszych 48 godzinach; zwyczajnie jednak wobec niechęci chorych do poddania się operacyi i późnego wezwania lekarza, czeka, bacząc na objawy, mogące oznaczyć chwilę przebicia i wtedy doradza natychmiastową operacyę. Leczenie wewnętrzne zapalenia wyrostka robaczkowego wahało się pomiędzy podawaniem środków przeczyszczających (olejek rącznikowy), a podawaniem makowca. Pierwsze zapatrywanie uważało za podstawę konieczność usunięcia czopa kałowego, który miał być przyczyną zapalenia (*typhlitis stercoralis*) i przeszkodą do wylania się zapalnej treści do kiszki ślepej. Od czasu jednak, jak poznano właściwą rolę wyrostka robaczkowego i przekonano się, że czop kałowy nie istnieje, a w każdym razie nie gra przypisywanej mu roli, i że olejek rącznikowy, zwiększając ruch robaczkowy jelit, może

wywołać przebicie wyrostka lub rozerwanie istniejących wokoło niego zlepów, starano się odwrotnie powstrzymać ruch jelit przez podawanie makowca. Badania jednak nowsze (Pal) dowiodły, że najprawdopodobniej makowiec ruchu tego nie wstrzymuje, a zaparcie stolca, które bezsprzecznie wywołuje, tłómaczy się zniesieniem uczucia potrzeby oddawania kału.

Pomimo tego istnieją do dziś dnia zwolennicy jednego i drugiego postępowania, choć tu i ówdzie pragną mu nadać inne znaczenie. I tak Sonnenburg podaje olejek rącznikowy w celach leczniczych (przy *app. simplex*) dla wylania się treści zapalnej z wyrostka do kiszki ślepej i w celach zarazem rozpoznawczych; gdy sprawa nie poprawia się natychmiast po olejku rącznikowym, uważa to za wskazanie do niezwłocznego zabiegu operacyjnego. To zapatrywanie Sonnenburga wywołało żywy i słuszny nasz protest, gdyż nowy ten sposób rozpoznawczy jest mieczem obosiecznym, skoro dopiero pogorszenie się stanu chorego po podaniu olejku rącznikowego daje wskazanie do operacyi. Najlepsze wyniki uzyskamy przy postępowaniu obojętnem i wyczekującem.

Referent skreśla następnie ujemne strony podawania makowca i przedstawia pokrótce sposób postępowania w klinice chorób wewnętrznych we Lwowie, gdzie prócz zachowania bezwzględnego spokoju, dyety głodowej, stosowania miejscowo zimna lub ciepła, nie podaje się w ostrym napadzie ani olejku rącznikowego, ani makowca, jedynie przetwory belladony w razie potrzeby, makowiec zaś, a prędzej morfinę, podaje się jedynie w ostateczności, mając przeświadczenie, że niespokojne zachowanie się chorego wskutek gwałtownych bolów więcej mu szkody przyniesie, niż mała dawka leku odurzającego.

Chorych namawiamy do operacyi »a froid«, jeżeli po napadzie pozostaną ślady przedmiotowe (dłużej, niż 3 miesiące), lub podmiotowe, a szczególniejszy nacisk kładziemy na potrzebę operacyi, gdy napady powtarzają się, przyczem wyczekujemy kilka tygodni, aby pozostałości po ostatnim napadzie w postaci zrostów itd. mogły uledz wessaniu lub rozluźnieniu. Naturalnie operacyi nie odradzamy, gdy chory sam chce się jej poddać.

W końcu omawia C. zapobieganie zapaleniu wyrostka robaczkowego, o ile to jest w mocy lekarza i wspomina o potrzebie i ważności leczenia spraw nieżytowych przewodu pokarmowego, o znaczeniu pasorzytów w przewodzie pokarmowym i o wpływie sposobu odżywiania się. (C. d. n.)

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Ciąg dalszy).

4) Dr A. Rydygier (jun.) (Lwów) przedstawia chorą, **uleczoną z twardzieli nosa przez stosowanie promieni Röntgena.** Wyleczenie jest zupełne i trwa już 3 lata. R. zaprzecza twierdzeniu, jakoby tylko powierzchowne działanie promieni dało się osiągnąć. Przy odpowiedniej technice możliwe jest i głębokie działanie, bez jednoczesnych szkodliwych działań ubocznych.

5) Tenże omawia przypadek **rany postrzałowej wątroby.** Przypadek ten dotyczył 5-letniego dziecka, zranionego kulą z flobertu. Przez 2 dni stan zupełnie dobry, potem, już w klinice, objawy nieżytowego zapalenia płuc i kłucie w prawej łopatce. Odgłos opukowy nad wątrobą bębenkowy. Objawy miejscowe od tyłu dały powód do zabiegu, dokonanego po resekcyi żebra, po przez opłucną, z wszyciem jej do brzegów rany i przez przeponę. Znaleziono w wątrobie ropień, zawierający 2 łyżki ropy; sączkowanie; przebieg pomyślny. Pocisku nie znaleziono (rentgenogram go wskazywał) i uległ on wgojeniu.

W dyskusyi stwierdza Prof. Kryński na podstawie znacznego materyału ran postrzałowych w Warszawie, wyniki co do ran wątroby pomyślniejsze w przypadkach nieoperowanych, leczonych wyczekująco. Rany były przeważnie na wylot, z karabinów wojskowych.

6) Prof. Barącz (Lwów). **W sprawie leczenia promienicy.** B. podaje dane historyczne co do leczenia promienicy zapomocą różnych środków chemicznych, jakoto azotanu srebra, jodu, jodku potasu, kollargolu. Wyniki nie odpowiedziały oczekiwaniom. B. podnosi niepomyślny przebieg promienicy płucnej; na 3 przypadki, spostrzegane przez B., wynik we wszystkich był śmiertelny. Pomyślniejszą jest promienica brzuszna, bardziej dostępna. Za najpomyślniejsze należy uważać usadowienie się sprawy na szyi. Po zaproponowaniu przez Bevarda roczynów siarkanu miedzi ($CuSO_4$) B. zaczął stosować ten środek i przekonał się, że działa on na grzybki promienicy zabójczo już w rozczynie 1: 1,000.000. W 4 przypadkach promienicy, z których w jednym sprawa usadowiła się w okolicy pośladkowej, a w 3 na szyi, stosował B. $Cu.SO_4$ w postaci wstrzykiwań miejscowych podskórnych 1 prc. rozczynu (po 0·08 na raz) i prócz tego podawał wewnętrznie 1‰ rozczyn w dużych ilościach. Wyniki we wszystkich przypadkach bardzo pomyślne. Małe nacięcia powierzchownych ognisk były konieczne.

Dr Jedlička (Lwów) stosował w 2 przypadkach promienicy środek, zalecany przez prelegenta, w sposób przez niego podany, ale ani razu nie widział wyników pomyślnych. Natomiast pomyślnie zakończyło sprawę promieniczą stosowanie jodku potasu. Na uwagę Barącza, że $CuSO_4$ zaczyna działać późno, a więc, być może, skuteczność KJ należy $CuSO_4$ przypisać, odpowiada Jedlička, że KJ zaczął stosować po przerwie $2^1/_2$ miesięcznej, a więc nawet o późnem działaniu $CuSO_4$ mowy tu być nie mogło.

7) Dr Nüssenfeld (Kraków). **W sprawie chemizmu trawienia żołądkowego po gastroenterostomii.** Na wstępie referatu swego N. zadaje pytanie, czy *a*) po stworzeniu przetoki żołądkowo-jelitowej powstaje cofanie się treści jelitowej, głównie zaś soku trzustkowego i żółci do żołądka? *b*) a jeżeli tak, jaki wywiera to wpływ na trawienie, w obrębie żołądka się odbywające?— Uwzględniając wyniki badań dotychczasowych (Kausch, Rosenheim i w. i.) stwierdza N., że *a*) w większości przypadków wykryć się dawała w żołądku obecność soku trzustkowego i żółci, zwłaszcza przez pewien czas po operacyi, a znikała dopiero po dłuższym czasie, bo po $1^1/_2$—2 lat. *b*) Wydzieliny te w większości przypadków nie wywoływały w żołądku poważniejszych następstw, chociaż w poszczególnych wypadkach, w piśmiennictwie przytoczonych, zmuszały do specyalnego postępowania (Javel). — Omawiając następnie wyniki swych spostrzeżeń, poczynionych w klinice krakowskiej na chorych po dokonanej gastroenterostomii z powodu spraw przyrody łagodnej, podaje N., że śledził głównie zachowanie się odczynu chemicznego soku żołądkowego i wolnego kwasu solnego; zachowanie się bowiem tych czynników, kliniczne znaczenie mających, bywa i dzisiaj jeszcze przedmiotem sporów. We wszystkich przez siebie spostrzeganych przypadkach stwierdził N. kwaśne oddziaływanie treści, pochodzące od kwasu solnego, jak o tem świadczyły obecne produkta trawienia; w większości przypadków stwierdzono obecność kwasu solnego wolnego; żółci przeważnie nie znajdowano już w krótki czas po zabiegu, w odróżnieniu od wyników dotychczasowych, w piśmiennictwie podawanych. — Po utworzeniu więc sztucznej przetoki żołądkowo-jelitowej, chemizm trawienia w większości przypadków nie ulega wyraźnej zmianie, a siła ruchowa poprawia się znacznie, a nawet wraca do stanu prawidłowego. Czy szczegół ten, t. j. brak obecności żółci w żołądku już w krótki czas po operacyi, praktycznie wcale ważne znaczenie mający, zależy od metody w ogólności, w szczególności od sposobu zakładania gastroenterostomii, w krakowskiej klinice stosowanego (*gastroenterostomia retrocolica post. antiperistaltica*), to stwierdzą dalsze badania, na większej liczbie przypadków przeprowadzane.

8) Prof. Kryński (Warszawa). **Przyczynek do operacyi wrzodu dziurawiącego żołądka.** K. opisuje przypadek, operowany w kilkanaście godzin po niezmiernie ostrym bolu w brzuchu, który wystąpił nagle i wywołał szybko silny zapad i objawy otrzewne. Przy zabiegu znaleziono rozlane zapalenie otrzewnej z resztkami pokarmów w jamie brzusznej. Stwierdzono wrzód dziurawiący na małej krzywiźnie tuż przy wpuście. Dziurę zaszyto, ranę tamponowano. Chory pozostał przy życiu z dużą przetoką żołądkową. Przy powtórnym zabiegu wycięto część ściany żołądka z przetoką i założono technicznie bardzo tu trudny szew paropiętrowy. Przez 12 dni szew pozornie trzymał, potem przetoka się odnowiła. Obecnie, ze względu na niedogodną dla szwu siedzibę przetoki, zamierza K. przeciąć żołądek przy wpuście, zaszyć koniec odustny na ślepo i wytworzyć kardiojejunostomię.

W dyskusyi podnosi Prof. Kader, że badania z jego kliniki (Dr Nüssenfelda p. wyżej) jeszcze raz dowiodły w piśmiennictwie stwierdzonego faktu, że po gastroenterostomii odczyn treści żołądkowej pozostaje kwaśny. K. stosuje gastroenterostomię przy wrzodzie żołądka, szczególnie skłonnym do krwawień i w tych przypadkach przeprowadza cienki sączek gumowy przez nos, przełyk, żołądek, otwór anastomozy do jelita na 50 ctm. i w ten sposób, mogąc od pierwszego dnia po operacyi odżywiać chorego, jednocześnie zapewnia owrzodzeniu żołądka zupełny spo-

kój i najpomyślniejsze warunki gojenia się. Sączek usuwa po 3—4 tygodniach. Sączek musi być odpowiednio miękki i cienki, aby nie wywoływał odleżyny w przełyku.

Z pomiędzy typów gastroenterostomii stosuje K. zawsze tylną pozaokrężnicową z ustawieniem przeciwrobaczkowem (*retrocolica posterior antiperistaltica*), bez podanej przez Brauna dodatkowej enteroanastomozy, jak to już we Wrocławiu na posiedzeniach tamtejszych stowarzyszeń naukowych podawał, występując, jako pierwszy przeciwnik enteroanastomozy, ze swoim sposobem.

Prof. Rydygier podnosi racyonalność stosowania sączka (drenu) w przypadkach wrzodu żołądka. Zaznacza, że w tych przypadkach, z wybitną nadkwaśnością, Roux zaniechał swej metody »*ypsiliformis*« i stosuje w nich zwykłą gastroenterostomię w przypuszczeniu, że przepływająca tuż w sąsiedztwie otworu żołądkowego alkaliczna treść dwunastnicy obniży kwaśność i w ten sposób może mieć wpływ leczniczy.

9) Prof. Rydygier opisuje, po wstępie opisującym metody, usiłujące zastąpić gastrostomię przy zwężeniach bliznowatych przełyku (Wallstein), swój **przypadek bliznowatego zwężenia przełyku,** gdzie sposobem Roux wytworzył nowy przełyk z długiej pętli jelita czczego, przeprowadzonego po wyosobnieniu popod skórą na mostku do okolicy rękojeści mostka. Obawy o odżywianie wyosobnionej na dużej przestrzeni p tli jelitowej są płonne, o ile zachować przyjelitowy pas krezki, zawierający t. zw. arkady tętnicze. R. miał sposobność spostrzegać na nowowytworzonym przełyku wybitne ruchy robaczkowe pod skórą, przepychające wprowadzony do przełyku kąsek do żołądka. Chora w 7. tygodniu zmarła przypadkowo na zapalenie płuc; preparat, uzyskany przy sekcyi, okazuje R. zebranym.

10) Dalej okazuje Prof. Rydygier preparat z sekcyi dziewczyny, zmarłej w dwa dni **po połknięciu kostki kurzej z potężnego krwotoku.** Okazało się, że mała kostka o ostrych końcach stanęła poprzecznie w przełyku i przebiwszy jego ścianę, przedziurawiła tętnicę główną.

Posiedzenie II. (10. VII. popołudniu).

11) Dr Cetnarowski (Kraków). **O równoczesnym raku żołądka i jajników.** Równoczesny rak żołądka i jajników jest podług Hoffmeiera zjawiskiem dość częstem. Należy przypuszczać, że pierwotnie rozwija się rak w żołądku, a wtórnie już drogą rozsiania w jajnikach. W krakowskiej klinice ginekologicznej spostrzegano 4 przypadki tego rodzaju. — Pierwszy tyczył się kobiety, u której rozpoznano rak jajnika prawego. Silne wycieńczenie nakazywało przypuszczać, że istnieje tu oprócz tego równoczesny rak żołądka, chociaż przez powłoki brzuszne nie można było wymacać w okolicy żołądka żadnego guza, a badanie chemiczne treści żołądkowej również dało wyniki ujemne, gdyż stwierdziło obecność wolnego kwasu solnego. Dokonano wycięcia jajników. Chora w parę dni umarła. Sekcya stwierdziła raka gruczołowatego (*adenocarcinoma*) żołądka, raka jajników, przerzuty na otrzewnej. — Drugie spostrzeżenie dotyczyło kobiety, która już przed rokiem zauważyła guz w brzuchu po stronie lewej. Po szczegółowem zbadaniu w klinice rozpoznano raka jajnika lewego. Badanie chemiczne treści żołądkowej dało wyniki ujemne. Dokonano wycięcia jajników, przyczem znaleziono guzki na jajowodach i mnóstwo przerzutów na otrzewnej. W żołądku nic podejrzanego nie znaleziono. Był to więc pierwotny rak jajnika. — Trzeci przypadek był następujący: Kobieta chora od 3 lat. Zauważyła guzy w jamie brzusznej po obydwóch stronach. Wycieńczenie, wysięk w jamie brzusznej. Guzy wielkości pięści dorosłego człowieka dają się wymacać ponad miednicą małą. W okolicy żołądka żadnego guza wymacać nie można, jednak badanie treści żołądkowej nakazuje przypuszczać raka żołądka. Operacya. Wycięto 2 guzy wielkości głowy ludzkiej. Na otrzewnej przerzuty. Guz w okolicy odźwiernika. — W czwartym przypadku chodziło o kobietę 57-letnią, operowaną w czerwcu roku bieżącego. Przed kilkoma miesiącami zauważyła w dolnej części brzucha guz, który zmieniał swoje położenie. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: torbielak brodawkowy (*cystoma papilliferum*). Treści żołądkowej chemicznie nie badano. Zabieg operacyjny stwierdził nowotwór jajników, których badanie mikroskopowe wykryło raka, oprócz tego znaleziono dużo guzków w otrzewnej, a w okolicy odźwiernika liczne zrosty, później wystąpiła żółtaczka. — 5 podobnych przypadków ogłoszono z kliniki Franquego. Franque, a z nim i prelegent przypuszcza, że z żołądka drogą rozsiania następuje przeniesienie komórek nowotworowych na jajniki. Zdaniem prelegenta powinni chirurdzy zawsze, robiąc z powodu raka resekcyę żołądka u kobiet wycinać jajniki, jako miejsce wybitnie usposobione do sadowienia się przerzutów.

W dyskusyi zaznaczył prof. Kader, że należałoby rozstrzygnąć, czy nowotwór w innych narządach rozwija się samoistnie, niezależnie od pierwotnego ogniska. Tak Payr stwierdził, że w żołądku może być rak, a w innych narządach niezależnie nowotwory innej budowy. Sam K. spostrzegał raka wargi dolnej i raka żołądka jednocześnie u tego samego chorego.

Prof. Kryński powątpiewa, aby drogą rozsiania się z żołądka rak przechodził na jajniki. Należałoby przedewszystkiem dowieść, że jajniki odznaczają się szczególniejszą zdolnością przygajania się komórek nowotworowych.

Prof. Rosner zaznacza, że doświadczony operator, spotkawszy się z nowotworem złośliwym jednego jajnika, wycina i drugi, bo wie z doświadczenia, że jeżeli tego nie uczyni, może być potem zapóźno na zabieg operacyjny. Kto wie, czy nabłonek nowotworu złośliwego nie wszczepia się przeważnie na jajniku, jako jedynem miejscu w jamie brzusznej, pokrytem nabłonkiem.

12) Prof. Rosner: **Chorionepithelioma malignum.** Nabłoniak kosmówki, odkryty w dziewiątem dziesięcioleciu w. XIX. przez Saengera, jest nowotworem złośliwym, rozwijającym się z nabłonka błony doczesnej u kobiet ciężarnych. Nowotwór składa się z masy komórek mieszanych i jest jedynym nowotworem, powstającym ze składników jednego ustroju (płód), a rozwijającym się w ustroju drugim (matki). Nowotwór ten czasami, chociaż całkowicie usunąć się nie da, ginie sam przez się. R. w klinice swojej spostrzegał 3 przypadki: 1) Jeden u dziewczyny 14-letniej. Nawrót po usunięciu nowotworu nastąpił z błyskawiczną szybkością i sprawa rychło zakończyła się śmiercią. 2) U drugiej chorej rozpoznano zaśniad błoniasty i wyskrobano dwukrotnie macicę. Przy trzeciem skrobaniu stwierdzono nabłoniaka kosmówki. Chora żyje po wycięciu zmienionej nowotworowo części pochwowej macicy. 3) U trzeciej chorej guz złośliwy znajdował się w sromie. Wyjęto macicę, w której nie było śladu guza, natomiast zajmował przymacicze. Chora ta zmarła. Sekcya stwierdziła zajęcie nowotworem przymacicza, pochwy i przerzuty w płucach. — (Okazanie pięknych preparatów).

13) Prof. Kryński. **O nowej metodzie leczenia przepuklin pachwinowych.** Jak wiadomo, przy doszczętnej operacyi przepuklin powstaje zwykle pytanie, co robić ze sznurkiem nasiennym, i jak zamknąć otwór, stanowiący »locus minoris resistentiae«. Operowanie metodą Bassiniego daje dobre wyniki, (1—4½ prc. nawrotów), ale przy tej metodzie wskutek tego, że powrózek nasienny w nowem położeniu ulega uciskowi, łatwo powstaje obrzęk jądra. Prof. Kryński po odpreparowaniu najskrupulatniejszem szyjki worka przepuklinowego, unosi ją jaknajwyżej do góry i umocowuje, jak w sposobie Postempskiego, później przecina więzadło Pouparta ku dołowi, łącząc kanał pachwinowy z kanałem udowym i układa w kanale udowym powrózek nasienny, przyczem, aby mieć więcej miejsca dla powrózka, nacina więzadło Gimbernata. Później korzystając z pomysłu Sławińskiego i Radlińskiego, zaczął K. stosować resekcyę naczyń powrózka nasiennego, co ułatwiło mu niezmiernie zabieg; operował tą metodą 22 razy na 21 chorych.

Radliński (Kraków) przypomina wyniki swoich badań anatomicznych nad tętnicami jądra i powrózka nasiennego. Z 3 tętnic, wchodzących tu w grę, każda z osobna w zupełności zapewnia odżywianie jądra, z warunkiem, by innych nie wycinać niżej rozgałęzienia się t. nasiennej wewnętrznej na gałęzie miąższowe, co następuje mniejwięcej na 2 palce ponad jądrem. Anastomoza szeroka między 3 tętnicami leży przy ogonie najądrza. Przy wydzielaniu na tępo nasieniowodu z powrózka zawsze w związku z nim pozostaje tętnica nasieniowodowa, której zachowanie wystarcza do odżywiania jądra. Zmniejszenie w ten sposób objętości powrózka daje możność operowania przepuklin pachwinowych, tak jakby po trzebieniu, ponieważ dla przepuszczenia nasieniowodu wystarcza zwykły odstęp szwu węzełkowego; jednocześnie niema obawy zaciśnięcia splotu żylnego powrózka z obrzękiem jądra. Resekcyę naczyń powrózka przy operacyi Bassiniego stosowano w klinice krakowskiej w ostatnim roku 23 razy, zawsze z wynikiem pomyślnym. Obrzęk jądra i moszny występuje rzadziej, niż bez resekcyi. Za przeciwwskazanie do metody uważa R. młody wiek do lat 14 i widoczne uszkodzenie naczyń nasieniowodowych przy wyosobnieniu nasieniowodu.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydatki sanitarne w budżecie sejmowym galicyjskim nasuwały nam już nieraz niejedną uwagę. W należytem świetle stają one jednak dopiero w porównaniu z wydatkami innych krajów na cele zdrowia publicznego i dobroczynności publicznej. Niedawno wyszło z druku porównawcze zestawienie budżetów krajów koronnych austryackich, opracowane przez ministeryum finansów według stanu z r. 1905 (»Die Landeshaushalte der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder« Wiedeń 1907), a »Österr. Sanitätswesen« w Nr 26 i 27 r. b. przytacza z tego wydawnictwa dane o wydatkach sanitarnych — Wogóle wydają kraje z własnych dochodów 49,3 milionów koron na cele sanitarne i humanitarne (17·66 prc. ogólnego wydatku), a 107,3 milionów koron na oświatę (38·41 prc). Galicya przy 40-milionowym swym budżecie wydaje na cele sanitarne około 5 milionów (12·5 prc.). Na głowę ludności przypada w całej Austryi średnio 1·84 kor. rocznie na wydatki sanitarne z funduszów krajowych; niestety Galicya wydaje k i l k a r a z y mniej, niż ta średnia, i stoi, jak wogóle w tych sprawach, na szarym końcu. Na cele sanitarne i humanitarne przypada bowiem u nas z funduszów krajowych na głowę i rok tylko 56 halerzy, gdy nawet na Bukowinie 86 h., w Dalmacyi 95 h., już w Tyrolu 1·24 kor., w Austryi górnej 1·39 kor., w Czechach 1·60 kor., w Salzburgu 3·51, w Austryi dolnej 3·96 kor. Niemniej smutno wypada porównanie Galicyi z innymi krajami w szczegółach tej sprawy. I tak n. p. koszt utrzymania (Betriebsaufwand) szpitali krajowych (Lwów i Kraków) wynosił w r. 1905 u nas 861,040 kor., a prawie tyleż (850,823) wydawał na to kraj tak mały, jak Morawy. Tam koszt utrzymania zakładów dla obłąkanych wynosił 1,147,971 kor., u nas dochodził połowy tego (612,571). Na utrzymanie okręgów sanitarnych wydawała Galicya z funduszów krajowych 110,000 kor., znów mniej, niż Morawy (175,000). Wogóle wydatki kraju na cele humanitarne i sanitarne wynosiły w Czechach 10·5 mil. koron, na Morawach 5·7 milionów, w Galicyi tylko 4·2 milionów, t. j. mało co więcej, niż wydaje taki kraik, jak Styrya (4,02 milionów). Pomijając inne działy dobroczynności publicznej, godzi się wspomnieć o opiece nad sierotami, na którą Czechy wydają 601,182 kor., Morawy 460,000 kor., Śląsk 71,525 kor., jednakże podana tu cyfra z Galicyi: 8 (osiem!) koron polega chyba na jakiejś pomyłce. *R.*

Sprawę poparcia zdrojowisk krajowych poruszyła wśród całej prasy politycznej galicyjskiej, prócz »Kuryera lwowskiego«, jeszcze tylko wychodząca w Krakowie »Straż polska« (Nr 3). Wytykając obojętność dzienników galicyjskich dla tej sprawy, niesłusznie jednak stawia »Straż polska« z nimi na równi zawodową prasę lekarską. Zarówno bowiem »Głos lekarzy«, jak i »Przegląd lekarski« zajmowały się sprawą poparcia naszych zdrojowisk w tej mierze, na jaką dozwalały ich ramy. *R.*

Zakaz używania białego fosforu w fabrykacyi zapałek obowiązuje w większości państw europejskich, nie istnieje jednak dotąd w Austryi. Dopiero 7. VII. b. r. uchwalił parlament na wniosek Dra Adlera wezwać rząd, by zakaz taki wydał. *R.*

Lekarze jako inspektorowie przemysłowi. Izba lekarska wiedeńska uchwaliła zwrócić się do prezydenta ministrów i do ministra handlu z przedstawieniem, że inspektorami przemysłowymi powinni być (na wzór Francyi i Niemiec) mianowani także lekarze i że należy powołać także lekarzy do nowej społeczno-politycznej sekcyi ministerstwa handlu. *R.*

W sprawie ordynacyi lekarskiej (Ärzteordnung) odbyły się 9. VII. b. r. narady lekarskiego klubu parlamentarnego w Wiedniu w obecności przedstawicieli rządu (Dr Deimer, Prof. Jaksch), prezydentów obu Izb lekarskich z Wiednia, dyrektora szpitali wiedeńskich i członków parlamentarnej komisyi sanitarnej. *R.*

Kasa wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach w Warszawie miała w r. 1907 — 11,885·57 rb. dochodu, 9,395·32 rb. rozchodu. Majątek Kasy z końcem r. 1907 wynosił 50,607·99 rb.; członków było 921. *R.*

Lekarze polscy w Ameryce pracują w nienajlepszych warunkach zawodowych. Z lekarzy polskich, praktykujących w wielkich »polskich« miastach (n. p. w Chicago), żaden niema dochodów większych, niż konieczne do życia. Charakter praktyki odpowiada prowincyonalnej praktyce w Galicyi, lub t. zw. ziemskiej medycynie w Rosyi; każdy prawie lekarz musi leczyć wszystko. Wśród amerykańskiej Polonii nie zrodziła się jeszcze prawie potrzeba specyalistów. Przytem dotkliwe szkody wyrządza lekarzom reklama szarlatanów i partaczy, zwłaszcza lekarzom-Polakom, raz dlatego, że ludność polska, mniej oświecona, łatwiej się na najbezczelniejsze nawet reklamy łapie, a powtóre dlatego, że amerykańskie dzienniki polskie pomieszczają mnóstwo szarlatańskich ogłoszeń, jako dobrze płatnych. *Sz.*

W obronie lekarza, Dra Ludmirskiego z Liszek w Galicyi, walczącego o swój byt i cześć przeciw członkom miejscowego sądu, przedłożyło Polskie Stronnictwo ludowe memoryał ministerstwu sprawiedliwości. (Kuryer lw. 328). *R.*

Partactwo lekarskie i reklama w Ameryce kwitną iście po.... amerykańsku. Wyrządzają one oczywiście niemałą szkodę sumiennym lekarzom; co gorsza jednak, przynoszą nieobliczalne szkody chorym, którzy tem łatwiej dają się złudzić krzykliwej reklamie, im niżej stoją pod względem oświaty. Stąd też dużo złego wyrządza partactwo także i ludności robotniczej polskiej. Walka z partactwem i szarlataneryą jest tem trudniejsza, że prasa codzienna amerykańska przepełniona jest partacką reklamą w postaci artykułów, wplecionych w redakcyjną część pisma, a co smutniejsze, że niejeden dyplomowany lekarz nie cofa się przed jarmarcznem wprost zachwalaniem się. Wprawdzie Towarzystwa lekarskie wyłączają ze swego grona owych t. zw. »advertisment doctors«, niema to jednak większego wpływu na postępowanie szarlatanów i nie dochodzi do wiadomości szerszych kół. Sztuczki, któremi posługuje się partacka reklama, są poczęści znane i w Europie (szumne podziękowania rzekomo wyleczonych z podaniem zmyślonych nazwisk, adresów, nawet z portretami), ale poczęści są swoiście amerykańskie. Bardzo pospolitą łapką na naiwnych bywa n. p. »porada bezpłatna«, przyczem wynagrodzenie liczy się »tylko« za lekarstwo, oczywiście najczęściej bezwartościowe, albo i szkodliwe. Tu należy też »dobieranie okularów za darmo«. Mnóstwo partaczy ogłasza, że leczy niezawodną »własną« metodą, że leczy każdą chorobę w oznaczonym z góry terminie (są tacy, którzy obiecują wyleczyć suchoty w pięciu dniach!); niektórzy podszywają się pod znane i słynne nazwiska, co najwyżej zmieniając imię (tak n. p. pewien partacz podszywa się pod nazwisko Kocha w inseracie, ozdobionym ryciną srogiej jakiejś, pełnej trybów i transmisyi machiny inhalacyjnej!), albo tytułują się »profesorami« (czego prawo amerykańskie nie zabrania). Leczenie »listowne« jest równie częste, jak wśród partaczy w Niemczech, niekiedy tylko urozmaicone zabawnymi dodatkami, n. p. żądaniem, by chory przysłał w liście parę włosów, lub.... kawałek koszuli. Oczywiście nie brak w Ameryce także rozmaitego rodzaju znachorów, wróżek, zamawiaczy, babek, »leczących« optyków i aptekarzy. Ludność polską przyciąga partacz nieraz pod płaszczykiem pewnego rodzaju patryotyzmu, ogłaszając n. p., że jest jedynym w danem miejscu lekarzem Polakiem (a nazywa się np. Collins!), zapraszając szumnie »rodaków« do leczenia się u niego, twierdząc, że »w ciągu ubiegłego roku wyleczył 3785 Polaków na stałe« (oczywiście!); najciekawsze są ogłoszenia dwujęzyczne, spotykane na olbrzymich i jaskrawych szyldach partaczy, w takim n. p. rodzaju: »Lekarz polski — Deutscher Arzt« (!). Wielu partaczy rozsyła też bezpłatnie — z bezinteresownej widać miłości dla cierpiącej ludzkości — broszurki »lekarskie«. Są one przeważnie przepełnione sensacyjnymi opisami cierpień i obliczone na to, by chorych nerwowych zasugestyonować i w czarnych barwach przedstawiwszy im ich przyszłość, w nastawioną w ten sposób sieć ująć. — Ze względu na wielkie szkody i straty, jakie przez partactwo ponosi łatwowierna ludność polska, podjął sekretarz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago, Dr S z y m a ń s k i, próbę pouczenia szerszych warstw, umieszczając w bardzo poczytnym »Dzienniku chicagowskim« szereg artykułów, w których zestawia najczęstsze sztuczki partaczy celem ostrzeżenia przed oszustwem. *R.*

Zioła lecznicze sprowadzają nasze apteki w znacznej części z zagranicy. Znaczne kwoty, które kraj za to płaci, mogłyby w kraju pozostać, gdyby zbieraniem ziół (rumianku, centuryi, malwy, dziewanny, kwiatu lipowego i t. d.) zajęła się ludność wiejska, uboga młodzież szkolna i t. p., do czego zachęca »Słowo polskie« (Nr 329). *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 12. do 18. VII. 1901 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 8; zmarło osób 53 (w tem obcych 26), z nich z gruźlicy 12 (6), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 2 (1), krztuśca 1, płonicy 5 (3), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. do 18. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 4 † 1 (1 † —), płonicy 16 † 5 (5 † 3), odry 16, duru brzusznego 3 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Ferdynand Jossé objął stanowisko honorowego operatora szpitala św. Ludwika.

Lwów. Na założenie i urządzenie Parku Towarzystwa zabaw ruchowych zebrano dotąd ze składek 3,471·10 K.

— Kursa powtarzania dla położnych urządzone być mają dzięki staraniom Koła ginekologów lwowskich. Koszta 4-tygodniowego kursu obliczono na 1,200 K, z których połowę ofiarowała Rada m. Lwowa, a druga połowa spodziewana jest od rządu.

— Od 29. IX. do 15. X. b. r. odbędzie się we Lwowie staraniem »Towarzystwa bratniej pomocy kuchmistrzów« międzynarodowa wystawa kucharsko-spożywcza z uwzględnieniem higieny stosowanej.

Ruch w zdrojowiskach polskich. W Iwoniczu było do 15. VII. osób 2,870, w Krynicy 4,879.

Warszawa. Pożyteczną innowacyę wprowadził Dr Karoli w ambulatoryum szpitala św. Ducha przez zawieszenie na gołych dotąd ścianach poczekalni — pouczających tablic, rysunków i druków, jak »Rady dla matek« Kramsztyka (o wychowaniu niemowląt) i Kopczyńskiego (o zapobieganiu chorobom nerwowym), tablice Wernica (z dziedziny higieny), Weichselbauma i Bregmana (mające na celu zwalczanie alkoholizmu) i t. p. Oglądanie tych tablic skróci chorym czas oczekiwania swej kolei, a przyczyni się do spopularyzowania wskazówek higienicznych.

— W Warcie ma być w gmachu poklasztornym, przerobionym kosztem 26,000 rb., otwarty za miesiąc przytułek dla 72 umysłowo chorych z gub. kaliskiej. Kierownikiem (z płacą 1,000 rb. i dodatkami) ma być psychiatra; posada dotąd wakuje. (Tyg. lek. 29).

— 18. VII. odbyło się uroczyste poświęcenie kamienia węgielnego nowego pawilonu schroniska dla umysłowo chorych w Drewnicy pod Warszawą. Po ukończeniu tego pawilonu będzie mogło schronisko pomieścić 130 chorych.

— Sanatoryum w Rudce dla niezamożnych chorych na gruźlicę ma być otwarte we wrześniu r. b. Budowę gmachu już ukończono, a obecnie są dokonywane urządzenia wewnętrzne. Posadzki betonowe pokryto linoleum. Oświetlenie elektryczne. Ogrzewanie centralne. Terytoryum całe skanalizowane. Wodociągi zasila studnia artezyjska. Od stacyi kolejowej Mrozy do lasu w Rudce prowadzi kolejka konna. (Kur. warsz.).

Z różnych stron. Ze wszystkich 1,084 miast państwa rosyjskiego było według Centralnego Komitetu statytycznego w r. 1904 tylko 2 zupełnie zabrukowanych, a 320 nie miało wcale bruków; wodociągi miało tylko 192 miast, kanalizacyę tylko 38. 78 miast niema wcale lekarzy, a 230 niema zupełnie szpitali powszechnych. (Świat słow. 43).

— Do Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu przyjęci będą tylko ci kandydaci, którzy po przejściu specyalnego kursu złożą pomyślnie egzamin z wiadomości, potrzebnych każdemu wojskowemu, oraz którzy przedstawią dowód pomyślnie złożonego egzaminu z łaciny.

— Parlament francuski uchwalił prawo o tworzeniu przy szkołach początkowych osobnych klas dla dzieci umysłowo nierozwiniętych. Orzekać o przydzieleniu do tych klas będzie komisya, złożona z 3 pedagogów i lekarza, a dziatwa w tych klasach będzie pod osobnym stałym nadzorem lekarskim.

— W głosowaniu powszechnem w d. 5. VII. b. r. uchwalili Szwajcarzy większością 100,000 głosów zakazać w Szwajcaryi wyrobu i sprzedaży piołunówki (absyntu). Nad projektem podobnego prawa obraduje Senat francuski.

Mianowani. Prof. Joachimsthal dyrektorem polikliniki ortopedycznej w Berlinie, Doc. Heubner z Berlina profesorem farmakologii w Göttingen;

Dr Ciszka, dyrektor szpitala sokalskiego, dyrektorem nowo otwartego szpitala krajowego w Kosowie; Dr Walsleben, dyrektor szpitala krośnieńskiego, dyrektorem szpitala krajowego w Śniatynie; Dr Aleksander Zawadzki dyrektorem szpitala kraj. w Krośnie; Dr Antoni Jabłoński konsulentem sanitarnym dyrekcyi kolei państw. w Krakowie.

Powołani. Prof. Hedinger z Bazylei na miejsce zmarłego Prof. Albrechta do Instytutu Senckenberga we Frankfurcie.

Redakcya otrzymała: H. Kucharzewski: W sprawie wód mineralnych naturalnych krajowych. »Zdrowie« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Eglatol (*Med. Klinik.* 1908, Nr 21. Prof. Dr Blumenthal) Chloral i jego pochodne są najdzielniejszymi środkami nasennymi. Nadto ma chloral tę zaletę przed innymi środkami, że po obudzeniu się nie doznaje chory znużenia, oszołomienia i bolów głowy. Dalej wykazały badania Kienböcka nad ciśnieniem krwi, że obawa obniżenia ciśnienia pod wpływem chloralu jest przesadną, a Ewald sądzi, że zwykła dawka 1—2 gr nie naraża wcale chorego. Dążąc mimo to do tego, aby pozbawić chloral własności toksycznych, stworzono w ostatnich czasach przetwór, zwany eglatolem; jest to płyn gęsty, przejrzysty, przypominający zapachem mentol. Wartość eglatolu polega na tem, że udało się trichloraldehyd (chloralhydrat) i phenyldimethyloksychinicynę pozbawić działania trującego na serce, przez wsunięcie esteru metylowego kw. karbaminowego i trimethylksantyny (koffeiny).

Liczne doświadczenia na królikach dowiodły, że przy podskórnem stosowaniu dopiero dawka 0,5 gr zaczyna u nich działać trująco (w porównaniu z 0,15), a 1 gr wstrzyknięty podskórnie człowiekowi nie wywołuje najmniejszej zmiany w działaniu serca. Wewnętrznie podany królikowi w dawce 2,5 gr wywołał eglatol u królika sen 7-godzinny, poczem zwierzę obudziło się w dobrym stanie. Wyniki u ludzi w 40 przypadkach streszcza Blumenthal następująco: 0,5—1,0 w kaps. żelatynowych znoszą chorzy zawsze dobrze i bez przykrych następstw późniejszych; małe dawki (0,5) działają jako środek uspokajający, większe (1.0—1,5—2,0) działają nasennie. Tylko po operacyach nie uzyskano niekiedy przy bardzo gwałtownych bolach pożądanego wyniku. Próbek potrzebnych do doświadczeń dostarczy instytut chemiczny: Dr Horowitz, Berlin. *Hr. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kolomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.

Rok XLVII. Kraków, dnia 1. sierpnia 1908. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania nad teoryą zakażenia.

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent Zakładu.

Część I.

O otoczkowaniu laseczek wąglikowych.

Już w swej pracy p. t. »Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności« (Nowiny lekarskie, 1907) starałem się wykazać wielkie znaczenie, jakie posiada tworzenie otoczek przez laseczniki wąglikowe, jako pierwowzór zmian, którym ulegają bakterye w ustroju zakażonym. Cały szereg badań dokładniej tam omówionych dowiódł ważności tworzenia otoczek dla powstania zakażenia, pozostało jednak jeszcze inne niemniej ważne zagadnienie do rozwiązania, a mianowicie, w jaki sposób powstaje tak uderzająca zmiana w bakteryach. Spotykamy się tu z dwoma zapatrywaniami, teleologicznem i mechanistycznem, z których jedno upatruje w tworzeniu otoczek celowy akt ochronny ze strony bakteryi, mający je zabezpieczyć przed bakteryobójczemi działaniami ustroju (Miecznikow, Sawczenko, Deutsch Heim, Gruber-Futaki, Löhlein), drugie zaś uważa je tylko za morfochemiczny wyraz pewnego ściśle określonego typu wymiany materyi (Migula, Binaghi, Bail, Stiennon, Hamm, Preisz, autor, Ascoli). W przytoczonej wyżej pracy wskazywałem już na to, że fakt powstawania otoczek w surowicach unieczynnionych lub z natury nieczynnych (Bail) właściwie już zbija pogląd teleologiczny, ponieważ dowodzi, że działania bakteryobójcze nie są konieczną podnietą dla wytwarzania otoczek, a o działaniu komórkowem w hodowlach surowiczych mówić nie podobna. Rzecz jasna, że przez to bynajmniej nie myślę zaprzeczać, iż wytwarzanie otoczek jest dla bakteryi przydatne, chroniąc je czy to przed sokami, czy przed komórkami ustroju, ale pojmowanie mechanizmu tej sprawy przez to oczywiście na inne musi zejść tory. Powołując się na wytwarzanie otoczek u paciorkowca krezkowatego *(strept. mesenterioides)* i chorobotwórczych drożdżaków starałem się uzasadnić pogląd, według którego wytwarzanie to jest odpowiedzią na pewną ściśle określoną podnietę odżywczą, a mianowicie przerostem zarodzi zewnętrznej (ściślej mówiąc jej części zwanej osłonką, jak obszerniej to przedstawię w II. części niniejszej pracy). Wychodząc z tego punktu widzenia sądziłem, że opłaci się ponownie zbadać sprawę wytwarzania otoczek, tembardziej, że hodowla w surowicy pozwala sprawę tę dowolnie wywoływać w najrozmaitszych dostępnych zmianom warunkach, a przez to wniknąć głębiej w samą istotę zagadnienia, zdając sobie oczywiście zawsze sprawę z tego, że na podstawie doświadczeń, zdobytych przez naukę o odporności w ciągu ostatnich lat dziesięciu należy zawsze zachować pewną ostrożność wobec wyników doświadczeń w próbówce.

Co się tyczy techniki wykrywania otoczek, chciałbym zaznaczyć, że zgodnie z Heimem, Hissem, Epsteinem, Buergerem i Hammem unikałem rozpuszczającego działania wody na otoczki, rozsmarowując materyał ze stałych podłoży w surowicy wołowej lub płynie puchlinowym. Przy utrwalaniu preparatów posługiwałem się wyskokiem metylowym lub parami kwasu osmowego według Weidenreicha-Hamma z równie dobrymi wynikami, natomiast zaniechałem utrwalania w płomieniu, przy którem otoczka się kurczy. Przy badaniu narządów zwierząt zakażonych z korzyścią zamiast rozsmarowywać ich miąższ robiłem z nich odbitki, które dają dobry pogląd na usadowienie bakteryi w tkance. Do barwienia można się posługiwać całym szeregiem barwików, przedewszystkiem różnych barwików fioletowych pararozanilinowych w mocno rozcieńczonych rozczynach (krótkie barwienie, żeby nie przebarwić!), różnych barwików śluzowych (Heim), metodą Saathofa (zieleń metylowa + pyronina), różnymi rozczynami błękitu metylenowego z domieszką azuru, wreszcie różnemi mieszaninami błękitu i eozyny. Najczęściej używałem starszego rozczynu błękitu boraksowego według Mansona, który daje wspaniałą metachromazyę otoczek, albo krótkiego barwienia słabym rozczynem Giemsy. Czasem udaje się też przy zabarwieniu według Grama lub Claudiusa (także w różnych modyfikacyach, o których będzie mowa w II. części) uzyskać piękne zabarwienie otoczek, podbarwiając eozyną lub safraniną. Fiolet gencyanowy z formaliną według Raebigera nie daje mojem zdaniem lepszych wyników, niż zwykły fiolet, a jest w użyciu bardzo nieprzyjemny. Gdzie mi szczególniej zależało na tem, żeby napewno stwierdzić istnienie otoczki, uważałem tylko metachromatyczne zabarwienie błękitem za dowód, bo t. zw. ujemne otoczki mogą dać powód do pomyłek.

Przechodząc do szczegółów morfologicznych, chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę na wielokształtność otoczki, zależną od wieku i od warunków jej powstawania lub też od różnic osobniczych, które w tej sprawie bardzo

się uwydatniają. Pierwszy ślad otoczki przedstawia się jako delikatny, liniowy rąbek, prawie nie wpływający na zwiększenie szerokości laseczki, a który sposobem Mansona lub Giemsy barwi się różowo. Potem stopniowo rąbek ten się rozszerza, a jego powinowactwo do barwików wzmaga się tak, że wreszcie mamy przed sobą otoczki, grubością 2—3 razy przewyższające samą laseczkę, zabarwione silnie czerwono według Mansona lub ciemno-fioletowo (czasem aż czarno-fioletowo) według Giemsy. Różnice osobnicze ujawniają się w tem, że wśród niekorzystnych warunków znajduje się nieznaczną liczbę laseczek otoczkowych pośród większości nagich, czasem nawet w ten sposób, że w jednej i tej samej nici jeden lub kilka członów mają otoczki, inne zaś nie. Naodwrót znajduje się wśród najkorzystniejszych warunków wśród przeważającej liczby osobników otoczkowych pewne jednostki nagie. Dobrze wykształcona otoczka nawet po dobrem utrwaleniu rzadko tylko miewa kontur zupełnie prostolinijny, najczęściej jest on lekko falisty, a czasem można spotkać bardzo dziwaczne wypaczenia jej kształtu przy rozcieraniu preparatu, prawdopodobnie z powodu wielkiej jej miękości i wodnistości (Hamm). I tak czasem można zauważyć delikatne prążkowanie poprzeczne otoczki, sprawiające wrażenie przewężeń, a dające się sprowadzić do niejednostajnego jej kurczenia się. Zdarza się też, że przy rozsmarowywaniu substancya otoczki wyciąga się w kierunku smarowania w rąbek pędzelkowaty, nieściśle odgraniczony. Miękością i podatnością tej substancyi tłómaczy się też zapewne to, że czasem w obrębie otoczki poszczególne osobniki przy rozsmarowywaniu zostają wysunięte ze szeregu i to czasem tak, że jeden osobnik przesunięty jest w prawo, następny w lewo, trzeci znowu w prawo i t. d. naprzemian. Także i ton zabarwienia może przedstawiać pewne wahania od jasnoróżowego do czerwono-fioletowego przy metodzie Mansona, a od różowego do czarno-fioletowego przy metodzie Giemsy. Podobnie, jak Ascoli, stwierdziłem, że przy metodzie Mansona sama laseczka nie przedstawia czysto niebieskiego tonu bakteryi hodowlanych, lecz raczej niebiesko-fioletowy; być może, że to różowo-czerwona barwa otoczki nakłada się na niebieską barwę samej laseczki, pod nią leżącej i przez to powstaje mieszana barwa fioletowa. Nadto laseczki z hodowli surowiczych mają przeważnie większą szerokość, niż laseczki nagie hodowlane (oczywiście jeśli mierzymy szerokość samej laseczki bez otoczki), lecz nie jest to bynajmniej regułą bezwzględną, bo czasem spotyka się grube laseczki nagie lub cienkie z otoczkami. Co się tyczy błony, mającej ograniczać otoczkę, a opisywanej przez Migulę i Buergera, to coprawda można czasem dostrzedz ograniczenie otoczki jako czerwoną linijkę lub jako nagromadzenie substancyi mocniej się barwiącej na brzegu otoczki, ale sądzę, że jest to poprostu wyraz kurczenia się otoczki i zagęszczenia jej obwodu nawet przy najlepszem utrwalaniu, nie zaś rzeczywiste zróżniczkowanie otoczki.

O ile laseczka otoczkowa ulega zwyrodnieniu, może przedstawiać dwa rodzaje obrazów: albo otoczka rozpływa się stopniowo w środowisku, zostawiając po sobie tylko źle odgraniczony, niewyraźny rąbek, albo też chromatyna laseczki traci zdolność barwienia się mocniejszego lub wreszcie wogóle przestaje się barwić, pozostawiając pustą otoczkę, która zwolna rozpada się w bezkształtne grudki lub kwadratowe odłamki. Ten drugi obraz spotykamy bardzo często przy rozpadzie laseczek otoczkowych w ustroju zakażonym, jak to już dawniej opisał Heim. I przy rozpadzie ujawniają się osobnicze różnice odporności, bo w takich hodowlach surowiczych pewne osobniki utrzymują się dość długo wraz z otoczkami, gdy reszta dawno już się rozpadła. Nie sądzę, żeby należało uważać te puste otoczki za najmłodsze formy rozwojowe, jak to czyni Hamm; przynajmniej, o ile chodzi o laseczki wąglikowe, ich zjawianiu się towarzyszą zawsze inne objawy zwyrodnienia.

Chciałbym wreszcie jeszcze zauważyć, że otoczki czasem barwią się także »życiowo« (ściśle mówiąc »pożyciowo«), co się Hammowi nie udało według metody Nakaniskiego. Ja mieszałem materyał z płynem Lugola i rozcieńczoną fuksyną na szkiełku przedmiotowem i nakrywałem nakrywkowem: w takich preparatach otoczki są przeważnie grubsze, niż w preparatach utrwalanych, co dowodzi, że przy wszystkich metodach utrwalania wrażliwe te twory kurczą się. Zgadza się z tem spostrzeżenie Hamma, że jego otoczkowiec, zawieszony w rozczynie kollargolu wydaje się większym, niż w preparatach utrwalanych zapomocą kwasu osmowego. Ta możliwość życiowego zabarwienia otoczki może wreszcie zdoła przekonać A. Fischera o istnieniu otoczki u laseczki wąglikowej, czemu on zaprzecza, choć właściwie już metachromazya tej otoczki może być wystarczającym na to dowodem. Kto w preparacie z hodowli surowiczej widział na błękitnem tle podłoża czerwone otoczki, ściśle odgraniczone, a w ich wnętrzu ciemnoniebieskie laseczki, ten chyba nie łatwo pomyśli, że ma przed sobą wytwór sztuczny utrwalania.

Przechodząc teraz do właściwego tematu, t. j. do fizyologii wytwarzania otoczek, zaznaczę przedewszystkiem, że do tych doświadczeń trzeba używać różnych szczepów, ponieważ zgodnie z doświadczeniami Preisza i Stiennona które sam mogłem potwierdzić, szczepy różnej jadowitości okazują też różną zdolność wytwarzania otoczek. Należy tedy stosownie do celu doświadczenia używać mocno lub słabo jadowitych szczepów, t. zn. łatwo lub trudno tworzących otoczki. Tak n. p. o ile chodzi o stwierdzenie wpływów, sprzyjających otoczkowaniu lub hamujących je, najlepiej użyć szczepu trudno otoczkującego, jeżeli natomiast zechcemy stwierdzić, czy wśród niekorzystnych warunków otoczki wogóle jeszcze się tworzą, weźmiemy szczep, z łatwością tworzący otoczki. W doświadczeniach swoich rozporządzałem 56 różnymi szczepami, które po części wziąłem ze zbioru tutejszego Zakładu, po części zaś zawdzięczam łaskawej uprzejmości WP. Profesorów Ascolego, Heima, Nowaka, Preisza i Ružicki, a które przedstawiają całą skalę od najwyższej jadowitości aż do szczepów zupełnie dla zwierząt nieszkodliwych. Zupełnie niejadowite szczepy zwyrodniałe, niezdolne do zarodnikowania (dwie stare szczepionki Pasteurowskie i jeden szczep zwyrodniały przez dłuższe hodowanie przy 42° C), które i morfologicznie przedstawiają się jako *formae depauperatae*, t. j. jako smukłe laseczki nie tworzące nici, — nie mają też zdolności tworzenia otoczek, natomiast u wszystkich innych jest ona mniej lub więcej rozwinięta. (C. d. n.)

Z oddziału chirurgicznego wiedeńskiej Polikliniki powszechnej. Kierownik: Doc. Dr Pupovac.

Almateina w chirurgii.

Podał

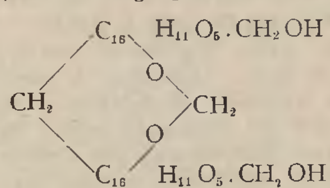
Dr Ernest Venus, asystent oddziału.

Almateiną zowie się nowy przetwór farmaceutyczny, z formaldehydu i hematoksyliny zestawiony i zbadany[1]) przez chemika Lepetita w Medyolanie.

Pomysł przetworu powstał ze znanego już oddawna w biegunce zastosowania wywarów kampeszowych, których skuteczną część składową — hematoksylinę — Chevreul pierwszy wydobył w stanie czystym.

Wywary kampeszowe mają, z natury rzeczy, skład bardzo chwiejny i nie są trwałe. Lepetit próbował przeto wydobyć produkt ostateczny ze skrystalizowanej i należycie określonej hematoksyliny zapomocą działania aldehydu kwasu mrówczanego i uzyskał w istocie jako produkt odczynu, delikatny, czerwonawy, do światła dwubarwnie się mieniący proszek, który w silniejszym stopniu objawiał właściwości hematoksyliny.

Wedle nowych poszukiwań chemicznych[2]) ma almateina skład $C_{38}H_{32}O_{14}$, wedle czego powstaje formuła:



Jest to nadzwyczaj delikatny, ceglasty proszek bez smaku i zapachu, który nie rozpuszcza się w zimnej wodzie i chloroformie, bardzo mało we wrzącej wodzie, dość łatwo w wyskoku i stężonym kwasie octowym, natomiast bardzo łatwo rozpuszcza się w glicerynie i płynach alkalicznych. Almateina rozkłada się pod wpływem wysokiej ciepłoty, wydziela formaldehyd i skomplikowane wielocząstkowe substancye pochodne formaldehydu i hematoksyliny.

Niebawem okazało się, że przetwór ten posiada także w zastosowaniu zewnętrznem bardzo cenne przeciwgnilne, ściągające i ziarnkowanie przyśpieszające właściwości tak, że podjęto w tym względzie dalsze doświadczenia.

Farmakologicznie badał almateinę Prof. Valenti, a z jego wywodów był dla naszych niżej podanych doświadczeń ten szczegół ważny, że przetwór jest w zastosowaniu zewnętrznem bezwarunkowo niedrażniący i nietrujący.

Od kilku miesięcy czyniliśmy na naszym materyale ambulansowym w 500 przypadkach badania i doświadczenia z almateiną, bądź we formie zasypki, bądź też we formie gazy almateinowej.

Stosowano almateinę do ran czystych, jakoteż do zakażonych ran ciętych, dartych i miażdżonych, do wrzodzianek *(furunculus simplex* i *compositus)*, dalej do ropowic, zastrzałów, zanokcic, do ropniejących gruczolaków limfatycznych, oparzelin, liszajów-półpaśców, w przypadkach żylakowych wrzodów goleni, ostrego i sączącego wyprysku, nowotworów w stawie, wreszcie na przetoki gruźlicze i pozostałe po operacyach.

Jodoform da się w rzeczy samej tylko takim środkiem zastąpić, który będąc przeciwgnilnym i niedrażniącym, przyspiesza ziarnkowanie, nie działa trująco, lecz osuszająco i który wreszcie nie ma woni.

Wszystkim tym wymaganiom uczyniła zadość almateina. Chociaż, jak wspomniałem, użyliśmy jej w 500 przypadkach, w niektórych razach, jak przeciw wrzodom goleni — we wielkich ilościach przez szereg tygodni, nie zauważyliśmy nigdy w okolicy wyprysku, ani innych zapalnych objawów wskutek podrażnienia, nie widzieliśmy nigdy trujących objawćw z wessania.

Uderzającem było działanie almateiny pod względem przyspieszania ziarnkowania. Rany ropiejące, brudno obłożone, oczyszczały się bardzo prędko i można było bardzo rychło zauważyć powstawanie świeżych, czerwonych ziarnin. Celem kontroli, leczyliśmy często u chorych, mających dwie lub więcej zakaźnych ran dartych i miażdżonych, jedną ranę jodoformem lub kseroformem, a drugą ranę almateiną. Okazywało się niemal zawsze, że rana leczona almateiną oczyszczała się i ziarnkowała rychlej, niż rana druga.

Dwukrotnie też leczyliśmy chorych na półpasiec (*herpes zoster*) w ten sposób, że jedną stronę liszaja opatrywaliśmy kseroformem, drugą zaś almateiną. I w tych razach stwierdziliśmy, że strona opatrzona almateiną rychlej została wyleczoną.

Przy cuchnących, starych żylakowych wrzodach na nogach, mogliśmy dokładnie sprawdzić odwaniające i przyspieszające ziarnkowanie działanie almateiny.

Zdarzyło się przypadkiem, że mieliśmy w ostatnich miesiącach kilku chorych z przetoką żołądka, założoną skutkiem raka przełyku, u których wytworzył się u otworu przetoki wyprysk, częstokroć bardzo dokuczliwy i bolesny. Nie mogąc usunąć wyprysku zapomocą maści, ani suchego leczenia, zastosowałem almateinę. Sączenie ustawało skutkiem tego prędko i wyprysk goił się w najkrótszym czasie.

Najlepsze doświadczenia poczyniliśmy wszakże przy leczeniu oparzelin. Wobec świeżych oparzelin postępowaliśmy w ten sposób, żeśmy otwierali pęcherze aseptycznie, usuwali wedle możności skórę zmartwiałą, a następnie posypywali miejsce oparzone gęsto almateiną, kładli na to suchy opatrunek i wedle możności pozostawiali go przez kilka dni w spokoju. Zaraz przy pierwszej zmianie opatrunku uderzał wprost widok, jak się pozostałe części zmartwiałe pooddzielały, a zewsząd od brzegu rany począł się nasuwać naskórek. Ropienie rychło ustawało, a zabliźnienie powstawało szybko.

Zdołaliśmy także co do oparzelin stwierdzić zapomocą leczenia porównawczego, że rany opatrywane almateiną, rychlej się goiły, niż rany leczone kseroformem.

Almateina zastępuje doskonale jodoform, który tem przewyższa, że nie działa trująco i jest bezwonną. Nadaje się szczególnie w tych wszystkich przypadkach, w których chodzi o wywołanie skutków, ograniczających wydzielanie, a przyspieszających ziarnkowanie.

[1]) Vierteljahreschrift für praktische Pharmazie, Nr 3, 1905.

[2]) Analiza Prof. Dr Roberta Scholla, kierownika zakładu chemicznego przy uniwersytecie w Grazu.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grossmann. **O operacyjnem leczeniu przepuklin w wieku dziecięcym.** (*Münch med. Wochs.* 1908, Nr 19). Utarło się w chirurgii zupełnie niesłuszne zdanie, że małych dzieci, cierpiących na przepukliny, nie należy operować, bo przepukliny w tym wieku ustępują nieraz zupełnie pod paskami i opatrunkami, a operacya u dzieci ma być niebezpieczną. G. twierdzi, że zdania te nie są słuszne. Leczenie paskami u dzieci n. p. przepuklin pachwinowych jest bardzo trudne ze względu na zachowanie czystości skóry, a często przepuklina leczy się tylko pozornie, potem znów nagle występuje. Natomiast operacya przepukliny nie grozi zdaniem G. żadnem niebezpieczeństwem, zwłaszcza, że u dzieci nie potrzeba żadnych wielkich zabiegów i wystarcza proste podwiązanie i zapuszczenie worka przepuklinowego; conajwięcej potrzeba czasem dodać 2—3 szwów celem zwężenia wrót przepuklinowych. G. operował n. p. 79 przepuklin pachwinowych (z tego 11 obustronnych) u dzieci. 10 dzieci liczyło zaledwie 3 miesiące życia, a 18 rok życia. Przez to nie odrzuca G. jednak wcale leczenia zachowawczego; należy go próbować, ale na niem nie poprzestawać. Często przepukliny u dzieci są przyczyną ciężkich zaburzeń jelitowych, które znikają zaraz po operacyi. *K.*

Albu. **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 17). Zapalenie ostre. Ciekawą jest rzeczą, że jeszcze obecnie panują bardzo różne zdania co do leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Znakomici klinicyści wygłaszają zdania wprost przeciwne, tak n. p. Riedel sądzi, że kto zachorował na zapalenie wyrostka, powinien się zaraz dać operować, Sonnenburg lekkie przypadki poleca leczyć olejem rącznikowym, a inni znów zachwalają makowiec. Wychodzi się tu z błędnego założenia, bo na zasadzie statystyk i t. p. chce się koniecznie wprowadzić pewien szablon i tej lub owej metodzie przyznać palmę pierwszeństwa. Dla lekarza praktycznego jest to nawet tylko utrudnieniem działania, bo nie opiera on się już potem na objawach klinicznych, ale na pewnej zasadzie. Ciężki lub lekki przebieg choroby zależy od zachowania się otrzewnej. W przypadkach o łagodnym prze-

biegu nie stwierdza się nigdy raptownego pogorszenia, o ile oczywiście lekarz śledzi przebieg ich stale i uważnie. W wielu z nich potem następują nawroty o jeszcze lżejszym przebiegu. Przypadki ciężkie odeszle każdy lekarz do operacyi, zdania więc różnić się mogą jedynie co do leczenia przypadków o łagodnym przebiegu, a tu co do operacyi rozstrzyga znów nie lekarz, lecz raczej chory lub choroba sama, n. p. częste nawroty. Olej rącznikowy pomódz może jedynie tam, gdzie sprawa w wyrostku jest zarazem wyrazem ostrego zajęcia jelit; te przypadki są jednak rzadkie. Tam jednak, gdzie sprawa zajmuje tylko wyrostek, olej rącznikowy nie pomoże, a raczej zaszkodzi. Co do makowca, to trudno naprawdę znaleść dla podawania jego wskazanie.—Zapalenia przewlekłe. Według A. rzadko gdzie robi się tyle bezcelowych i niepotrzebnych operacyi, jak przy zapaleniu wyrostka (na zimno). Coraz częściej słyszymy o operacyach, które nietylko nic nie pomogły, ale po których nawet przypady się pogorszyły, a to dlatego, że i przed operacyą nie był ich źródłem wyrostek. Dawniej operowano podobnie zaciekle przepuklinę nadbrzuszną, uważając ją za przyczynę wszystkich możebnych bolów w jamie brzusznej. Powinno się operować nie dlatego, że ktoś ma wyrostek, który może i uległ zmianom ale dlatego, że zachodzi konieczna potrzeba. *K.*

Prof. Burkhardt. **O pęknięciach odbytnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 24). Pęknięcia odbytnicy niezmienionej należą do rzadkości. B. spostrzegał przypadek takiego pęknięcia u młodego człowieka, które wystąpiło wśród oddawania stolca i wywołało zapalenie otrzewnej, ponieważ kał dostał się do jamy brzusznej. Mimoto udało się chorego przez operacyę uratować. Mechanizm powstawania takich pęknięć jest jeszcze ciemny. — Bardzo często powstają pęknięcia u ludzi, cierpiących na wypadnięcie odbytnicy. Z 14 opisanych dotąd przypadków 6 razy było przedtem wypadnięcie, raz uchyłek, a dwa razy ropienie. Pęknięcie występuje najczęściej przy oddawaniu stolca lub przy podnoszeniu ciężaru. Chorzy odczuwają zwykle podmiotowo chwilę pęknięcia. *K.*

Prof. Payr. **Zapalenie guzów krwawniczych i jego leczenie.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 18). Krwawnice uważa P. jedynie za rozszerzone żyły. Znikają one nieraz same, lub też po operacyi niedoszczętnej. Guzy krwawnicze wywołują czasem napady nie wskutek, jak często mylnie się sądzi, uwięźnięcia, (bo uwięznąć mogą tylko guzy wewnętrzne), ale częściej zakrzepów i spraw zapalnych w samych żyłach. Napady takie leczyć można, o ile nie są groźne, zachowawczo. Lekarz praktyk często bywa wzywany w podobnych przypadkach i wtedy poleca P. zamiast odsyłania chorych do operacyi sposób prosty, którego nawet zawsze sam używa. Sposób ten polega na nacięciu guza zapalonego, wygarnięciu skrzepów i wypełnieniu jamki proszkiem: *Jodoform Anaesthesin aa 3,0, Cocain mur. 0,3.* Nacięcie wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, chory już na drugi dzień może wstać i oddać się swemu zajęciu. Krwotoku przytem niema, a ulga bardzo wielka i szybka. Nieraz po tem nacięciu krwawnice nie sprawiają już żadnych dolegliwości. *K.*

Rosenthal. **Samodzielnie trzymający się rozszerzacz do powłok brzusznych.** (*Medycyna i Kronika lek.* 1908, Nr 18). W r. 1906 podał R. opisany poniżej rozszerzacz, obecnie jednak donosi o nim obszernie, bo po pierwsze Dr Schubert z Wrocławia podał obecnie podobny, a powtóre przekonał się R. przy licznych operacyach o zaletach swego narzędzia. Rozszerzacz ten składa się z ramy prostokątnej w kształcie litery U. Jedno z ramion pionowych jest ruchome. Końce obu ramion pionowych opatrzone są płytami w kształcie łyżek Fritscha, osadzonemi na zawiasie ruchomo. Przy założeniu przysuwa się pręt ruchomy do stałego, a po założeniu łyżek na powłoki odsuwa dowolnie. Sprężyste ściany brzuszne utrzymują rozszerzacz w danem położeniu. Ramę kładzie się na nadbrzusze lub na nogi chorego. Dodać można jeszcze 3. łyżkę, zahaczając ją na pręcie poziomym. *K.*

Borszèky. **Chirurgiczne leczenie trawiennego wrzodu żołądka i dwunastnicy, jakoteż powikłań i ostateczne wyniki leczenia.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. I.). Na podstawie rozległego doświadczenia z kliniki Reczeya i innych uważa B. połączenie żołądka z jelitem za zabieg, który przy wrzodzie daje najlepsze wyniki. Operować powinno się jednak jedynie tam, gdzie leczenie wewnętrzne nic nie pomaga, lub gdzie po wygojeniu się wrzodu pozostały powikłania. Operacye z powodu silnego krwotoku zwykle kończą się niepomyślnie. W doświadczeniach swych na zwierzętach przekonał się B., że jeżeli odźwiernik jest drożny, treść żołądka odpływa nietylko przez otwór gastroenterostomii, lecz także dalej częściowo i odźwiernikiem. Wobec tego w podobnych przypadkach u ludzi nie może operacya działać wstrzymująco na krwotok. Przez podawanie kwasu solnego po operacyi tworzą się wrzody w jelicie cienkiem, ale nie zawsze; przyczyny występowania ich szukać należy przeto jeszcze w czemś innem. *K.*

Clairmont. **O doświadczalnie wywołanym wrzodzie żołądka i o jego leczeniu przez połączenie żołądka z jelitem.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. I.). Praca C. jest niejako sprawdzeniem podobnej pracy Fiebicha. Fiebich twierdzi, że przez podwiązywanie gałęzi naczyniowych ścian żołądka, dalej przez wycinanie i przypalanie ubytku kwasami udaje się u zwierząt wywoływać sztucznie wrzody żołądka. Połączenie żołądka z jelitem wpływać ma bardzo korzystnie na gojenie się wrzodu. Otóż doświadczenia C. stwierdzają zupełnie co innego. Wrzodów sztucznie nie zdołał on wywołać, bo wszystkie ubytki miały zawsze dążność do gojenia się. Przy wpuście ubytki goją się znacznie prędzej, niż przy odźwierniku. Połączenie żołądka z jelitem nie wpływa wcale na szybsze gojenie się ubytków. *K.*

Carnot. **Doświadczalne badania nad gojeniem się wrzodu żołądka.** (*Tow. biolog. w Paryżu* 9. V. 1908). Przez wycięcie ściany można otrzymać wrzody żołądka. Wrzód taki goi się jednak rychło i zmniejsza się bardzo, tak że małych wycięć zupełnie potem nawet nie znać. Kawałeczki błony śluzowej, przyłożone na ubytki, przyspieszają znacznie gojenie. Kawałki te podawał Carnot także przez usta z wynikiem dobrym (?). C. sądzi, że może z tego da się zrobić jaki użytek leczniczy. *K.*

Plettner. **Wgłobienie jelit u dzieci.** (*Tow. lek. i przyrodn.* Drezno, 29. II., 1908). Wgłobienie jelit u dzieci występuje po silnych zaparciach stolca, najczęściej w porze ciepłej, lub też w czasie odłączania od piersi. Wgłobienie u dzieci samo nigdy się nie leczy i nawet po wydaleniu części wgłobionej często kończy się śmiertelnie. Rozpoznanie jest czasem bardzo trudne. Niemożność rozsunięcia wgłobienia u dzieci przy operacyi równa się prawie śmierci, dlatego też powinno się operować jaknajrychlej, a nigdy nie wolno liczyć na samowyleczenie. Makowca nie wolno podawać. Przy rozsuwaniu wgłobienia należy najpierw uwolnić ze zrostów szyję wgłobienia, a potem wsunąć oba palce wskazujące między część środkową, a wewnętrzną, i od środka wysuwać część środkową. Zwykle w ten sposób udaje się rozsunąć wgłobienie. *K.*

Jerusalem. **W sprawie następowego leczenia po laparotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). Przypadłości po operacyach w jamie brzusznej pochodzą najczęściej z wytwarzania się zrostów. Wszelkie polecane dotąd przeciw nim środki, jak wlewania wysokie, wpędzania powietrza, podskórne wstrzykiwania fizostygminy i t. p. nie mogą zapobiedz, ani wyleczyć tych spraw. J. otrzymał znakomite wyniki w 21 podobnych przypadkach przy stosowaniu dużego dzwonu Klappa na bliznę i na inne bolesne miejsca brzucha. Działanie tu jest tak mechaniczne (odrywanie zrostów), jak i fizyologiczne (przekrwienie), o czem przekonał się J. naocznie, zakładając dzwon wygotowany u chorych tuż przed operacyą, jakoteż badając działanie dzwonu na zwłokach. Dzwon zakładać należy 1—2 razy dziennie na 20—30 minut, nieraz przez 2 do 3 tygodni. *K.*

Sommer. **Zachowywanie się tchawicy przy wolu.** (*Tow. przyr. i lek. w Dreznie* 22. II. 1908). Ucisk tchawicy przez wole zależy w wielkiej mierze od stanu mięśni szyjnych; gdy one są wiotkie, wole wysuwa się na zewnątrz, gdy zaś są silne, wole wpycha się ku środkowi. Badanie zewnętrzne wola nie może nigdy dać dokładnego wyobrażenia o stosunkach koło tchawicy, gdyż właśnie ucisk wywołują wole mniejsze, t. j. silniej wpychane ku środkowi przez mięśnie, a nie duże, wiszące na zewnątrz. Dlatego też chorych badać należy zawsze śródkrtaniowo wziernikiem. Często od zewnątrz widać jednostronne duże wole, a badanie śródkrtaniowe stwierdza, że ucisk na tchawicę jest właśnie z drugiej strony przez jakiś mały guzek, nie dający się nawet od zewnątrz dobrze wymacać. Wynik operacyi co do następowej poprawy uciśniętej tchawicy nawet w najcięższych przypadkach jest zawsze bardzo dobry. Także przy badaniu wolów podmostkowych badanie wziernikiem oddaje nieocenione usługi i rozjaśnia nieraz sytuacyę. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Srdinko. **Stosunek płci noworodków w Austryi.** *Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt III.). We wszystkich prawie państwach Europy spis ludności stwierdza zawsze przewagę płci żeńskiej, gdy wśród noworodków przeważa płeć męska. (W Austryi według spisu ludności w r. 1900, na 100 kobiet przypada 96,61 mężczyzn, wśród noworodków na 100 dziewcząt przypada

106,557 chłopców). Zdaje się, że stosunek płci wszystkich istot żyjących jest mniej więcej liczbą stałą. Różne czynniki zdają się wpływać na uregulowanie stosunku płci. Stwierdzono, że brak mężczyzn w jakimś kraju po wojnie, wyrównywa się w następnych latach przez to, że przez ten czas rodzi się więcej chłopców. Stare (ponad 30 r. ż.) pierwiastki rodzą na 100 dziewcząt 120—130 chłopców. Düsing twierdzi, że i wieloródki rodzą więcej chłopców, jeżeli między porodami upływają dłuższe okresy. Częstsze spółkowanie mężczyzny ma również wywoływać potomstwo płci męskiej. Fiquet łączył u zwierząt wpływ dobrego i złego odżywienia z wpływem częstego i rzadkiego spółkowania i miał w ten sposób uzyskiwać dowolnie potomstwo męskie lub żeńskie. Thury sądzi, że z jajek wcześnie zapłodnionych powstają płody żeńskie i naodwrót, i tem tłómaczy przewagę noworodków męskich u żydów. Według rytuału żydowskiego nie wolno spółkować 7—14 dni po miesiączkowaniu, wskutek czego zapłodnienie jajka następuje, zdaniem T., późno i w następstwie powstają płody męskie. Odżywienie ma pewien wpływ na stosunek płci w tem znaczeniu, że dobre odżywienie przyczynia się do pomnożenia urodzeń noworodków żeńskich i odwrotnie. Hampe obliczył stosunek płci u dzieci biednych rodziców na 115 (t. j. 115 chłopców na 100 dziewcząt) bogatych na 104,5. Podobne liczby otrzymuje się przez porównanie krajów biednych i zamożnych. Tu należy również znaczna przewaga urodzeń chłopców u narodów wymierających (Australia, Ameryka); zawsze więc wysoki stosunek płci męskiej jest złym znakiem dla przyszłości narodu. Na wsi rodzi się więcej chłopców, aniżeli w mieście. Także i pora roku ma mieć pewny wpływ; Düsing stwierdził większą ilość zastąpień na wiosnę i w lecie z przewagą noworodków żeńskich, a mniejszą w jesieni i zimie z przewagą noworodków męskich. Dalej zauważono, że matki bardzo młode i stare rodzą głównie chłopców, matki zaś w średnim wieku głównie dziewczęta, co ma zależeć od wpływu odżywienia. Hofacker i Sadler stwierdzili znowu, że w małżeństwach, w których ojciec jest znacznie starszy od matki, więcej rodzi się chłopców. Małżeństwa bardziej skrzyżowane płodzą więcej dziewcząt, a więc n. p. w miastach, gdzie panuje wielki ruch obcych, dalej, gdy rodzice są różnego wyznania, wśród dzieci nieślubnych i t. d. W drugiej części swej pracy podaje autor wyniki swych badań nad stosunkiem płci w Austryi, uwzględniając przy tem dzieci żywo i nieżywo urodzone, ślubne i nieślubne, pory roku, wielkość miejscowości, wyznanie, wiek i zawód rodziców, czas trwania małżeństwa, stosunek przy porodach mnogich i narodowość. Stosunek płci w Austryi wynosi 106,557, w Galicyi 106,71. Autor tłómaczy tę różnicę wielką liczbą małżeństw żydowskich w Galicyi, u których stosunek płci noworodków wynosi 112,06, gdy u katolików tylko 106,00. Stosunek płci w Galicyi, uwzględniając tylko narodowość polską i ruską, jest mniejszy, aniżeli średni w całej Austryi i w Niemczech 106,00: 106,557. Schuhman obliczył stosunek płci u Rosyan tylko na 101, u Anglików 104, Węgrów 110, Greków 111. Przyrost ludności czy jakiegoś gatunku zwierząt zależy przedewszystkiem od liczby osobników żeńskich. Gdyby z jakiegoś gatunku zwierząt pozostało kilka osobników męskich, a tylko jeden żeński, to w razie śmierci tego osobnika cały gatunek skazany jest na zagładę. Dla dalszego więc istnienia i rozwoju jakiegoś gatunku czy narodu, liczba kobiet odgrywa bardzo wielką rolę. To też nizki stosunek płci u narodów słowiańskich jest dla nich bardzo korzystnym znakiem na przyszłość. Faktem jest, że Słowianie płodzą więcej dziewcząt, aniżeli Niemcy. Najmniejszy stosunek płci, a więc najwięcej noworodków żeńskich wykazują Rosyanie, później idą Serbo-Kroaci, Słoweńcy, Rusini, Polacy, a na końcu Czesi. *Dr E. Ehrenpreis.*

Doc. Zurhelle. **Zakrzep i zator po operacyach ginekologicznych.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt II.). Zatory i zakrzepy występują najczęściej po operacyach mięśniaków macicy, w następstwie zmian serca i naczyń, którym tak często ulegają kobiety, cierpiące na mięśniaki. Nadto zauważył Z., że zakrzepy częściej znowu występują u chorych zamożnych, aniżeli u biednych, które zmuszone pracować do ostatniej chwili, nie zwlekają tak długo z operacyą, nie przychodzą więc tak osłabione i niedokrwiste do operacyi, wskutek czego i serce nie odmawia tak prędko posłuszeństwa. Na drugiem miejscu pod względem występowania zakrzepów po operacyach ginekologicznych stoją nowotwory złośliwe, a szczególnie rak macicy. I tutaj są zatory i zakrzepy następstwem niedokrwistości i ogólnego charłactwa, a nadto ucisku na naczynia płynu, gromadzącego się w jamie brzusznej. W końcu według najnowszych badań nowotwory same, przez wytwarzanie jakichś substancyi trujących czynią krew bardziej krzepliwą. Mechanicznym czynnikiem, sprzyjającym powstaniu zakrzepu, jest czasem bezpośredni ucisk nowotworu na naczynia, lub też obrośnięcie i przerośnięcie ich tkanką nowotworu, w końcu podwiązki, zakładane przy operacyi. Wyjęcie tych podwiązek może znowu wywoływać zatory. Rzadko zdarzają się zakrzepy i zatory po operacyach plastycznych i poprawiających położenie macicy, a tu najczęstszą ich przyczyną jest zakażenie przy operacyi i ropienie w ranie. Najrzadziej zaś występują zakrzepy po operacyach guzów jajnikowych (torbiele, skórzaki). Do ogólnych przyczyn, sprzyjających powstaniu zatorów płucnych po operacyach ginekologicznych, należy zatrzymanie gazów jelitowych, wywołujących ucisk na naczynia. Nagłe opróżnienie jelita i odejście gazów usuwa ten ucisk, przyspiesza nagle krążenie krwi, która porywa wtedy cząstki zakrzepu, przez co powstaje zator. Zator może również wywołać każde nagłe wstrząśnienie ciała, n. p. przy kaszlu i kichaniu, nagłe wstanie z łóżka, zbytnie natężenie tłoczni brzusznej i i. Powstaniu zakrzepu sprzyja zbytnie ochłodzenie ustroju przez długo trwające otwarcie jamy brzusznej, uśpienie, uszkodzenie naczyń, szczególnie przy rozrywaniu zrostów, utrudnienie odpływu krwi z kończyn dolnych przez zbyt silne założenie opasek, a także czasem ułożenie operowanej z podniesioną miednicą według Trendelenburga, szczególnie u chorych z ciężką chorobą sercową i u otyłych. — Dla rozpoznania zakrzepów pewne znaczenie ma mieć objaw Mahlera, według którego jeszcze przed wystąpieniem innych objawów zakrzepu tętno się przyspiesza (»Kletterpuls«) i to przy prawidłowej ciepłocie ciała. Z innych objawów wymienia Z. miękkość tętna, bolesność części ciała, zajętej zakrzepem, szczególną jej wrażliwość przy ucisku, kaszlu, kichaniu, parciu, pewną jej ociężałość i bezsilność i występowanie różnych sensacyi; nadto różnego rodzaju przypadłości żołądkowe, zaburzenia przy oddawaniu moczu, bole w pachwinach, w głębi miednicy, w kiszce stolcowej i wzdęcia. W każdym przypadku, podejrzanym o zakrzep, należy koniecznie mierzyć obwód kończyn dolnych, pamiętając jednak, że kończyna prawa zwykle jest grubsza. — Leczenie przedewszystkiem powinno być zapobiegawcze. W tym celu należy każdą chorą przed operacyą odpowiednio przygotować przez wzmocnienie stanu ogólnego i czynności serca. Dzień przed operacyą nie należy podawać zbyt silnych środków przeczyszczających i nie kazać chorej pościć, owszem należy podać dyetę posilną, choć lekką, i zawsze trochę wina. Przy operacyi należy ciepło ustroju o ile możności utrzymać przez małe cięcie brzuszne, szybkie operowanie i stosowanie ciepłych lewatyw. Po operacyi należy założyć opaskę, ale niezbyt silnie, chorą ułożyć z podniesionym grzbietem, zalecić jej częste wykonywanie głębokich wdechów i ruchów kończynami, i podać jej dostateczną ilość ciepłych płynów przez usta, czy podskórnie, czy też jako lewatywy. Dolną część łóżka należy podnieść i to tem wyżej, im chora bardziej jest niedokrwista i osłabiona. Niektórzy radzą rozpocząć zaraz w pierwszym dniu po operacyi miesienie i gimnastykę kończyn; niemniej wskazane jest wczesne wstawanie z łóżka, nawet, jeżeli można, zaraz na drugi dzień po operacyi. W końcu należy i stolec wywołać dość wcześnie. Jeżeli mimo tych wszystkich środków ostrożności powstał zakrzep, należy się starać ochronić chorą przed powstaniem zatoru i w tym celu przedewszystkiem zalecić bezwzględny spokój. Przy zakrzepie żył udowych trzeba chorą kończynę natychmiast w lekkiem zgięciu unieść do góry, a to tylko przez podniesienie całej dolnej części łóżka o 10—50 ctm. Tylko w ten sposób można przyspieszyć odpływ krwi z kończyny ku sercu, gdyż ona płynie wówczas po jednostajnej równi pochyłej; przez uniesienie samej tylko kończyny zostaje odpływ krwi raczej zwolniony, gdyż wówczas górne części żył udowych i miednicowych stanowią właśnie najniższy punkt żylnego słupa krwi, płynącego od nogi do serca. Celem zmniejszenia bolu zawija się kończynę okładem Priessnitza, zwilżanym we wodzie, alkoholu lub octanie glinowym. Czynność serca należy równocześnie skrzepić przez podawanie środków sercowych, jak kamfora, eter i i.; stolec powinien być lekki celem zmniejszenia czynności tłoczni brzusznej. Gdy już obawa przed powstaniem zatoru minęła i ciepłota ciała przez 2 tygodnie utrzymywała się w granicach prawidłowych, radzi Marhais rozpocząć ruchy bierne, a po 4 dniach przejść do czynnych; przytem należy je najpierw wykonywać w stawie stopowym i stopniowo, miesząc równocześnie ostrożnie mięśnie, co kilka dni w stawach wyżej położonych. Po 2 tygodniach może się chora przejść. W razie podniesienia się ciepłoty, należy to leczenie mechaniczne przerwać i 2 tygodnie po ostatniem wzniesieniu na nowo je rozpocząć. Tam, gdzie mimo tych środków ochronnych nastąpił zator, należy natychmiast stosować eter, kamforę, miesienie serca i morfinę w dawce najmniejszej 0,02, nawet przy wiel-

kiem osłabieniu i niedokrwistości. Morfina zmniejsza odrazu ból kłujący opłucny i pozwala chorej głęboko oddychać, co ma wielkie znaczenie dla wyrównania krążenia. Nadto polecają bańki suche, okłady Priessnitza i zawijanie. Celem zapobiegania zakażeniu zatoru wskazane jest świeże, czyste powietrze.

Dr E. Ehrenpreis.

Doc. Baisch. **O stałych wynikach przy leczeniu gruźlicy narządu rodnego i otrzewnej u kobiety.** (*Arch. f. Gyn.* t. 84, zeszyt II.). Najkorzystniejszą postacią jest gruźlica otrzewnej z puchliną brzuszną. W toku gruźlicy otrzewnej peryody występują zwykle bardzo późno i płodność po wybuchu choroby prawie zawsze zupełnie ustaje. Z 34 chorych, leczonych chirurgicznie przez wypuszczenie płynu przesiękowego, umarło 12 chorych, wyzdrowiało 22; ponieważ u 21 wyleczenie trwa już od 2—9 lat, a o stałem wyleczeniu można mówić po upływie 4 lat od operacyi, przeto stałe wyniki, wynoszące tu 70 prc., można uznać istotnie za bardzo dobre. Z 4 chorych leczonych zachowawczo 2 umarły, a 2 wyzdrowiały = 50 prc. Złe rokowanie i złe wyniki nawet przy leczeniu operacyjnem dają przypadki z równoczesnem powikłaniem gruźlicą płuc i opłucnej. Niekorzystnym czynnikiem jest również gorączka przed operacyą, tak że zdaniem autora stanowi ona tam, gdzie się przez dłuższy czas utrzymuje, wprost przeciwwskazanie do operacyi. Niekorzystne jest w końcu rokowanie w przypadkach ogólnego osłabienia, n. p. w przebiegu wady sercowej, ciąży i połogu. — Gorsze wyniki daje sucha gruźlica otrzewnej, wiodąca do zrostów. Z 22 takich chorych umarło 11 = 50 prc.; z tych 8 leczono zachowawczo. Z 11 operowanych wyzdrowiało i uzyskało zupełną zdolność do pracy 8 chorych. I tu operacya polega tylko na otwarciu jamy brzusznej. Zrostów rozrywać nie należy, by chorej nie narazić na niebezpieczeństwo powstania przetoki kałowej. Trzecią postać stanowi gruźlica trąbek; i tu leczenie operacyjne daje najlepsze wyniki. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Elektro-radiofor. Do leczenia chorób sterczu światłem i ciepłem podał Kornfeld przyrząd, nazwany elektro-radioforem. Składa się on ze wziernika stolcowego z odpowiedniem wycięciem na gruczoł krokowy i okrągłej elektrycznej lampeczki. Stercz naświetla się, ułożywszy chorego na czworakach, 5—15 minut. Do leczenia nadają się głównie przypadki twardych i bolesnych nacieków, zboczenia w zdolności płciowej, nerwice płciowe i t. p. *K.*

Odżywianie mlekiem krowiem z żelazem. Weterynarz Bonatz z Berlina przez odpowiednie karmienie krów uzyskuje mleko, bardzo obfitujące w żelazo. Smak mleka przytem się nie zmienia. Schnütgen podawał to mleko z bardzo dobrym skutkiem (1—2 litry dziennie) chorym na cukrzycę, błednicę, gruźlicę, białaczkę i t. p. Odsetek hemoglobiny, jakoteż ilość ciałek czerwonych wzrastała wybitnie, podobnie i waga ciała. Leczenie prowadzi się 4—6 tygodni. *K.*

Przy wrzodzie żołądka podaje Elsner zimny odwar proszku »hygiama« w mleku, a od 6. dnia masło, śmietankę, sucharki i surowe jaja. *K.*

Linowal, nową zaróbkę do maści, działającą bakteryobójczo poleca Salomon. Linowalu nie można mieszać jedynie ze środkami alkalicznymi i kwasami, natomiast można go łączyć z ichtyolem, przetworami salicylu, chryzarobiną, cynkiem i t. d. Stosując linowal, otrzymał Salomon bardzo dobre wyniki przy mnogich czyrakach, przewlekłych wypryskach, trądziku, wrzodach goleni i t. p. Głównym składnikiem linowalu jest lotny kwas tłuszczowy, otrzymywany w rafineryach oleju lnianego. *K.*

Toczeń skóry leczy Senger wcieraniem w miejsca zajęte maści z tuberkuliną (5—10 prc.). Występuje przytem odczyn, wśród którego S. naświetla jeszcze chore miejsca promieniami Röntgena celem uniknięcia nawrotów. *K.*

Chleb migdałowy w cukrzycy poleca Le Goff. Z pół funta słodkich migdałów otrzymać można około 300 grm. chleba. Dla lepszego smaku dodaje się do ciasta soli, cytryny lub wanilii, i wreszcie proszku do pieczenia, by chleb dobrze urósł. Chleb ten ma wcale dobry smak, a ze względu na wielką zawartość tłuszczu, a małą węglowodanów, nadaje się dobrze w tych przypadkach cukrzycy, gdzie jest wysoki odsetek cukru, a chorzy mają wielkie łaknienie. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie **zapalenia wyrostka robaczkowego**

zestawił **Witołd Nowicki.**

(Ciąg dalszy).

3) Dr Progulski: **Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.**

Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci zasługuje na uwagę ze względu na pewne odrębności i właściwości, znamienne dla wieku młodocianego. U dzieci istnieje szczególniejsza skłonność do tego cierpienia, a przyczyną jej jest prawdopodobnie obfitość tkanki limfatycznej wyrostka, częstość chorób przewodu pokarmowego, odmienna budowa anatomiczna dziecięcego wyrostka i niekorzystne jego położenie w miednicy małej. Zapalenie wyrostka wydarza się u dzieci częściej, aniżeli dawniej sądzono, kiedy na chorobę tę nie zwracano tej uwagi, co obecnie. Chociaż w wieku powyżej lat 5 występuje zapalenie wyrostka nierównie częściej, to jednak i oseski nie są wolne od niebezpieczeństw tego cierpienia. Referent spostrzegał zapalenie wyrostka u 6-tygodniowego dziecka. Czerwiwości i ciałom obcym, jako przyczynom wywołującym, należy odmówić ważniejszego znaczenia, a raczej podkreślić wpływ chorób zakaźnych, jak płonicy, odry, ospy wietrznej itp.

Przebieg choroby u dzieci cechuje ciężkość zmian anatomicznych wyrostka, skłonność do przebicia, zgorzeli lub rozlanego zapalenia otrzewnej. Wytłómaczenia tych właściwości należy szukać w mniejszej odporności (Nothnagel) tkanek i ustroju dziecięcego, niezaopatrzonego jeszcze w ciała ochronne.

W rozpoznawaniu omawianego cierpienia u dzieci nasuwają się poważne trudności: brak wywiadów i zdolności określenia swego stanu podmiotowego, skłonność do fałszywego określania siedziby dolegliwości i częsta nietypowość objawów chorobowych. W uwzględnieniu znamiennego przebiegu i przewagi cięższych przypadków należy u dzieci rokować poważnie.

Co się tyczy leczenia, to tak u internistów-pedyatrów, jak i chirurgów, coraz ogólniejszem staje się żądanie, by jaknajwcześniej podejmować zabieg operacyjny. Zachęcającą jest niezwykła odporność, jaką okazują dzieci po dokonanej operacyi. Skutkiem coraz częstszego leczenia chirurgicznego śmiertelność (Matterstock) obniżyła się u dzieci z 70% na 11%. W okresie wolnym od napadu, w razie istnienia sprawy chorobowej, należy bezwarunkowo operować ze względu na częste, a nieobliczalne nawroty tej choroby u dzieci.

4) Dr Czyżewicz jun. zdaje sprawę **z przebiegu i powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet.**

Powikłania te są nadzwyczaj częste ze względu na sąsiedztwo narządu płciowego. Powodu ich szukano długi czas w t. zw. więzadle jajnikowo-wyrostkowem, gdy jednak większość badaczy zaprzecza istnieniu tego więzadła, należy drogę szerzenia się sprawy chorobowej upatrywać w zrostach, dotykaniu się obu narządów lub w tkance łącznej pozaotrzewnej. Nadto ma wpływ noszenie sznurówki i zwiotczenie powłok brzusznych. Najczęstszem powikłaniem są zrosty z wszystkimi narządami jamy miednicy; rozległość ich zależy od stopnia zajęcia otrzewnej, długości trwania choroby i częstości nawrotów. Dalej mogą powstać zgrubienia, zmiany w ruchomości narządu płciowego, ropnie, najczęściej w zatoce Douglasa, zapalenie przymacicza zwykłe lub postać jego osobna, opisana przez Treuba itd. Rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku źródło choroby leży w wyrostku, czy w narządzie płciowym, bywa czasem niemożebne, nawet przy sekcyi, najprawdopodobniej jednak wyrostek robaczkowy najczęściej pierwotnie ulega schorzeniu. Następstwa zapalenia wyrostka, powikłanego z chorobami narządu płciowego, dają się stwierdzić jako przemieszczenie, zgrubienie, zmiana kształtu i ruchomości narządów miednicy małej, nie mają jednak swoistej cechy. W przypadkach, gdzie według klinicznego przebiegu narząd płciowy nie był zajęty, pozostaje bardzo często niepłodność, skłonność do ciąży zewnątrzmacicznej i bolesne miesiączkowanie, prawdopodobnie na tle powstałych zrostów.

Zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży, podczas porodu i połogu jest bardzo groźne, daje bowiem 52·3—59% śmiertelności. Sama ciąża, zdaje się, niema wpływu na powstanie

zapalenia wyrostka, wywołuje jednak bardzo często nawroty cierpienia i to w 80% przypadków w pierwszych 6 miesiącach, a głównie między 3—6. m. Powodu należy szukać w przemieszczeniu narządów jamy brzusznej. Stąd ciąża wywiera zły wpływ na zapalenie wyrostka, tem gorszy, że wobec wypełnienia zatoki Douglasa przez macicę w początku ciąży, przesunięcia jelita ślepego ku górze od miesiąca 4-go, nie tworzą się ropnie zatoki Douglasa, ale zwykle następuje rozlane zapalenie otrzewnej. Wpływ porodu na zapalenie wyrostka jest jeszcze gorszy wskutek zmniejszenia się macicy po wyparciu jaja płodowego. Objawy powikłań, powstałych w tym czasie, pojawiają się dopiero zwykle w połogu, nie zaraz po porodzie. Połóg, jako taki, nie ma wpływu na toczące się zapalenia wyrostka.

Odwrotnie wywiera zapalenie wyrostka robaczkowego zły wpływ na ciążę. W 57—78%, a nawet częściej, ciąża przerywa się po albo przed obumarciem płodu tak, że donoszenie płodu należy do rzadkich przypadków, możliwych tylko przy lekkich postaciach choroby. Wpływu na przebieg porodu stwierdzić nie można, w połogu zaś następuje często zakażenie połogowe z powodu przejścia zakażenia na macicę

Rozpoznanie zapalenia wyrostka u kobiet opiera się na kardynalnych objawach chorobowych, a jest zbyt często bardzo trudne. Rozpoznanie różniczkowe tego zapalenia od zapaleń narządu płciowego opiera się w początkach głównie na wywiadach, zwracających uwagę na istniejące w danym razie schorzenia jelit lub choroby kobiece. Ostry początek sprawy przemawia za zapaleniem wyrostka, więcej przewlekły za schorzeniem narządu płciowego. Z charakteru i siedziby bolu rzadko tylko można wysnuwać wnioski. Później najwięcej wskazówek daje usadowienie się wysięku wysoko na talerzu biodrowym lub znowu w miednicy małej. Szerzenie się wysięku w przymaciczu od ściany miednicy ku macicy i znikanie wysięku najpierw od strony macicy przemawia za pierwotnem schorzeniem wyrostka, stan przeciwny za zapaleniem przymacicza. Bardzo znaczne trudności napotkać można wobec ropni w zatoce Douglasa, które można pomieniać z ciążą lub krwistekiem pozamacicznym, puchliną lub ropniakiem jajowodu, guzami jajnika itd. Prócz ścisłego badania przedmiotowego oddać tu może usługi; badanie krwi, wykrywające, według Hermesa, leukocytozę 20—30000, a najwyżej 50.000 przy zapaleniu wyrostka, a 50—100.000 przy chorobach kobiecych. W przypadkach równoczesnych zapaleń narządu płciowego i wyrostka, główną znów podstawą są wywiady wskazujące, które schorzenie było pierwotne, w odróżnieniu od ciąży zewnątrzmacicznej stwierdzenie jej cech przedmiotowych, a w razie pęknięcia jajowodu fakt, że dzieje się to w stanie podmiotowego zdrowia i zwykle w czasie spodziewanej miesiączki. Guzy jajnika o skręconej szypule odróżniają się od ropnia zatoki Douglasa przy zapaleniu wyrostka pewną ruchomością i związkiem z rogiem macicy; nerwoból miednicy brakiem gorączki i punktami bolesnymi. Ukrytą postać zapalenia wyrostka odróżni od tyłozgięcia macicy, opadniętej nerki i przewlekłego zapalenia jajnika badanie przedmiotowe. Podmiotowo dają wszystkie te sprawy ogólne objawy nerwowe.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka podczas ciąży opiera się na stwierdzeniu bolu, który może wystąpić w rozmaitych miejscach, i napięcia mięśni. Pomocniczym czynnikiem będzie stwierdzenie bolesnych bolów ciążowych lub nacieku, do czego trzeba jednak badać przy zgiętych nogach, uniesionej miednicy, na lewym boku, w ciepłej kąpieli, lub w uśpieniu. Wreszcie zalecają wykonanie nakłucia próbnego. Rozróżnienie zapalenia wyrostka w połogu od gorączki połogowej polega na ścisłych wywiadach i dokładnem badaniu.

Rokowanie przy zapaleniu wyrostka, powikłanem z chorobami kobiecemi, zależy od postaci obu schorzeń i stopnia ich połączenia. Rokowanie w ciąży jest złe, a najgorszym znakiem jest niestosunek między ciepłotą, a tętnem i pogarszanie się tętna. Leczenie opiera się na tych samych zasadach, co leczenie przyjęte w medycynie wewnętrznej, chirurgii i ginekologii. Skłonniejsi tylko jesteśmy do operacyi »à froid« ze względu na możliwość nawrotów w ciąży. W razie operowania podczas ciąży najlepiej nie zwracać uwagi na macicę, w razie operacyi podczas porodu, najpierw poród ukończyć, a potem wykonać zabieg w jamie brzusznej.

5) Dr Rydygier: **Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego.**

Prelegent pragnie zastanowić się nad dwoma pytaniami: »kiedy operować« i »jak operować«. Co do pierwszego, to należy zawsze operować, t. j. o ile nam się uda przyłapać zapalenie wyrostka w pierwszych 30 godzinach, co nie jest jednak zawsze rzeczą łatwą. Przykład tego przechodził R. na sobie samym. O ile operacya w pierwszych 30 godz. prawie żadnego nie przedstawia niebezpieczeństwa, bo zaledwie 1—2% śmiertelności, o tyle operacya w samym napadzie jest zabiegiem niebezpiecznym. Dlatego też wówczas lepiej nie operować, lecz przeczekać o ile możności napad i dopiero »à froid« przystąpić do zabiegu operacyjnego. Trzeba jednak chorego bardzo dokładnie nadzorować, aby w razie przedziurawienia, czy też ogólnego zapalenia otrzewnej zaraz przystąpić do operacyi. W każdym razie i w ostatnim przypadku rokowanie będzie gorsze, operacya będzie miała znacznie mniejsze szanse powodzenia. Dlatego też znaczna część chirurgów radzi operować każdy przypadek zaraz w pierwszej dobie.

W tych przypadkach, gdzie siły chorego bardzo podupadłe, język deskowaty, a tętno ledwo wymacalne, lub gdzie są objawy ropni wątroby, operacyi się nie podejmiemy, bo nie uratujemy i tak życia choremu. To oddawanie chirurgowi rozpaczliwych przypadków wpływa na nieszczególną statystykę śmiertelności operowanych. Często nawet w przypadkach groźnych sprawa może się ograniczyć np. do ropnia okołowyrostkowego, który później można będzie naciąć. Doświadczenie chirurga odgrywa tu zresztą ważną rolę. Przypadki z »plastronem« są lepsze, niż te, w których sprawa się nie ograniczyła. Co do pytania, kiedy zachodzi wskazanie do operacyi »à froid«, i czy wystarczy jako wskazanie jeden przebyty napad, czy więcej, to R. sądzi, że wogóle należy operować tam, gdzie pozostały dolegliwości, n. p. z powodu zrostów.

A teraz pytanie: Jak operować? R. nie zamierza przedstawiać różnych metod operacyjnych, lecz mówić będzie tylko o sposobach, używanych na klinice lwowskiej. Co do postępowania w pierwszych godzinach, niema R. własnego doświadczenia. Postępowanie operacyjne dzieli R. na 2 grupy: inaczej postępuje w czasie napadu, inaczej »à froid«. Najpierw co do ostatniego. Na kilka dni przed operacyą przeczyszcza się dokładnie chorego olejkiem lub lewatywą. Na noc przed operacyą chory dostaje $^1/_2$ gr. weronalu, dalej kąpiel, na wygolony zaś brzuch okład z płynu Burowa. Przed operacyą, jak zwykle, $1^1/_2$ cgr. morfiny. Początkowe uśpienie chloroformem, koniec eterem. Cięcie sposobem Jalaguiera na 3 palce w bok od linii środkowej ponad mięśniem prostym brzucha. Cięcie leży $^1/_3$ ponad pępkiem, $^2/_3$ poniżej jego i jest 12—14 cm. długie. Po przecięciu powłok, tylnej blaszki pochwy m. prostego i otrzewnej uzyskuje się szeroki dostęp do jamy brzusznej tak, że nietylko łatwo można wyciąć wyrostek, ale i porozdzielać zrosty, jeżeli istnieją. To rozdzielenie zrostów jest ważną rzeczą, gdyż można widzieć przypadki, w których mimo wycięcia wyrostka, a z powodu nieporozrywanych zrostów, bole się utrzymywały; w jednym przypadku na chorym, operowanym gdzieindziej, musiano nawet wykonać następnie laparotomię. Sam wyrostek obcina się w ten sposób, że najpierw okrawywa się błonę surowiczą i mięsną, następnie podwiązuje się cienkim katgutem śluzówkę, wreszcie po odcięciu szew ciągły na błonę mięsną i surowiczą i drugi Lemberta na błonę surowiczą. Ścianę brzuszną szyje się tylko katgutem, zakładając szew ciągły na otrzewnę i tylną pochewkę m. prostego, następnie kilku szwami węzełkowymi ustala się w poprzednim położeniu przesunięty z powrotem m. prosty, jeden szew ciągły katgutowy na przednią pochwę mięśnia, a drugi również ciągły na skórę. Przy tym sposobie niema potem przepuklin, zaniku m. prostego, rany goją się szybko, a chorzy nie potrzebują nosić żadnych pasów. W klinice lwowskiej nie potrzebowano wcale przechodzić do tak zachwalanego cięcia rusztowego Mc. Burneya, który daje zbyt mały dostęp do wyrostka.

Zupełnie inne jest postępowanie, jeżeli się operuje w czasie napadu. Wówczas robi się cięcie łukowe sposobem Rydygiera, przebiegające nad górnym przednim kolcem kości biodrowej, o łuku dość ostro zgiętym, którego jedno ramię biegnie ku przodowi i dołowi wzdłuż przebiegu włókien mięśnia skośnego zewnętrznego, a drugie przebiega ku tyłowi równolegle do górnej krawędzi kości biodrowej. Zaletą tego cięcia jest to, że w razie potrzeby z łatwością można przedłużyć jedno lub drugie jego ramię celem dostania się do nerki prawej lub miednicy małej, gdy znajduje się tam ropa. Wyjątkowo, jeżeli napewno stwierdzi się ropień, dążący do małej miednicy, wówczas robi się cięcie Sonnenburga.

Co do pytania, czy w razie ropnego zapalenia wyrostka poprzestać na otwarciu ropnia, czy wyciąć także wyrostek, to na podstawie doświadczenia może R. powiedzieć, że zawsze, choćby były wielkie trudności, należy wycinać także wyrostek. Jeżeli się idzie krok za krokiem, wycierając wacikami każdą kroplę ropy,

to nietylko znajdziemy w końcu wyrostek, ale również i ropnie, których się przedtem nie zauważyło. Na dowód zdania, że zawsze powinno się wycinać wyrostek, przytacza prelegent szereg przykładów, gdzie zostawiony wyrostek był źródłem ustawicznego ropienia.

Dyskusya.

Dr Obtułowicz podaje kilka własnych ciekawych przypadków. A więc a) Mężczyzna l. 64, który przed 10 laty po zjedzeniu suchej kiełbasy dostał bardzo groźnego napadu zapalenia wyrostka, przed 2 laty po przebytej grypie — drugi napad lżejszy. b) Kobieta l. 16, przedtem zdrowa, dostała gwałtownych bolów w okolicy kątnicy; wezwani interniści rozpoznawali zapalenie wyrostka, nagląc do operacyi, czemu sprzeciwił się prelegent, rozpoznając dur brzuszny, co przebieg późniejszy w zupełności potwierdził. c) 18-letnia mężatka, u której po drugim napadzie sprawa przeszła na tkankę przymaciczną, prawdopodobnie jako następstwo kilkumilowej podróży wozem. — Na kilkadziesiąt przypadków zapalenia wyrostka miał O. tylko jeden ze zejściem śmiertelnem. W rokowaniu bardzo niepomyślne są objawy ze strony nerek. Co do operacyi, to nie ulega wątpliwości, że jedynie bardzo wczesna daje najlepsze wyniki, z drugiej strony jednak wiele przypadków i bez operacyi kończy się wyzdrowieniem.

Prof. Bar ą c z, podobnie jak Amerykanie, jest zwolennikiem teoryi mechanicznej; ta najlepiej tłómaczy powstawanie, szczególnie postaci ciężkich. Za teoryą tą przemawiają także doświadczenia na zwierzętach, które B. przytacza. Po grypie spostrzegał B. jeden przypadek zapalenia wyrostka; w wyrostku wyciętym znalazł prątki okrężnicy. Co do operacyi, to należy operować natychmiast przy *appendicitis gangraenosa perforativa*, której rozpoznanie nie jest trudne. Za najlepsze cięcie uważa B. cięcie Mc. Burneya, jako dające dobry dostęp, bliznę bez przepukliny. Natomiast po cięciu Jalaguiera-Kammerera może nastąpić zanik mięśni.

Prof. Gluziński w sprawie patogenezy zapalenia wyrostka robaczkowego stoi na stanowisku teoryi zakaźnej. Zaparciu stolca nie przypisuje większego znaczenia. Rodzinne zapalenie wyrostka trzebaby tłómaczyć sposobem żywienia się. G. podnosi zauważany przez siebie związek między grypą, a zapaleniem wyrostka; być może, że do grypy (prócz lepszego rozpoznawania) trzeba odnieść częstsze pojawianie się zapalenia wyrostka. Rozpoznanie zapalenia wyrostka nie jest trudne i dla rozpoznania przebicia dość znamienne jest wystąpienie szybkiego tętna z równoczesnym zapadem. Na podstawie doświadczeń na psach przekonał się G., że z chwilą dostania się gazów do jamy otrzewnej następuje zwolnienie tętna. Zdaniem G. lepiej jest operować »á froid« wówczas, gdy sprawa się otorbiła. Gdyby ktoś na podstawie swego doświadczenia mógł rozpoznać przebicie do otorbionego ropnia, byłby to zysk duży. Co do leczenia, to G. sprzeciwia się podawaniu jakichkolwiek środków wewnętrznych. Słabe odżywianie, spokój, okłady, to najlepsze postępowanie, które często uwalnia chorego od interwencyi chirurga. Jednakże odrzucanie zupełne pomocy chirurgicznej, jak to robi Thomayer, uważa G. za bezpodstawną i szkodliwą ostateczność.

Prym. Pisek uważa nazwę *appendicitis* za bezsensowną, lepszą jest *epityphlitis*. Co do podziału, to praktycznie najlepszy jest podział na postacie lekkie i ciężkie z pewnemi przejściami. Rozpoznanie nie jest trudne, ale trzeba stwierdzić punkt bolesny Mc. Burneya, Haura i Frosinga. P. przekonał się nadto, że punkt Norrisa 14 cm. niżej pępka na linii Mc. Burneya jest bardzo cenny. *Pseudoappendicitis* nie istnieje. Rokowania właściwie niema, tak różne mogą być przejścia postaci tego zapalenia. Co do leczenia, to faktem jest, że śmiertelność operowanych z powodu zapalenia wyrostka waha się między 1.4%—22.16%, faktem jest, że pewna liczba przypadków kończy się bez operacyi wyleczeniem w znaczeniu klinicznem, wreszcie faktem, że operacya nie daje pewności, iż dolegliwości raz na zawsze ustąpią. P. zaleca przy zapaleniu wyrostka bezwzględny spokój, worek z lodem na obręczy, pod zgięte kolana wałek, post bezwzględny przez pierwsze 24 godzin. W razie silnych bolów 3 razy dziennie po 10 kropli nastoju makowca. Jeśli przebieg pomyślny, czeka P. na stolec 5, 6, 7 dni; jeżeli istnieje bębnica i stolca brak, oliwa w lewatywie. Z tablic ciepłoty okazuje się, że po stolcu ciepłota wraca do stanu prawidłowego. W razie bardzo ostrego przebiegu radzi P. operować. (Dok. nast.)

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Ciąg dalszy).

14) Prof. Kader. **O postępowaniu przy przepuklinach uwięzniętych.** Jeżeli przy uwięznięciu przepukliny napotka się zgorzelinową pętlę jelita, wtedy jedni chirurgowie zasadniczo wykonują doraźną resekcyę jelita, inni wytwarzają odbyt sztuczny na pętli zgorzelinowej. Mikulicz przy doraźnej resekcyi miał 57 prc. zejść śmiertelnych. W klinice krakowskiej, jeżeli objawy z góry nakazują przypuszczać zgorzel uwięzniętej pętli, K. odrazu robi laparotomię i wytwarza enteroanastomozę o 20—25 ctm. powyżej miejsca uwięznięcia na jelitach zupełnie zdrowych. W przypadkach, gdzie o zgorzeli pętli uwięzniętej przekonywa się dopiero po jej odsłonięciu, przechodzi K. niezwłocznie do laparotomii, zakłada enteroanastomozę, poczem dopiero wraca do pętli uwięzniętej, uwalnia ją (herniotomia) i tamponadą z gazy oddziela od jamy otrzewnej. Tam, gdzie stan ogólny chorego na to pozwala, wykonywa K. doraźną resekcyę pętli zgorzelinowej w ten sposób, że naprzód po szerokiem uwolnieniu pętli uwięznętej i wyciągnięciu długich odcinków pętli zdrowych zakłada enteroanastomozę, poczem odcina pętlę zgorzelinową i końce zaszywa na ślepo (miażdżenie jelit, szew kapciuchowy). Ranę tamponuje. W ciągu ostatnich lat 9 spostrzegano w klinice krakowskiej 131 przepuklin uwięzniętych. Z nich 55 można było po hermiotomii odprowadzić, 76 było zgorzelinowych. Dowodem, że obecnie coraz wcześniej po uwięznięciu chorzy zgłaszają się do chirurga, jest to, że do roku 1904 na 59 przyp. stwierdzono odprowadzalnych przepuklin zaledwie 11 (20%), a reszta 48 (80%) były zgorzelinowe, po r. 1904 na 72 przyp. było odprowadzalnych 44 (60%), zgorzelinowych 28 (40%). Śmiertelność pooperacyjna wynosiła: *a*) w przypadkach, gdzie dokonano odprowadzenia i zabiegu doszczętnego na 55—1 (0·45%) (niezależnie od operacyi); *b*) w przypadkach ze zgorzelą jelita na 76—29 (38%); z tych znów tam, gdzie założono enteroanastomozę, na 48 zmarło 12 (25%), gdzie dokonano pierwotnej resekcyi jelit—na 4—1 (25%). Szczególnie ciężkie przypadki, gdzie dokonano tylko wyłonienia (*anteposítio*) i założono odbyt sztuczny, dały na 17—14 przypadków śmierci. Ogólna śmiertelność przy przepuklinach zgorzelinowych (38%) jest znacznym postępem w porównaniu z liczbami z lat nieco dawniejszych i innych klinik (n. p. Mikulicz miał 57%). Enteroanastomozę uważa K. za zabieg normalny przy przepuklinie uwięznętej, ponieważ pozwala ona operować na jelitach zdrowych i najmniej wystawia otrzewnę na zakażenie od strony miejsca uwięznięcia i zgorzeli.

W dyskusyi zaznacza Doc. Chlumsky, że »specyalista przepuklin«, Jacobi, używa złotych nitek, operując przepukliny metodą Bassiniego i ma bardzo dobre wyniki.

Dr Leśniowski zaznacza, że prawie każdy z chirurgów, operując przepukliny tą lub inną metodą, ma dobre wyniki, a ostateczny wynik zależy przeważnie od stopnia wiotkości mięśni ściany brzusznej.

Dr Ostrowski zaznacza, że przy zbyt silnem wyciąganiu worka i wysokiem podwiązywaniu szyjki nie następuje zrost kikuta z mięśniami, który należy uważać za okoliczność pomyślną.

15) Dr A. Rydygier. **O nowotworach kończyn.** Na 83 nowotworów kończyn w klinice lwowskiej było 65 mięsaków. Etyologia tych nowotworów jest ciemna; chorzy podają często uraz. Rozpoznanie bywa nieraz bardzo trudne. Na rentgenogramie nie można rozpoznania opierać, prędzej na wyniku nakłucia, lub na wycięciu kawałka nowotworu i zbadaniu mikroskopowem. Rokowanie jest złe. Co do leczenia, to jedni radzą wyłuszczenie kończyny w jaknajdalszym stawie, a drudzy radzą postępować bardziej zachowawczo. Od przerzutów nie może uchronić jak najdalsze nawet wyłuszczenie w stawie i dlatego klinika lwowska oświadcza się za tym drugim sposobem leczenia. Raz w przypadku mięsaka k. piszczelowej resekowano tylko k. piszczelową, a k. strzałkową pozostawiono; chory dotychczas jest zdrów i chodzi przy pomocy kija.

16) Dr Schlank. **Włókniak cewki moczowej.** Nowotwór, wielkości pomarańczy, wystawał z cewki i łatwo broczył. Guz wyłuszczono; ważył 60 gr. Nowotwory, wychodzące z cewki, należą do rzadkości; rozwijają się do sromu, do pęcherza, albo do przegrody sromowo-odbytniczej.

17) Dr J. Małaniuk. **Kilka uwag o leczeniu tężca przyrannego.** Dr M. omawia wynik swych spostrzeżeń nad leczeniem tężca; stosował wstrzykiwania soli magnowych; stwierdzał wybitne polepszenia w przypadkach tężca łagodnego. Po szczegółowem uwzględnieniu spostrzeganych przez siebie przypadków dochodzi M. do następujących wniosków: 1) Każdą ranę podejrzaną należy oczyścić i poddać działaniu środków przeciwgnilnych; M. poleca karbol-kamforę Chlumskyego. 2) Opatrunek z maści; nadto, gdzie warunki pozwalają, należy wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową, gdyż za nią przemawiają poczynione dotąd spostrzeżenia. 3) W przypadkach tężca gwałtownego leczenie objawowe; w przypadkach tężca łagodnego (opóźnionego, powolnego) radzi M. wstrzykiwanie siarkanu magnowego.

W dyskusyi donosi Dr Zaremba o przebiegu 2 przypadków tężca: 1) W jednym przypadku wstrzykiwał Z. surowicę do żyły (4 flasz. dziennie) przez 5 dni; wynik: 7. dnia wysypka w postaci guzków, nadto objawy krwotoku płucnego i jelitowego. Oględziny zwłok stwierdziły: w płucach zawały, w jelitach wybroczyny. 2) Drugi przypadek z objawami tężca ciężkiego; podskórne wstrzykiwania surowicy odniosły pomyślny skutek, chory wyzdrowiał.

Dr Majewski na podstawie swych spostrzeżeń radzi używać w przypadkach ran miażdżonych, tłuczonych i t. p. opatrunku z gazy, napojonej maścią z *hydrarg. oxyd. flav.* 1—25%; wynik korzystny; działanie tej maści tyczy się zarówno klinicznego przebiegu, jak i bakteryobójczego jej wpływu, jak o tem świadczą badania bakteryologiczne.

Doc. Dr Chlumský poleca używanie rozczynów karbolkamfory; własne doświadczenie, jakoteż sprawozdania lekarzy wojskowych armii niemieckiej dowodzą, że fenol-kamfora skraca leczenie i zmniejsza koszta leczenia.

W dalszym ciągu zabierali głos: Prof. Kader i Prof. Kryński.

18) Prof. A. Rosner: **O skombinowanem znieczulaniu skopolaminą i tropakokainą.** Jednym z najaktualniejszych tematów jest obecnie znieczulanie skopolaminą; w chirurgii użył jej pierwszy Schneiderlin, w położnictwie zastosował ją Steinbüchel w r. 1902. R. omawia działanie skopolaminy, opierając się na pracy Blosa. Działanie skopolaminy na serce jest nieznaczne, ilość uderzeń serca zwiększa się, ciśnienie krwi wzrasta; wpływ skopolaminy na ośrodek oddechowy jest podniecający: oddechy głębsze; z innych objawów, przez skopolaminę wywołanych, należy nadmienić, że skopolamina rozszerza naczynia, rozszerza źrenicę, podnieca ruch robaczkowy. Zupełnie przeciwnie działa morfina. To przeciwnicze działanie tych środków chciano wyzyskać w przekonaniu, że będzie można użyć obu w dawkach większych, niż każdego z osobna; przypuszczano bowiem, że w ustroju zachowywać się będą, jak trucizna i odtrutka. Okazało się jednak, że tak nie jest, że dawek tych trucizn, mimo ich połączenia, przekroczyć nie można; wszakże okazało się dalej, że współdziałanie obu tych środków jest bardzo korzystne dla uzyskania znieczulenia lub uśpienia, bo oba te środki działają jednakowo w tym właśnie kierunku, że więc pod tym względem działanie ich sumuje się. Używano więc kombinacyi tych środków w dawkach: 0,001 skopolaminy, 0,06 morfiny na parę godzin przed zabiegiem, a następnie na godzinę przed zabiegiem 0,0005 skopolaminy, 0,03 morfiny. Niedostateczność i niepewność znieczulenia tą metodą wywołała jej kombinowanie *a)* z chloroformem, *b)* z tropakokainą, stosowaną lędźwiowo. Pierwszej kombinacyi t. j. skopolaminy, morfiny i chloroformu (wzgl. eteru) używali chirurdzy (Kümmel, Graser i w. i.) i przekonali się, że ilość zużytego chloroformu jest wtedy bardzo mała, nie bywa wymiotów po operacyi i w czasie samego zabiegu, operowany śpi snem zupełnie spokojnym przez czas dłuższy, bo nawet do 10 godzin. Drugiego sposobu (t. j. skopolaminy, morfiny i tropakokainy) zaczęli używać położnicy, którym chodziło o wywołanie amnezyi, obejmującej sam akt porodu. Ta jednak kombinacya okazała się szkodliwą; nierzadko bowiem występowało utrudnienie, a nawet zupełne ustawanie oddechów, sinica, tak, że okazała się potrzeba stosowania, sztucznego oddychania.

Nauczony doświadczeniami z obserwacyi własnej, jak również opierając się na piśmiennictwie, prelegent, przypisując szkodliwe działanie morfinie, zarzucił ją, uważając ją za zupełnie zbyteczną dla uzyskania celu, t. j. znieczulenia i t. zw. zamroczenia sennego (Gauss); skopolamina bowiem jest środkiem nasennym, morfina zaś i tropakokaina są znieczulającymi, a więc nie należy, resp. jest rzeczą zbyteczną aż dwóch środków znieczulających używać, gdyż wywołać to może i nierzadko wywołuje przykre powikłania w czasie zabiegu. Zdaniem więc R. mieszanina tych 3 środków (skopolamina, morfina, tropakokaina) jest nieracyonalną, nielogiczną i powinna być zarzuconą. Sam R. używa uśpienia skopolaminowo-tropakokainowego, przyczem na 4 godziny przed operacyą wstrzykuje podskórnie 0,00045 *scopolam. hydrobrom.*, potem na godzinę przed operacyą 0,0003 skopolaminy, tuż zaś przed samym zabiegiem 0,06—0,08 tropakokainy (znieczul. lędźw.). Tego sposobu używał R. w 63 operacyach, a zawsze dążył do: *a)* osiągnięcia snu spokojnego, *b)* amnezyi i mimo zupełnego braku odpowiednich, a tak koniecznych do tego celu warunków, w 38% uzyskał amnezyę. Z wyników jest bardzo zadowolony, ponieważ tropakokaina daje znieczulenie, a skopolamina, wywołując zamroczenie, usuwa tak często niepożądany uraz psychiczny. Powikłań R. nie spostrzegał. Znieczulenie przebiega gładko, trwa wystarczająco długo. Pomyślnie zaznacza się antagonizm skopolaminy i tropakokainy na ośrodek oddechowy.

19) Prof. Kryński. **Usypianie chloroformem ogrzanym.** Zdaniem mowcy usypianie, wzgl. ogólne znieczulanie ma i długo jeszcze mieć będzie doniosłe znaczenie. K. przeprowadzał doświadczenia nad usypianiem zapomocą chloroformu ogrzanego; flaszeczkę z chloroformem wstawiał do obmyślanego przez siebie przyrządu gumowego, napełnionego solami i ogrzanego poprzednio (zasada termoforów) i w ten sposób polewał na maskę chloroform, ogrzany do 38° C; zauważył znacznie szybsze działanie chloroformu i, co za tem idzie, zużywanie mniejszej jego ilości. Korzystne to działanie ogrzanego chloroformu objaśnia K. w sposób następujący: Pary chloroformu, cięższe od powietrza, w pęcherzykach płucnych się znajdującego, opadają na dno pęcherzyka i z jednej strony drażnią jego ściany, z drugiej zaś powoli ulegając wessaniu, dopiero po dłuższym czasie, w większej ilości, wywołują uśpienie. Inaczej rzecz się ma z ogrzanemi parami chloroformu; stają się one lżejsze, mieszają się z powietrzem pęcherzyków płucnych, stykają się ze ścianą pęcherzyka na całej jego powierzchni, mniej drażnią i szybciej ulegają wessaniu, a stąd zużycie mniejszej ilości chloroformu ogrzanego, co przedstawia niemałą korzyść dla ustroju. Dalsze doświadczenia pozwolą rzecz tę dokładniej ocenić. Udoskonalenie metod ogólnego znieczulenia powinno być na porządku dziennym doświadczeń chirurgów.

Dyskusya. Prof. Kader: Od szeregu lat stosuje znieczulenie lędźwiowe tropakokainą (od czasu, kiedy Bier zarzucił znieczulenie lędźwiowe). Oprócz zabiegów na głowie, wszystkie inne operacye (wycięcie wola, raka krtani, sutka) w tem znieczuleniu wykonywa. K. stosował często tropakokainę z morfiną (0,01—0,03); skopolaminy używano dotychczas w klinice chirurgicznej krakowskiej w nielicznych przypadkach, a zauważono: znieczulenie dobre, lecz znaczne podniecenie; amnezyi nie stwierdzono. Mówca na 1,400 znieczuleń lędźwiowych ma w statystyce swej 4 przypadki śmierci, zdaniem jego jednak nie znieczulenie lędźwiowe ją wywołało; natomiast raz chodziło o wstrząs z powodu naciągania n. błędnego przy zabiegach żołądkowych, a w 2 innych przypadkach przyczyną było daleko posunięte charłactwo; w jednym wreszcie przypadku przyczyną śmierci było zaduszenie się wymiocinami przy operacyi niedrożności jelit.

Prof. Rydygier przez czas pewien stosował znieczulenie lędźwiowe, lecz obecnie powrócił do uśpienia chloroformowego, a znieczulenie lędźwiowe stosuje w tych przypadkach, gdzie chloroform jest przeciwwskazany *(nephrectomia)*.

W końcowem przemówieniu objaśnia Prof. Rosner, że rozczyn skopolaminy powinien być całkiem świeżo przed zabiegiem przygotowany, a powikłań nie wywoła; następnie zaznacza, że prawdą jest, iż tropakokaina niekiedy wywołuje powikłania, lecz one stanowczo są mniej przykre i mniej płodne w następstwa, aniżeli powikłania, wywołane chloroformem; chloroform wywołuje bowiem nierzadko następstwa późne, w kilka tygodni po stosowaniu, a któż wie, czy niejedna niedomoga mięśnia sercowego, wady serca, które wystąpiły w długi czas po przebytym zabiegu, wykonanym w uśpieniu chloroformowem, nie mają swego źródła w chloroformie? Znieczulenie lędźwiowe wzgl. skopolaminowo-tropakokainowe zasługuje na uwzględnienie przez prowincyonalnych chirurgów, a to właśnie dlatego, bo tam, z powodu braku personalu lekarskiego, osoby bez kwalifikacyi niejednokrotnie prowadzą narkozę chloroformową, która w tych właśnie razach może być niebezpieczna. (C. d. n.)

Pierwszy międzynarodowy Zjazd ratowniczy we Frankfurcie n. M. 10—14. czerwca 1908 r.

Podał Dr Adolf Klęsk.

I. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.

Streffer (Lipsk): **Transport chorych pod dozorem lekarza.** S. domaga się od miast obowiązkowego przyczyniania się do ułatwienia transportu chorych pod dozorem lekarza. Należy to tak samo do obowiązków administracyi miast, jak ratowanie przy pożarze. Lekarz powinien być obecny przy transporcie bez względu na to, czy chory był przedtem w opiece lekarskiej, czy nie, i dlatego też najlepiej przyłączać instytucyę transportu chorych do towarzystw ratunkowych. — W dyskusyi stwierdzono, że w wielu miastach transport odbywa się już w ten sposób. Rumpf, Hüppe i Lennhoff domagają się wykładów ratownictwa na uniwersytetach.

Löbl (Budapeszt): **Pierwsza lekarska pomoc przy zatruciach.** Przy zatruciach przywoływany być powinien zawsze lekarz. L. pokazuje kufer, używany przy zatruciach w budapeszteńskiem towarzystwie ratunkowem. — W dyskusyi domagają się liczni mowcy obowiązkowego wprowadzenia ręcznych torebek z odtrutkami dla lekarzy praktycznych, zwykle bowiem przy otruciu dopiero posyła się do apteki lub do domu lekarza po odpowiednie środki i przyrządy, a tymczasem traci się dużo drogiego czasu.

Kuttner (Berlin): **Ratownictwo a studya lekarskie.** Ratownictwo stało się już osobną gałęzią nauki lekarskiej. K. wyraża zdanie, że powinno się naukę ratownictwa wprowadzić obowiązkowo, ale już po ukończeniu studyów lekarskich, najlepiej w czasie próbnego »roku praktycznego« po uzyskaniu dyplomu (wprowadzonego w Niemczech) lub też w postaci kursów uzupełniających dla lekarzy, gdyż do nauki ratownictwa potrzeba już ogólnych podstaw. Do pokrycia kosztu tych kursów powinny przyczynić się wszystkie większe zakłady przemysłowe. — W dyskusyi jedni mowcy oświadczają się za nauką ratownictwa jeszcze na uniwersytecie (osobne katedry), inni znów za nauką po ukończeniu studyów lekarskich.

Kuhn (Kassel): **Ratowanie pozornie zmarłych** (intubacya przez usta). Sztuczne oddychanie bardzo często nie wiedzie do celu, dlatego też K. w ciężkich przypadkach poleca swą intubacyę przez usta. U nieprzytomnych bardzo łatwo można ją wykonać, a daje ona zupełną pewność, że powietrze energicznie do płuc dochodzi. — W dyskusyi poleca Jaffé osobne narzędzie, trzymające automatycznie język ku przodowi, Greiff zaleca stosowanie intubacyi także przy wykonywaniu sztucznego oddychania.

Schwab (Berlin-Schöneberg): **Pierwsza pomoc i jej granice.** S. omawia obszernie organizacyę pierwszej pomocy, transportu, wskazania pierwszej pomocy i granice jej w stosunku do leczenia, wydawanie orzeczeń przez osoby, niosące pierwszą pomoc i t. p., a w końcu pokazuje uniwersalny kufer dla ratownictwa »Multiplex«.

Liebeschütz (Dessau): **W sprawie wynagrodzenia dobrowolnie dostarczonej pomocy.** Zdaniem L. pomoc, udzielona nieszczęśliwemu dobrowolnie, t. j. z własnej inicyatywy, powinna być zawsze bezinteresowną i niewynagradzaną (przez chorych). Da się zaś to uczynić jedynie przez odpowiednią organizacyę towarzystw ratunkowych i odpowiednie dotacye ze strony miast, rządu, instytucyi i osób zamożnych.

II. Wykształcenie nie-lekarzy w udzielaniu pierwszej pomocy.

Z odczytów podnieść należy referat Marcusa (Frankfurt) który zachęca do kształcenia młodzieży szkół ludowych w udzielaniu pierwszej pomocy, co zwłaszcza po wsiach jak dotąd okazało się bardzo dobrem.

III. Ratownictwo w miastach.

Charas (Wiedeń): **O transporcie chorych w wielkich miastach.** C. poleca na wielkich przestrzeniach transport wozem lub automobilem, na krótkich nosze ręczne. Kołowo-ręczne nosze uważa za złe.

Briegleb (Worms): **Wyskok, a nieszczęśliwe wypadki.** B. udowadnia ścisły związek między nadużywaniem wyskoku i nieszczęśliwymi wypadkami. Walka z alkoholizmem jest niejako środkiem zapobiegawczym przeciw wypadkom.

Salomon (Berlin): **Wspólna praca najważniejszych czynników publicznego ratownictwa.** Lekarze, szpitale, publiczne urzędy zdrowia powinny pracować razem z ratownictwem' a nie jak to często bywa, utrudniać mu działanie. Gminy powinny wspierać Towarzystwa ratunkowe, a nie skazywać je na żebraninę u prywatnych dobroczyńców.

Dalsze rozprawy dotyczyły pytania, czy pierwszej pomocy udzielać powinni lekarze, czy też oddziały sanitarne. Przeważyło zdanie pierwsze. Inżynier Dönitz (Lipsk) poleca do sygnalizowania nieszczęśliwych wypadków przyrząd Schöppego.

IV. Ratownictwo po wsiach i osadach przemysłowych.

C. de Mooij (s'Gravenhage) pokazuje ramę do przenoszenia ciężko zranionych przez miejsca kręte, ciasne, schody i t. p. Rama ta nadaje się też do ciągłych kąpieli.

Rambosek (Praga): **Ratownictwo i jego nauka w zakładach przemysłowych.** Wielkie zakłady przemysłowe powinny mieć wszystko w pogotowiu, co do ratowania potrzeba, a nadto na każdą potrzebę odpowiednio wykształcony personal. Także robotników należy uczyć ratownictwa, a w szkołach technicznych powinna obowiązywać nauka ratownictwa.

V. Ratownictwo na drogach komunikacyi.

Redard (Paryż): **Ratownictwo kolejowe.** Wszystkie większe dworce kolejowe powinny mieć osobne sale do ratowania i opatrywania nieszczęśliwych, a nadto wozy sanitarne. Urządzenia te ze względu na międzynarodowy ruch powinny być we wszystkich państwach jednakie.

Romeyn (Venlo): **Ratownictwo na linii kolejowej.** Celem udzielania doraźnej pomocy poza obrębem stacyi należy albo każdy pociąg zaopatrzyć w odpowiednie przedmioty lub też umieszczać je na linii w domkach sygnałowych lub u budników.

Croston (Manchester) prócz wyżej wspomnianych punktów domaga się lepszego wykształcenia służby kolejowej w ratownictwie i żąda, by na większych stacyach stały zawsze gotowe pociągi ratunkowe. Lantsheere (Bruksela) omawia przepisy dla służby kolejowej, zmierzające do unikania nieszczęśliwych wypadków.

Schwechten (w zast. Kaess): **Pociągi ratunkowe na kolejach niemieckich.** W Niemczech znajduje się 115 pociągów ratunkowych. Każdy z nich jest tak umieszczony, że może w $^1/_4$ godziny przybyć na miejsce. Pociąg taki wzywa telefonem najbliższa stacya lub budnik. Znaki na linii kolejowej wskazują, gdzie jest najbliższy telefon. — W dyskusyi omawiano najwygodniejsze typy kufrów ratunkowych. Kufer taki powinien być średniej wielkości tak, żeby jeden człowiek mógł go unieść.

W dziale **VI, VII, VIII i IX** omawiano ze strony technicznej **ratownictwo na morzu, w portach, kopalniach, przy pożarach i w okolicach górskich,** a w dziale **X ratownictwo w dziale sportu,** m. i. w aeronautyce.

Następnie odbyły jeszcze posiedzenia wspólne oddziały I, II i III i IV, V, VI i X. W pierwszej grupie przemawiał Hüppe (Praga): **W sprawie pouczania samarytanów o zaraźliwości chorób** i Meyer (Berlin): **Badania nad ręcznem sztucznem oddychaniem** (poleca kombinacyę sposobu Sylvestra i Broscha), w drugiej grupie Jellinek mówił: **O wypadkach w przemyśle elektrycznym.** — W czasie Zjazdu urządzono także odpowiednią techniczno-lekarską wystawę.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Niewłaściwości przy wyborach do Izb lekarskich galicyjskich ze strony wielu starostw wytyka »Kuryer lwowski« (335). Od wyborów upłynie wkrótce miesiąc, a dotąd nie otrzymały jeszcze Izby aktów wyborczych i nie mogą przeprowadzić skrutynium. Niektóre starostwa wbrew przepisom oznaczały dowolnie termin wyborów, nieraz znacznie wcześniejszy (n. p. w Stryju na 12. VI. zamiast na 30. VI.), przyczem zdarzało się, że wyborcom nie doręczono na czas kart głosowania (Stryj, Drohobycz) i t. p. *R.*

Prezydyum Państw. Związku organizacyi lek. austr. poruszyło myśl zakładania bibliotek społecznolekarskich w siedzibach organizacyi krajowych, oraz urządzania kursów społecznolekarskich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 12. VI. do 27. VII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Maniawa 6, Kosmacz 2), Buczacz (Zadarów 7, Jarhorów 6, Trościaniec 1, Krasiejów 5, Kowalówka 5),

Horodenka (Żywaczów 4), Lisko (Jaworzec 1, Wetlina 8), Mościska (Czerniawa 1, Starzawa 3), Peczeniżyn (Akreszory 3, Kosmacz 1), Rawa (Manastyrek 1, Kamienna góra 1), Skałat (Iwanówka 1, Krasne 1), Sokal (Wolica kameralna 5), Stryj (Orawczyk 1, Orawa 2, Tuchla 2), Tłumacz (Tłumacz 1), Tarnopol (Dołżanka 1), Zborów (Pleśniany 2) i o przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Ropczyce (Ropczyce 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19. do 25. VII. 1908 urodziło się dzieci żywo 44, nieżywo 1; zmarło osób 32 (w tem obcych 13), z nich z gruźlicy 11 (5), zapalenia płuc 1 (1), płonicy 1 (1), odry 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (w tem obcych 3), krztuśca 2, płonicy 12 † 1 (8 † 1), odry 17 † 2 (3 † 1), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. do 18. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcy 1 † —), krztuśca 1 (1), płonicy 31 † 7 (3 † 2), odry 8, duru brzusznego 4 † 3 (— † 1), nagminnego zapalenia opon 1 † 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w Warszawie wynosiła w r. 1907 19·24 na tysiąc mieszkańców stałych, była więc mniejszą od średniej w ostatniem dziesięcioleciu (21·16‰). Ogółem zmarło 14.713 wśród 764,611 stałych mieszkańców. Wśród zmarłych przypadało 15·05% na choroby zakaźne (w ostatniem dziesięcioleciu średnio 16·66%). *R.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wydał na posiedzeniu w d. 18. VII. b. r. opinię o szeregu podań o otwarcie nowych aptek, postanowił podjąć odpowiednie kroki z powodu niewłaściwego przeprowadzenia wyborów do Izby przez niektóre starostwa i załatwił szereg spraw bieżących. Wreszcie omówiono przedmioty najbliższego posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, a mianowicie: sprawę ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności, sprawę protestu przeciw przymusowemu wpisaniu do kasy chorych wyższych urzędników kolejowych i sprawę postąpienia Izb wobec utworzenia sekcyi socyalno-politycznej w ministerstwie handlu.

Kraków. Dyplom doktorski uzyskali pp. Adolf Sas, rodem z Krzeszowic, Wilhelm Leopold Molkner z Łodzi i Maksymilian Rose z Przemyśla.

Warszawa. W wydanym świeżo zeszycie II. »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za r. 1908 ukazał się »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906«. Utrzymanie tego niezmiernie pożytecznego wydawnictwa powitać trzeba z tem większem uznaniem, że — jak czytamy w przedmowie od Redakcyi »Przeglądu piśmiennictwa« — wydawnictwo walczy z wielkim brakiem środków. Toteż niektóre działy musiano bardzo skrócić, orgraniczając się tylko do podania tytułów. (Varia. Nowe książki. Przyrządy). Skupienie grona, które podjęło się żmudnej pracy sprawozdawczej i podtrzymanie wydawnictwa jest wielką zasługą redaktora »Pamiętnika«, Dra K. Rzętkowskiego.

— Według Rocznika Zarządu Tow. lekarskiego warszawskiego (ogłoszonego w »Pamiętniku Towarz. lek.« Z. 2.) zamyka się bilans ogólny funduszów i własności Towarzystwa w stanie biernym i czynnym kwotą 362.155·90 rb. Z domu Towarzystwa wpłynęło 11,753 rb., jednakże remanent, przelany do funduszu rezerwowego, wynosił tylko 103·02 rb., resztę bowiem pochłonęły podatki, odsetki od długów hipotecznych itd. Fundusz własny Towarzystwa miał w roku 1907 dochodu 5314·98 rb., rozchodu 5149·92. rb. Wydatki na »Pamiętnik« Towarzystwa wynosiły 1178·53 rb., na bibliotekę 995·96 rb., na pracownię 504·04 rb. (z odsetków od funduszu pracowni, wynoszącego obecnie 11.051·13 rb. i z zasiłku z kasy Towarzystwa). Prócz tego rozporządzało Towarzystwo kilkunastu funduszami, specyalnie przeznaczonymi na stypendya, wsparcia dla wdów po lekarzach itd., do których w r. 1907 przybyły 3 znaczniejsze zapisy ś. p. dr Wł. Krajewskiego (na muzeum chirurgiczne, wydawnictwo dzieł chirurgicznych i stypendya). Z fundacyi konkursowej im. Koczorowskiego otrzymali nagrody dr Rotstadt i H. Landau, z fundacyi im. Helbicha dr A. Sokołowski, z fundacyi im. Moczutkowskiego dr Wł. Krajewski. Dalej zawiera Rocznik Zarządu Towarzystwa sprawozdania z rozdawnictwa stypendyów i zapomóg, życiorysy zmarłych członków, sprawozdanie ze stanu biblioteki, liczącej z końcem r. 1907 26830 dzieł, broszur, czasopism itp., z wydawnictwa »Pamiętnika« Towarzystwa, a wreszcie z czynności pracowni, z której korzystało w r. 1907 8 pracujących.

— Wydział kąpieli ludowych warszawskiego Towarzystwa dobroczynności wydał w r. 1907 ogółem 115,568 kąpieli, z tego dzieciom z ochron i sal zajęć Towarzystwa 18,367, zaś dzieciom ze szkół początkowych 37,858. Wydatki na kąpiele wyniosły 7,239·79 rb., jedna kąpiel kosztowała 7 do 11·7 kop. Majątek Wydziału wynosi 93,887 rb.

— Komitet sanatoryum dla niezamożnych suchotników w Rudce uprasza kolegów, posiadających zbyteczne narzędzia i przyrządy ryno-laryngologiczne, lub przydatne do pracowni, o ofiarowanie ich na rzecz sanatoryum.

— Towarzystwo lekarskie w Kielcach miało w roku 1907 członków 23, odbyło 8 posiedzeń (3 odczyty, 4 pokazy). Dochód Towarzystwa wynosił (wraz z pozostałością z r. 1906) 647·58 rb.; rozchód 208·67 rb. Stan biblioteki nie zmienił się w porównaniu z r. 1906.

— Towarzystwo lekarskie w Radomiu miało z końcem r. 1907 członków 50 (z tego 46 rzeczywistych). Posiedzeń zamiast 10 było tylko 4 (z 3 wykładami i 2 pokazami). Dochód (wraz z pozostałością z r. 1906) wynosił 748·19 rb., rozchód 665·67 rb., fundusz dla wdów i sierót po lekarzach 162·40 rb. Biblioteka liczy 990 dzieł w 1,152 tomach i 203 tomy czasopism.

— Na zapytanie ministerstwa spraw wewnętrznych oświadczył się magistrat m. Łodzi za zaprowadzeniem w tem mieście obowiązkowego szczepienia krowianki, obliczając koszt tego na 40,000 rb. rocznie.

Z różnych stron. Dla uczczenia pamięci prof. Mierzejewskiego uchwaliło petersburskie Towarzystwo psychiatryczne zawiesić jego portret w sali obrad i utworzyć stypendyum jego imienia. (Med. 30).

— Uniwersytet kijowski ogłosił konkurs na katedrę chirurgii operacyjnej i anatomii topograficznej z terminem do 1-go września b. r.

— Dzienniki wiedeńskie donoszą, że z okazyi jubileuszu cesarskiego szereg lekarzy ma otrzymać tytuły radców sanitarnych. Tytuły takie nie istniały dotychczas w Austryi. Izby lekarskie mają wydać opinię o tym projekcie. Tytuły otrzymać mają podobno lekarze, którzy od 25 lat pracują w swym zawodzie.

— Liczba słuchaczy medycyny na wszechnicach niemieckich, przez kilka lat zmniejszona, obecnie znów szybko wzrastając, doszła w r. b. do 8000.

— Najświetniejsze wyniki asanacyi osiągnęły ze wszystkich miast na świecie miasta angielskie, w których śmiertelność w II. kwartale b. r., obliczona na rok i 1000 mieszkańców, wynosiła średnio tylko 13,8. Miasta szkockie miały śmiertelność 16,4‰, irlandzkie 20,1‰. Żadne z miast niemieckich, mimo postępów sanitarnych, nie może jeszcze wytrzymać pod względem wyników porównania z Anglią.

— 1. lipca b. r. obchodziło londyńskie Towarzystwo im. Linnégo uroczyście 50-tą rocznicę pierwszego wykładu Darwina o doborze naturalnym.

— Wedle nadesłanych nam wiadomości, rozpisał rząd bośniacki konkurs na kilka posad lekarzy powiatowych w IX randze (płaca 2500 k., dodatek 700 k.); razem z dochodami pobocznymi miewają jednak niektórzy lekarze powiatowi w Bośni powyżej 6000 k. rocznie dochodu. Po roku służby może nastąpić stabilizacya z prawem do emerytury. Podania wnosić należy wprost do Rządu bośniackiego (stemplując podanie 1 k., a załączniki po 20 h. stemplami bośniackimi), dołączając dowody obywatelstwa austro-węgierskiego, zdolności fizycznej, austryackiego doktoratu, dwuletniej służby szpitalnej, zadośćuczynienia obowiązkom służby wojskowej i znajomości jednego z języków słowiańskich, oraz zobowiązanie nauczenia się języka kroacko-serbskiego w ciągu roku.

— Krajowy związek turystyczny w Krakowie zwraca się za naszem pośrednictwem do wszystkich Zarządów zdrojowisk polskich z prośbą, aby we własnym interesie jaknajrychlej nadesłały Związkowi broszury, fotografie, obrazy itp. przedmioty dla urządzenia działu galicyjskiego na wystawie turystycznej w Petersburgu, odbyć się mającej w sierpniu r. b.

Mianowanie: Dr W. K. Stefański docentem prywatnym patologii ogólnej w Odessie.

Zmarli: Dr Leon Silberstein w 46 r. ż. w Warszawie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w lipcu 1908:

Gazeta lekarska Nr 25: A. Sokołowski i B. Dębiński: Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Jaworski (dok.). Filipkiewicz (c. d.). — Nr 26: Kijewski:

Działalność nauczycielska i naukowa Prof. Kosińskiego. Kryński: Przyczynek do operacyi przyszycia nadłonowego pęcherza moczowego w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. Majewski F.: Nowy przyrząd do podtrzymywania cystoskopu w pewnem określonem położeniu. — Nr 27: Padlewski: O nowym sposobie zastosowania zieleni malachitowej w celu wyosobnienia laseczników grupy tyfusowej. Sokołowski i Dębiński (dok.). — Nr 28: Puławski A.: O kąpielach powietrznosłonecznych i werandowaniu. Sokołowski i Dębiński (dok.). — Nr 29: Pruszyński: Henryk Hoyer. Padlewski (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 26: Prof. Julian Kosiński (życiorys). Flatau i Zylberlastówna: Przyczynek do leczenia chirurgicznego nowotworów rdzenia. Lorentowicz: O leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przydatków macicy. Rottermund: Przypadek przemieszczenia nowotworów jajnika przy równoczesnem skręceniu szypuły jednego z guzów. — Nr 27: Róbin: Przypadek przymiotowego cierpienia, symulującego raka. Lorentowicz (dok.). Flatau i Z. (c. d.). — Nr 28: Leśniowski: Mieszek chłonny w śluzówce części pochwowej macicy. Flatau i Z. (dok.). — Nr 29: Cetnarowicz: Odczyn oczny Calmettea, wpływ tegoż na łącznicę i na organ wzroku. Moczulski: Przypadek uchyłka przełyku pochodzenia urazowego. Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1906. — Nr 30: Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią resorcyny. Szleifstein: Przypadek duszności spazmatycznej. Brenneisen: W sprawie wskazań do wyrywania zębów.

Tygodnik lekarski Nr 16: Szumowski: Druga połowa wieku XVIII. jako okres przełomowy w dziejach medycyny. Ruff: O znieczuleniu lędźwiowem. Szczepański: O fersanie.— Nr 27: Franke: O zaburzeniach czynności serca u człowieka na tle zniesienia przewodnictwa podniet z przedsionków do komór serca. Slęk: Przyczynek do powstawania i leczenia zupełnego zarośnięcia pochwy. — Nr 28: Spät: Nowoczesne rozpoznawanie duru brzusznego. Wein: Kilka uwag o ekstrakcyi przy położeniu pośladkowem. — Nr 29: Tomaszewski: Dzisiejszy stan nauki o sposobach rozpoznawania zboczeń w wydzielaniu trzustki. Turzański: Migrena oczna.

Czasopismo lekarskie Nr 6: Daszewski: Przypadek lues pulmonis. Helman (c. d.). Dominikiewicz: Wzmożone wydzielanie urobiliny z moczem przy kuracyi salicylowej. Sokołowski: Z nad oceanu atlantyckiego.

Pamiętnik Tow. lekarskiego warsz. Z. 2: Lewinson: Spostrzeżenia nad neutrofilowymi leukocytami w niektórych sprawach chorobowych. Otto: Zmiany anatomopatologiczne w kiszkach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzusznym. Hellin: Rak i jego leczenie w świetle biologii. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906.

Nowiny lekarskie Nr 7: Krokiewicz: Odczyn tuberkulinowy spojówkowy a nowotwory rakowe. Bujwid: Zużytkowanie powierzchownych wód gruntowych dla celów studzien miejskich. Krzyształowicz: O rumieniach. Horoszkiewicz: O krwiakach naoponowych w zwęglonych zwłokach i sposobie ich powstawania. Zalewski: W sprawie postępowania pooperacyjnego po atyko-antrotomii. Grek: O nowszych sposobach leczenia choroby Basedowa. Panieński: Leczenie chronicznych chorób serca i narządu krążenia.

Postęp okulistyczny Nr 6: Rosenhauch: Kilka przypadków zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy.

Kronika dentystyczna Nr 7: Kaczorowski: Stan uzębienia dzieci lwowskich szkół miejskich. Friedländer: Nowy uniwersalny przyrząd pomocniczy. Kohn: Przypadek charakterystycznie zniekształconego pnia dwuguzikowca.

Przegląd higieniczny Nr 7: Maślanka (dok.). Bruchnalski (c. d.). Obtułowicz: W sprawie potrzeby zmiany w ustawodawstwie austryackiem, dotyczącem zakładania i utrzymywania cmentarzy.

Głos lekarzy Nr 13: Mikołajski: Reorganizacya Tow. Samopomocy lekarzy. — Statut Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego dla popierania i obrony ich interesów ekonomicznych i społecznych. — Birkenfeld: Kasy chorych. — Nr 14: Mikołajski: Towarzystwo lekarzy galicyjskich. — Projekt rządowy ustawy o wykonywaniu sztuki wprawiania zębów i t. d. — Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol (Dr Robert Rosenbach, z II. lek. oddz. c. k. powszechnego szpitala w Wiedniu. Die Heilkunde, Nr 4, 1908). R. śledzi od dawna rozwój znaczenia pyrenolu w lecznictwie i obrał do przeprowadzenia ścisłych badań obfity materyał z powyższego oddziału, oddany mu przez prymaryusza Dra v. Fritscha. Ester metylowy kw. będzwinowego obok innych jeszcze składników nadają pyrenolowi wysoką wartość wykrztuśną i przeznaczają lek ten szczególnie do stosowania w chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Pyrenol wypełnia przytem najważniejsze zadanie, t. j. oszczędza siłę mięśnia sercowego, a nawet, zgodnie z innymi autorami, stwierdza R. działanie skrzepiające na serce. Z chorób gorączkowych leczono: zapalenie tchawicy, zapalenie suche opłucnej, zapalenie nieżytowe płuc, rozległe zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc płatowe. Do każdej grupy chorób dodano dokładne historye chorób. Autor dochodzi do następujących wniosków: chorzy przyjmują pyrenol chętnie, kaszel stawał się, wskutek ułatwionego wykrztuszania, nie tak dręczącym, plwocina płynniejszą; ciepłota spadała zwolna lecz stale, tętno spadało co do liczby i stawało się pełniejsze. Apetyt poprawiał się, chorzy czuli się podmiotowo bardzo dobrze. Szczególnie podnosi R. działanie kojące bole (w przyp. zapalenia opłucnej znikły bole po kilku dawkach). Działania szkodliwego na nerki, żołądek lub jelita nie stwierdzono ani razu.

Z niegorączkowych chorób przewodu oddechowego spostrzegano najczęściej dusznicę oskrzelową, przyczem występowało przedewszystkiem uspokajające działanie pyrenolu. W gruźlicy płuc stwierdzono wkrótce zmniejszenie się drażnienia do kaszlu, łatwiejsze wykrztuszanie, powolny spadek ciepłoty.

Pyrenol posiada zatem własności wykrztuśne, działa uspokajająco i obniża lekko ciepłotę, nie wywierając przytem szkodliwych działań ubocznych. *Hr. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołaczkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.

Rok XLVII. Kraków, dnia 8. sierpnia 1908. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania nad teoryą zakażenia.

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Do doświadczeń używałem surowicy ludzkiej, konia, wołu, psa, kota, królika i morskiej świnki. O ile się do tych surowic szczepi laseczki wąglikowe, wynik doświadczenia zależy od rodzaju surowicy i od biologicznej indywidualności szczepu użytego. O ile się użyje szczepu słabo jadowitego, (ja używam do takich doświadczeń starego szczepu pracownianego, który od lat przeszło 15 hoduje się na sztucznych podłożach), dochodzi się do przekonania, że działanie bakteryobójcze surowicy ma tu wpływ stanowczy. W bardzo czynnych surowicach, n. p. w świeżej surowicy królika, zasiane laseczki najczęściej wyrodnieją i obumierają, a jeżeli (przy obfitym zasiewie) pewna ich część ujdzie śmierci i rozmnoży się, to i tak nie mają otoczek i noszą na sobie cechy zwyrodnienia, jakoto nadmierną barwność (hyperchromazyę), formy ślimakowate, wczesny rozpad. I w innych surowicach świeżych szczep ten, (który zresztą jest jeszcze jadowity dla królików), niełatwo się mnoży i tworzy otoczki, tylko ludzki płyn puchlinowy okazuje się dlań podłożem podatnem, pozwalającem na bujny wzrost i obfite otoczkowanie. Jeżeli natomiast do czynnej surowicy królika zasiejemy szczep o wysokiej jadowitości, to pewna część laseczek utrzyma się przy życiu i rozmnoży się w pokolenie otoczkowe. Że rzeczywiście odporność szczepu wobec surowicy ma wpływ na jego zdolność otoczkowania, pokazało się na wspomnianym wyżej słabo jadowitym szczepie; wzmocniwszy go, przeprowadzając przez 6 królików, zasiałem ten szczep przeprowadzony równocześnie z pierwotnym do surowicy królika, wprowadzając wielki zasiew:

D o ś w. Do 1 cm 3-dniowej surowicy króliczej nie rozcieńczonej, względnie rozcieńczonej 2-, 4-, 8-krotnie zapomocą roztworu fizyologicznego soli, zasiano znaczny zasiew szczepu, nieprzeprowadzanego *AZ* i przeprowadzonego *AZKr* 6. Wynik po po 20 godzinach przy 37° C.

AZ. Sur. czysta: zupełny rozpad; sur. rozc. $^1/_2$: słaby rozwój, wśród nich rzadkie laseczki otoczkowe; sur. rozc. $^1/_4$: mierny rozwój, połowa laseczek z otoczkami; sur. rozc. $^1/_8$: skąpy rozwój, brak otoczek.

AZKr 6. Sur. czysta: dobry rozwój, brak rozpadu, wszystkie laseczki z otoczkami; sur. rozc. $^1/_2$: dobry rozwój, same laseczki otoczkowe; sur. rozc. $^1/_4$: to samo; sur. rozc. $^1/_8$: mierny rozwój, połowa laseczek z otoczkami.

Porównanie obu szczepów pokazuje dobitnie, że wraz ze wzmożoną odpornością wobec surowicy szczep nasz uzyskał także większą zdolność otoczkowania. Wrażliwość naszego szczepu przed przeprowadzeniem go przez zwierzęta była tak wielka, że nawet surowica morskiej świnki, uważana powszechnie za bakteryobójczo nieczynną, nie zawsze pozwalała mu na bujny rozrost i otoczkowanie. Za tem, że bakteryobójcze działanie surowicy przeszkadza otoczkowaniu, przemawia też fakt, wielokrotnie przezemnie stwierdzony, że surowice, działające bakteryobójczo i nie pozwalające na otoczkowanie stają się podatnem podłożem przez rozcieńczenie, o ile tylko rozcieńczenia nie posuniemy za daleko, na czem cierpi odżywianie bakteryi. Otóż wiadomo, że rozcieńczanie obniża, a nawet znosi bakteryobójcze działanie surowic i na tem polega zapewnie korzystny jego wpływ na otoczkowanie, chociaż wartość odżywcza podłoża maleje. Ta forma doświadczenia ma o tyle pewne znaczenie, że rozcieńczona surowica odpowiada mniej więcej osoczu tkankowemu, które stanowi w ustroju zakażonym naturalne środowisko dla otoczkowania.

Jak wiadomo, można jeszcze w inny sposób znieść działanie bakteryobójcze surowicy, t. j. unieczynniając ją przez ogrzewanie. Otóż w ten sposób udaje się także niektóre surowice, nie pozwalające na otoczkowanie, zamienić w podłoże podatne. Surowice różnych gatunków, jak również różnych osobników w obrębie jednego gatunku, różnie się pod tym względem zachowują, jak to wiadomo już z dawniejszych doświadczeń bakteryobójczych różnych autorów. Chcąc unieczynnić surowice ludzkie, królicze i końskie, trzeba w tych doświadczeniach przeważnie ogrzewać je przez pół godziny do 63° C. Fakt, że czasem i bakteryobójczo nieczynna surowica morskich świnek przez ogrzewanie staje się podatniejszem środowiskiem dla otoczkowania (w sur. świeżej ślady otoczek, w ogrzanej do 60° C połowa laseczek z otoczkami, w ogrzanej do 63° C trzy czwarte), da się może w ten sposób wytłómaczyć, że słabozjadliwe szczepy z trudnością zużytkowują białko rodzime, że natomiast zmiany hidrolityczne przy ogrzewaniu czynią je dla nich dostępniejszem.

Niespodziewany wynik dało inne doświadczenie, w którem, opierając się się na pracach B a i l a i P e t t e r s s o n a starałem się znieść działanie bakteryobójcze surowicy króliczej przez dodanie miazgi różnych narządów wewnętrznych. Nietylko, że w tej mieszaninie nie uzyskałem otoczkowania, ale nadto pokazało się, że nawet surowica morskiej świnki

pozwalająca na otoczkowanie, przez dodanie tej miazgi traci tę zdolność. Nie potrafię na razie wytłómaczyć tego ciekawego, a ważnego szczegółu.

Ogółem biorąc, wyniki tych doświadczeń przemawiają przeciw poglądowi teleologicznemu, który w otoczkowaniu dopatruje się urządzenia ochronnego drobnoustrojów. Pokazują one, że gdzie byt i rozmnażanie laseczek narażone jest na szwank, tam i otoczkowanie bywa utrudnione, że natomiast wśród korzystnych warunków, gdzie zatem właściwie brak bodźca do obrony, otoczkowanie występuje najwybitniej. Wprawdzie wytworzona już otoczka może służyć bakteryom za narząd ochronny, ale do jej wytworzenia potrzebują bakterye korzystnych warunków, a zagrożenie ich bytu nietylko do otoczkowania jest niepotrzebne, ale może mu nawet przeszkadzać. Skoro zaś sprawa tak się przedstawia, to oczywiście drugi pogląd, upatrujący w otoczkowaniu odpowiedź na bodziec najprawdopodobniej odżywczy, zawarty w sokach ustroju zakażonego, zyskuje temsamem na prawdopodobieństwie.

O ile zaś staniemy na tem stanowisku, to nasuwa się nam przedewszystkiem pytanie, jaki to składnik surowicy stanowi ten bodziec. Możnaby tu myśleć o dwu rodzajach ciał zawartych w surowicy, albo o ciałach białkowych, które stanowią najcharakterystyczniejszy jej składnik albo też o węglowodanach. Tę drugą możliwość nasuwają przedewszystkiem omówione już dawniej doświadczenia, pokazujące, że u wielu roślin, jak również u niektórych bakteryi zwiększony dowóz węglowodanów wywołuje zgrubienie osłonki komórkowej, wzgl. wytwarzanie otoczek śluzowych. Obok cukru, zawartego w małej ilości w surowicy, wchodzą jeszcze w rachubę grupy węglowodanowe, zawarte w drobinie białka, które przy jego rozkładzie mogłyby się wyzwalać. Doświadczenia bezpośrednie, zmierzające do rozwiązania tych pytań, w których usiłowałem uzyskać otoczkowanie w czystych rozczynach ciał białkowatych surowicy, nie doprowadziły dotąd do wyników dodatnich. Rozczyny tych ciał, strąconych zapomocą siarkanu amonowego lub zapomocą chlorku sodu w rozczynie kwaśnym, pozwalały wprawdzie zasianym łaseczkom wąglikowym rozmnażać się, ale nie otoczkować. Może dalsze, bardziej urozmaicone próby w tym kierunku doprowadzą do pożądanego celu.

Usiłowałem następnie drogą pośrednią uzyskać jakieś dane co do ciała, potrzebnego do otoczkowania, wywołując przemiany białka surowiczego już to przez ogrzewanie, już to przez działanie czynników chemicznych. Pokazało się, że ogrzewanie surowic do ciepłoty, graniczącej z ich ciepłotą krzepnięcia, upośledza ich podatność dla otoczkowania, zwłaszcza, gdy chodzi o szczepy mało jadowite, że jednak podatność ta nie ginie często nawet przy jeszcze wyższych ciepłotach. Następujące doświadczenie niech posłuży za przykład:

Dośw. Płyn puchlinowy ludzki, szczep *AZ*. Płyn nieogrzany: $^3/_4$ laseczek z dobremi otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 70° słabo opalizujący: $^3/_4$ laseczek z bardzo pięknemi otoczkami.
Płyn ogrz. przez 30′ do 80° silnie opalizujący } słaby rozwój,
» » » » » 90° b. silnie opal. } nieliczne
» » » » » 100° » » » } otoczki.

Inny płyn puchlinowy, mniej wrażliwy na ogrzewanie, okazał jeszcze mniejsze upośledzenie:

Dośw. Płyn nieogrzany: $^3/_4$ laseczek z otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 80°: połowa laseczek z otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 98° słabo opalizujący: połowa laseczek z otoczkami.

Jeżeli surowicę (wołu lub konia) ściąć skośnie i zaszczepić powierzchnię, to otrzymuje się liczne laseczki otoczkowe, czasem cały pokład składa się wyłącznie z nich, o ile tylko ciepłota ścinania nie była zbyt wysoka (dla surowicy końskiej 70—75° C, dla surowicy wołu 70—80° C). Najlepiej nadają się do tego celu surowice, ścięte przejrzyście lub jeszcze przeświecające, zaś ścięte przy wysokiej ciepłocie (koło 100°) dają mało otoczek lub nie dają ich wcale. Należy przy ocenie tych doświadczeń uwzględnić, że na ściętej powierzchni surowicy wolny dostęp tlenu jako czynnik korzystny przeciwdziała zapewne niekorzystnemu wpływowi, jaki może wywierać na otoczkowanie przemiana surowicy (ciał białkowatych?).

Z przemian chemicznych badałem przedewszystkiem działanie kwasów i zasad; 1% HCl lub też NaOH działał przez godzinę w ciepłocie pokojowej na płyn puchlinowy, następnie przywracałem pierwotny odczyn. Uzyskana w ten sposób acydalbumina wzgl. alkalialbuminat dawały znacznie gorsze otoczkowanie, niż płyn niezmieniony. Znacznie silniej działało trawienie peptyczne i tryptyczne Już po 24-godzinnem działaniu pepsyny wzgl. trypsyny (preparaty Merckowskie 1‰) przy 37° C znikała zdolność wywoływania otoczek, po 9-dniowem trawieniu krzepliwe białko znikło prawie zupełnie, otoczkowanie nie występowało w płynie strawionym, a nadto płyn ten okazywał nową ciekawą własność. Jeżeli płyn ten dodać do płynu pierwotnego niestrawionego, to otoczkowanie ulega zahamowaniu, jak to pokazuje następujące doświadczenie:

Dośw. Szczep *AZ*. Hodowla przez 18 godzin przy 37° C.

I. Płyn straw. pept. + Płyn pierwotny *āā* — rzadkie laseczki otoczkowe.
Płyn straw. pept. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.
Płyn straw. pept. 7 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.

II. Płyn straw. trypt. + Płyn pierwotny *āā* — brak otoczek.
Płyn straw. trypt. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.
Płyn straw. trypt. 7. cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.

III. Rozczyn fizyol. NaCl + Płyn pierwotny *āā* — prawie wszystkie laseczki z dobremi otoczkami.
Rozczyn fizyol. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — prawie wszystkie laseczki z dobremi otoczkami.
Rozczyn fizyol. 7 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — $^1/_3$ laseczek z otoczkami.

Pewnego tłómaczenia tego ciekawego zachowania się nie można na razie podać. O ile przypuścić, że to białko rodzime jest tym składnikiem surowicy, który wywołuje powstawanie otoczek, a nadto, że to białko rodzime jest trudno dostępne dla laseczek wąglikowych, to możnaby zrozumieć, ze jeśli się im podaje obok białka rodzimego także strawione, łatwiej przyswajalne, to przenoszą to drugie, a tamto zostawiają nietknięte, przez co naturalnie i otoczki nie wystąpią. W dalszym ciągu podam jeszcze inne fakty, które za tym poglądem przemawiają. Przy strawieniu płynu puchlinowego zapomocą papajotyny przy odczynie kwaśnym przy 80° C (według Delezennea, Moutona i Pożerskiego) uzyskałem również płyn, który pozwalał wprawdzie na bujny wzrost laseczek, nie zaś na otoczkowanie, nie okazując jednak własności hamujących, jak wyżej opisane.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grosglik. **Przypadek guza gruczołu krokowego o niezwykłym przebiegu.** (*Medycyna i Kron. lek.* Nr 20—21). Guzy nowotworowe gruczołu krokowego sprawiają czasem bardzo wielkie trudności rozpoznawcze. Za bardzo dla rozpoznania ważne uważa G. bole kulszowe. Przypadek opisany przez G. przebiegał bardzo niezwykle i aż do ostatniej chwili sprawiał wielkie trudności rozpoznawcze. U osobnika, poprzednio zawsze zdrowego, zjawiły się zaburzenia w oddawaniu moczu. Gruczoł krokowy obrzmiały, zwłaszcza po stronie lewej, bardzo bolesny, tętno przyspieszone, ciepłota 38°. W moczu znaleziono prątki, podobne zupełnie do gruźliczych. Rozpoznano gruźlicę sterczu. Powoli przypady zaczęły ustępować, ale w ½ roku zjawił się na wewnętrznej powierzchni uda lewego guz chełboczący, sprawiający ogromne bole. Rozpoznano ropień gruźliczy i przystąpiono do nakłucia. Zamiast ropy wydobyto jednak 150 cm³ płynu blado-żółtego. W płynie tym żadnych drobnoustrojów nie było. Płyn zbierał się ponownie i to tak szybko, że trzeba było potem codzień guz nakłuwać i wydobywać do 300 cm³, po nakłuciu bowiem chory doznawał wybitnej ulgi. Nakłuć zrobiono 22. Z powodu coraz większych dolegliwości przystąpił w końcu G. ze Sawickim do operacyi, przy której przekonał się, że guz na udzie nie jest niczem innem, jak jamą, prowadzącą w głąb kości, która była przeżartą, a kanał prowadził do gruczołu krokowego. Badanie wyskrobanych części wykryło utkanie raka. Chory zmarł w 3 tygodnie. Podobnie, jak przebieg, niejasnem jest to obfite i prędkie tworzenie się płynu. Co do prątków, to G. przypuszcza, że nie były to prątki gruźlicze, lecz prątki mastki; dlatego też do badania powinno się mocz zbierać cewnikiem i szczepić zwierzętom. Przypadków takich, w których badanie wykrywało prątki rzekomo gruźlicze, a gruźlicy nie było wcale, opisuje G. ze swych spostrzeżeń 3. Póki nie znajdziemy pewniejszych sposobów odróżniania prątków Kocha od innych, badanie bakteryologiczne będzie zawsze mieć wątpliwą wartość. *K.*

Liek. **Doświadczenia nad krążeniem ubocznem nerki.** (*Deut. Zeit. f. Chirurg.* T. 93, Z. 2). Z doświadczeń swych na zwierzętach dochodzi L. do wniosku, że krążenie uboczne, powstające po obluszczeniu nerki i otuleniu jej siecią, nie jest wcale silne i tak pewne, jak to inni twierdzą; przynajmniej L. nie mógł stwierdzić wcale tworzenia się nowych naczyń między siecią a nerką. L. sądzi, że otulenie siecią raczej tylko chroni nerkę od obumarcia chwilowo, t. j. do czasu, kiedy uboczne krążenie wnęki nerki się utworzy. *K.*

Frank. **Zastosowanie zastoiny Biera w urologii.** (*Mediz. Klin.* 1908 N 21). Zastoinę Biera poleca F. gorąco w leczeniu tryprowych zajęć stawów. Bańki Klappa oddają znów nieocenione usługi w leczeniu dymienic. Według F. nawet tam, gdzie ropa już się tworzy, bańka wywołać może jeszcze rozejście się sprawy. Bole znikają przytem szybko, ciepłota opada, unika się blizn itp. Podobnie ssawkami leczy F. z wynikiem dobrym gruźlicę jąder i jest o wiele więcej zadowolony z tego sposobu leczenia, niż z chirurgicznego. Klosze zakłada F. na mosznę co 2 godziny na 20 minut. *K.*

Seidel. **O przecięciu chrząstki pierwszego żebra przy początkowej gruźlicy szczytów.** (*Münch. med. Woch.* 1908, N 25). Operacye na samych płucach z powodu gruźlicy nie uzyskały prawa obywatelstwa, a to z powodu, że przedewszystkiem w dalej posuniętych już sprawach gruźliczych nigdy nie wiemy, jak rozległa jest sprawa chorobowa, np. czy nie są zajęte także gruczoły oskrzelowe, a dalej operować tu przychodzi zwykle chorych wynędzniałych, nie mających dość sił do tak wielkiego zabiegu. Natomiast obecnie w początkach gruźlicy znajdują coraz większe zastosowanie operacye t. zw. pośrednie, dążące do wyleczenia gruźlicy przez rozszerzenie i uruchomienie górnej części klatki piersiowej, albowiem stwierdzono, że często przy wyleczonej gruźlicy spotyka się na pierwszem żebrze w okolicy chrząstki nowy staw (samowyleczenie), że przy gruźlicy płuc często chrząstka pierwszego żebra bywa skostniałą, a na szczycie płuca bywa wybitny rowek, pochodzący od ucisku przez pierwsze żebro. Przecięcie więc chrząstki pierwszego żebra naśladować ma samoleczenie. Nie należy wycinać większych kawałków chrząstki, gdyż potem tworzy się ściągająca blizna, która niweczy skutek operacyi, lub też zjawiają się nerwobole wskutek ucisku splotu barkowego przez bliznę. Zupełnie wystarcza proste przecięcie, (najlepiej zapomocą nożyc, podanych przez autora), w kierunku od zewnątrz i od dołu, ku wewnątrz i górze. Sam zabieg nie przedstawia wiele trudności technicznych. Cięcie prowadzi się płatowe półkoliste, podstawą zwrócone ku zewnątrz, a wypukłością ku mostkowi (od góry do obojczyka, od dołu do 2. żebra), rozdziela się na tępo mięsień piersiowy w miejscu połączenia włókien jego części mostkowej i obojczykowej i zaraz dochodzi się do chrząstki pierwszego żebra. Po oddzieleniu od przodu i boków ochrzęstnej wycina się nożycami paseczek (na ½ cm. odległy od granicy kostnej części żebra). Pomiędzy wycięte części celem stworzenia rzekomego stawu wsuwa się trochę mięśnia, potem zeszywa się mięsień piersiowy, a wreszcie skórę. Do operacyi nadają się jedynie przypadki gruźlicy w początkowych okresach u ludzi dorosłych, zwłaszcza tam, gdzie chrząstka jest skostniała, a leczenie wewnętrzne nie pomaga. Na pojawienie się prątków w plwocinie nie należy czekać. Dwa w ten sposób operowane przez S. przypadki zakończyły się wcale pomyślnie. *K.*

Schütte. **Przypadek szwu płuca z powodu ciężkiego krwotoku po postrzale.** (*Münch. med. Woch.* 1908, N 26). S. u samobójcy, który przestrzelił sobie płuca, a nadto strzelił sobie dwa razy w głowę, zeszył w 2 miejscach w 15 minut po wypadku płuco. Klatkę piersiową otworzył S. płatowo od przodu. Chory po operacyi przyszedł o tyle do siebie, że w 12 godzin mógł S. przystąpić znów do operacyi na głowie (wyjęcie odłamków kostnych i kuli) i wycięcia 9. żebra od tyłu, gdzie z obawy zakażenia ropnego założył gumowy sączek. Wyzdrowienie. *K.*

Prof. Turner. **O klepaniu, jako sposobie przyspieszenia zagojenia złamań i leczenia stawów wrzekomych.** (*Russk. Wracz.* 1908, Nr 15). We wrześniu na oddział prof. Turnera (w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu) wstąpił żołnierz, który podczas wojny odniósł niepowikłane złamanie prawej kości ramiennej w średniej ⅓, po którem pozostał staw wrzekomy. Mimo wszelkich starań kość się nie zrastała w ciągu 5½ miesięcy. Chcąc przyspieszyć zagojenie, spróbował T. pewnego rodzaju miesienia, by podrażnić okostną i wywołać zwiększony dopływ krwi do niej. Uderzając krótko i dość silnie młotkiem perkusyjnym wzdłuż całej linii złamania kości, dochodził T. do tego, że cała skóra w okolicy złamania czerwieniała i grubiała, tak że nie ulegało wątpliwości, iż zwiększony dopływ krwi sięgał aż do okostnej. Klepanie takie wywoływało niewielki tylko ból, który chory znosił dobrze. Pod wpływem codziennego kilkuminutowego klepania tworzenie się kostniny szło bardzo prędko i chory wkrótce wyszedł ze szpitala zupełnie wyleczony, gdyż ruchy ręki miał zupełnie swobodne. Ten sposób leczenia złamań kości zastosował T. jeszcze w 3 przypadkach z pomyślnym wynikiem i gorąco go zaleca. *L. Orłowski* (Ptsbg.)

Wagner. **O leczeniu wiewiórowych zapaleń stawów gorącem powietrzem.** (*Mediz. Klinik.* 1908, Nr 25). W. zdaje sprawę z leczenia 74 przypadków wiewiórowych zapaleń stawów gorącem powietrzem. Wyniki są wogóle bardzo dobre, a znacznie lepsze, niż przy leczeniu chirurgicznem. Prócz gorącego powietrza stosowano szyny, wysokie ułożenie, smarowanie nalewką jodową i gorące okłady. Nawet bardzo ciężkie przypadki wyleczono, a z 39 najcięższych zaledwo w 2 pozostały poważniejsze zmiany, a w 5 nieznaczne. Chirurgiczne leczenie nigdy nie daje dobrych wyników. Leczenie gorącem powietrzem usuwa szybko bolesność i dlatego dozwala przystąpić rychło do ruchów. W 6 przypadkach spostrzegano nawroty, przyczem i inne stawy uległy zajęciu. *K.*

Baetzner. **W sprawie leczenia wiewiórowego zapalenia wielkich stawów zastoiną.** (*Deutsch. Zeit f. Chir.* T. 93, Z. I.). B. podnosi korzystne działanie zastoiny przy wiewiórowem zajęciu stawów. Łagodzi ono bole, skraca czas choroby i leczenia, zastosować je łatwo, a stawy po niem zachowują dobrą ruchomość. B. leczył w ten sposób z dobrym skutkiem 40 przypadków. *K.*

Buchmann. **Leczenie kostnych zesztywnień łokcia zapomocą przeszczepiania całych stawów.** (*Zentbl. f. Chir.* 1908, Nr 19). Na podstawie swych dwóch przypadków zachęca B. do leczenia kostnych zesztywnień stawów zapomocą przeszczepiania. U wspomnianych dwóch chorych wszczepił B. cały nieotwarty staw śródstopnopalcowy w odpowiednio operacyjnie uformowany łokieć z wynikiem zupełnie dobrym. Pierwszy opatrunek w położeniu wyprostowanem utrzymuje się dwa tygodnie, a następny zakłada się na kończynę zgiętą. Do przeszczepiania użył B. stawu z tegosamego osobnika; czynność stopy niewiele na tem traci. *K.*

Laryngologia.

Hajek. **W sprawie ropniaka jamy szczękowej pochodzenia zębowego.** (*Wien. kl. Wochs.* 1908, Nr 16). Na podstawie własnych 20 przypadków ropniaków (*empyema*) zatoki szczękowej pochodzenia zębowego dzieli je H. na 2 grupy według tego, czy ropniak zależy od zmian zapalnych ostrych korzenia zębowego i okolicy zębodołu, czy też od spraw przewlekłych. W grupie pierwszej powodem do zakażenia zatoki szczękowej może być: *a*) Ostry ropień korzenia; zazwyczaj rozpoczyna się sprawa silnym bólem zęba drugiego dwuguzikowego lub następnych trzonowych, niekiedy obrzękiem okostnej wyrostka zębodołowego, a następnie pokazuje się wypływ ropny z nosa. *b*) Ostre zapalenie okostnej wyrostka zębodołowego przy próchnieniu zęba, może przebić do jamy szczękowej, wreszcie może zakazić jamę szczękową. *c*) Ostre zapalenie kości i obumarcie wyrostka zębodołowego, towarzyszące próchnieniu lub urazowe. W przypadkach grupy drugiej: *a*) ziarniniak lub ropna torbiel, powstałe przy przewlekłem zapaleniu okostnej korzenia, mogą przez zniszczenie kości przebić do jamy szczękowej. Najczęściej następuje to nawet bez objawów podmiotowych i przedmiotowych. *b*) Zakażenie jamy szczękowej może dalej nastąpić przy zapaleniu korzenia zębowego drogą około naczyń chłonnych, krwionośnych albo nerwów. *c*) Ropniak jamy szczękowej powstać też może w następstwie ostrego zapalenia, wywołanego przy sposobności leczenia miazgi zębowej lub ziarniniaka korzenia zębowego, a wreszcie *d*) przez przebicie zropiałej torbieli szczękowej do jamy szczękowej, co jednak zdarza się rzadko, gdyż torbiele szczękowe przebijają zwykle do dolnego przewodu nosowego lub ku jamie ustnej. *A. B.*

Wolf. **O ostatecznych wynikach po tracheotomii.** (*Deuts. med. Wochs.* 1908, Nr 17). W. na podstawie materyału z 12 lat z kliniki chirurgicznej w Lipsku staje w obronie tracheotomii (w krupie), gdyż daje ona dobre wyniki; zwężenia występują częściej raczej w następstwie blizn po odleżynie przy intubacyi. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Franz Cohn. **Wycięcie klina z trzonu macicy z powodu przewlekłego zapalenia macicy, w szczególności przy operacyi wypadnięć.** (*Arch. f. Gyn.* t. 84, z. I). Dotychczasowe postępowanie w przypadkach zmian przewlekłych macicy, połączonych z wypadnięciem, polegające na wyskrobaniu macicy, ustaleniu jej (*vaginifixatio*) i wykonaniu operacyi plastycznej, bardzo często zawodzi i naraża chore na ponowne skrobania, a nawet, jeżeli krwawienia nie ustają, na wyjęcie całej macicy. Ponieważ jednak macica stanowi przy plastycznej operacyi wypadnięcia pochwy ważną podporę, przeto wyjęcie macicy naraża chorą na pewny nawrót wypadnięcia; jeszcze ważniejsze są przykre następstwa utraty macicy samej. To też Pfannenstiel poleca zabieg następujący: wyciąwszy płat owalny z przedniej ściany pochwy, oddziela się pęcherz moczowy od brzegów utworzonej powierzchni rannej i od macicy, posuwając go ostrożnie ku górze aż poza macicę; następnie przecina się fałd otrzewny pęcherzowo-maciczny i wyciąga trzon macicy przed srom. Jeżeli część pochwowa jest silnie przerosła, należy ją przedtem amputować. Z przedniej i tylnej ściany wyciągniętego trzonu wycina się teraz klin, zabierając przytem całą błonę śluzową macicy. W ten sposób pozostałe połowy powinny razem po zeszyciu odpowiadać wielkości prawidłowej macicy. Dość znaczne krwawienie można ograniczyć przez naciągnięcie obu połów, a zresztą ustaje ono przez szybkie założenie szwów. Szwy jedno- lub dwupiętrowe, zależnie od grubości ściany, rozpoczyna się zakładać od najniższego punktu cięcia na tylnej powierzchni i przechodząc przez dno, kończy się je na przedniej powierzchni macicy w okolicy ujścia wewnętrznego. Jako materyał do szycia poleca C. katgut jodynowany. Następnie przyszywa się macicę w wysokości więzadeł okrągłych zapomocą 2 szwów silkwormowych do brzegów pochwy tuż pod ujściem cewki i wykonywa się kolporafię przednią i tylną i plastykę krocza. W okresie pooperacyjnym występują czasem wysokie wzniesienia ciepłoty, które należy uważać za gorączkę resorpcyjną. 30 w ten sposób operowanych kobiet opuściły klinikę zupełnie wyleczone w 3. tygodniu po operacyi. Wykonując tę operacyę, rezygnuje się naturalnie z góry z możliwości zastąpienia i to tem łatwiej, że stosuje się ją zwykle u kobiet starszych i wieloródek; świadomość posiadania macicy ma jednak dla tych kobiet wielkie znaczenie. C. spostrzegał nawet miesiączkowanie po operacyi, co jest możliwe, jeżeli pozostały choćby małe tylko resztki błony śluzowej macicy.

Dr E. Ehrenpreis.

Fischer. **Podwójny wziernik pochwowy, równocześnie dozwalający wykonywać ssanie i płukanie.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 28). Ssawki, stosowane dotychczas na część pochwową, miały tę wadę, że wciągały zanadto część pochwową i nieraz wywoływały jej wydłużenie, a przy nadżerkach krwotoki, nie działały wcale na tkankę przymaciczną, wreszcie nie dozwalały w czasie ssania usuwać zaległej wydzieliny. By te braki usunąć, podaje F. ssawkę, która w zasadzie składa się z dwóch wzierników. Przestrzeń pomiędzy ścianami obu wzierników połączona jest z balonikiem i ssanie odbywa się właśnie przez nią, gdy część pochwowa leży wolno we wzierniku wewnętrznym. Przez to po pierwsze można swobodnie przez cały czas ssania płukać i usuwać wydzielinę, a następnie ssawka działa i na tkankę przymaciczną, nie wywołuje wyciągnięcia części pochwowej, wskutek czego stosować można ssanie częściej i dłużej. Podobne obrączkowo ssące aparaciki poleca F. także w celach chirurgicznych, n. p. przy leczeniu wrzodzianek. *K.*

Hörrmann. **Odczyn oczny przy gruźlicy narządów płciowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 26). Gruźlica narządów płciowych kobiecych sprawia nieraz wielkie trudności rozpoznawcze; z tego też powodu starał się H. zbadać, jakie znaczenie ma tu odczyn oczny i doszedł do przekonania, że chore, u których kliniczne rozpoznanie jest pewne (z wyjątkiem chyba bardzo wyniszczonych chorych) oddziaływają wybitnie (ale wtedy o rozpoznanie już nie chodzi). Odczyn nie może naturalnie określić siedliska choroby, ani też niema sposobu stwierdzić, że przyczyną odczynu jest właśnie gruźlica części płciowych, a nie inne ognisko, zwłaszcza, że gruźlica części płciowych jest zwykle chorobą wtórną. Dodatni wynik próby spotkać można i u osób nie dotkniętych gruźlicą, ujemny wcale gruźlicy nie wyłącza. *K.*

Fraenkel. **Niwecznik jajnikowe, a zmiękunienie kości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 25). Dobre wyniki po trzebieniu w zmiękłnieniu kości naprowadzają na myśl leczenia tej choroby niwecznikami jajnikowymi. Należałoby substancyę jajników przeprowadzać przez ciało zwierzęce, by otrzymać niwecznik jajnikowy przeciw wydzielinie jajników ludzkich. Tak wewnętrzne, jak podskórne lub śródotrzewne wprowadzanie jajników zwierzętom jest bardzo trudne i kosztowne, dlatego też F. zwrócił się do innego sposobu, mianowicie starał się uzyskiwać niweczniki z mleka zwierząt trzebionych, spodziewając się, że niweczniki jajnikowe podobnie, jak n. p. rhodagen, przechodzą do mleka. Do doświadczeń używał F. kozy, która po trzebieniu dawała tak samo jak przedtem stale $2^1/_2$ mleka dziennie. Jak dotąd, wyniki leczenia tem mlekiem w zmiękłnieniu kości zachęcają do dalszych prób. Leczenie to możnaby prócz tego zastosować w zaburzeniach miesiączkowania, krwotokach, n. p. przy mięśniakach i t. p. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 6. lipca 1908 r.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Bronisławy Konopackiej p. t.: **Wpływ przyśpieszenia odśrodkowego na rozwój jajek żabich.**

Autorka przedstawia w historycznym wstępie literaturę przedmiotu, zwracając uwagę na to, że w dotychczasowych badaniach nad działaniem przyśpieszenia odśrodkowego nie ograniczono się do określonych stadyów embryonalnych, ale rozciągano je na znaczny szereg następujących po sobie okresów. W pracy autorki zarodki żaby (rana fusca) pozostawały pod wpływem znacznego przyśpieszenia odśrodkowego (228 g) w ściśle określonych stadyach przez czas krótki (kilkanaście minut); albo też przez kilka godzin, pod wpływem słabego przyśpieszenia odśrodkowego (10—12 g). W tym ostatnim razie, z pomocą obniżenia ciepłoty zahamowywano przebieg rozwoju na okres czasu, przez który trwało wirowanie.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzi autorka do następujących wyników: 1. Wirowanie jaj niezapłodnionych wywoływało bardzo słabe zmiany w ich budowie. W początku rozwoju stwierdzono w pewnym procencie przypadków przesunięcie się I. brózdy na boczną stronę, tem samem — powstawanie dwóch blastomerów nierównej objętości. 2. Działanie przyśpie-

szenia odśrodkowego wywołuje w jajkach, do których dodano nasienia, charakterystyczne uwarstwienie substancyi w jajku zawartych. Jaja zapłodnione, w których drogą przyśpieszenia odśrodkowego dokonano przekształceń wewnętrznej budowy, okazywały w rozwoju zmiany różne, zależnie od momentu zapłodnienia, w którym działało przyśpieszenie odśrodkowe: *a)* w jajach, wirowanych przed wniknięciem plemnika do jaja, zarówno I. podział, jak i dalszy rozwój był prawidłowy; *b)* w jajach wirowanych podczas kopulacyi jąder i podczas karyokinezy jądra kopulacyjnego I. podział przebiegał w ten sposób, że się tworzyły dwa nierównej wielkości blastomery. W dalszym rozwoju jeden z blastomerów czasami wcale się nie dzielił, tak, że ostatecznym wynikiem rozwoju bywały częstokroć połowiczne zarodki. 3. W rozwoju jaj wirowanych w okresie 2 blastomerów, II. brózda bywała przesunięta poza płaszczyznę symetryi. Dalszy rozwój prowadził tu również częstokroć do utworzenia połowicznych zarodków. 4. Zarodki, wirowane w okresie tworzenia się III. brózdy, okazywały tarczowy typ brózdkowania. Skoro jednak przyspieszenie odśrodkowe działało na zarodki, w których III. brózda już się w zupełności ustaliła, mogły nastąpić procesy regulacyjne. Kiedy natomiast wirowano zarodki bezpośrednio przed lub zaraz po ukazaniu się III brózdy, wtedy regulacya była niemożliwa, zarodki w dalszym procesie rozwoju tworzyły embryony o charakterze *spina bifida*, albo też obumierały. 5. Przez wirowanie powolne, długotrwające, ograniczone także do jednego stadyum, budowa jaj, względnie zarodków, nie ulegała tak wybitnym zmianom, ale zmiany wywołane w dalszym rozwoju były takie same, jak pod wpływem wirowania krótkiego, a mocnego. 6. Ostateczny wynik rozwoju zależy od tego, w którym okresie rozwoju działało przyśpieszenie odśrodkowe na jaja lub na zarodki. 7. Badania nad wpływem ciepłoty na sprawy regulacyjne wykazały, że: *a)* podniesienie ciepłoty przyśpiesza regulacyjne przekształcenie, tak samo, jak przyśpiesza tempo rozwojowe; *b)* procesy odtwarzania pierwotnej budowy posuwają się naprzód równolegle z postępem rozwoju, nie zaś równolegle z upływem czasu.

2) Czł. E. Godlewski i czł. K. Kostanecki zdają sprawę z pracy p. Kazimierza Białaszewicza p. t.: **Przyczynki do badań nad wzrokiem zarodków płazów.**

Dotychczasowa literatura uwzględnia sprawy wzrostu do piero w późniejszych okresach rozwojowych. Z wyników prac Davenporta i Schapera wiadomo, że przyrost objętości w stadyach, badanych przez tych autorów (począwszy od 5-go dnia), odbywa się głównie przez pobieranie wody. Autor zwraca uwagę na niedostateczną ścisłość metod, stosowanych w pracach dotychczasowych, oraz na niemożliwość zastosowania tych metod do początkowych okresów rozwojowych. W pracy swojej stawia sobie autor za zadanie: 1. Zbadać, czy i o ile wzrasta objętość w początkowych okresach rozwoju. 2. Zbadać zachowanie się masy suchej zarodków, oraz sprawę pobierania wody w okresie rozwoju w obrębie błon i szybkość pobierania wody przez pewien czas po wydobyciu się zarodków z błon. 3. Zbadać wpływ ciepłoty na szybkość pobierania wody z uwzględnieniem stadyów rozwojowych.

Autor posługiwał się następującemi metodami: *a)* w początkowych okresach rozwoju wzrost zarodków obliczał na podstawie pomiarów, dokonywanych z pomocą okularu śrubowego. *b)* Objętość zarodków od czwartego dnia rozwoju wyliczał ze stosunku wagi zarodków za życia do ich ciężaru właściwego, wyznaczanego metodą Lyona.

Na podstawie badań, w ten sposób wykonanych, dochodzi autor do następujących wniosków: 1. W okresie rozwoju w obrębie błon jajowych ma miejsce stałe ubywanie substancyi suchej zarodków; galareta nie stanowi zatem źródła, z którego zarodek aż do chwili wyklucia czerpać mógł substancye odżywcze. Ten fakt zasługuje na uwagę także z tego względu, że po wykluciu zarodki żywione galaretą jaj okazują przyrost substancyi suchej. 2. Wzrost odnieść należy wyłącznie do absorbcyi wody. 3. Woda, pobrana przez zarodki w początkowych stadyach rozwojowych, gromadzi się w przestrzeniach międzykomórkowych, nie śródkomórkowo, co wynika z badań, prowadzonych metodą rekonstrukcyi plastycznej. 4. Absorbcya wody zaczyna się odrazu po wniknięciu plemnika. 5. Okres tworzenia priviteliny odbija się spadkiem objętości jaja, występującym w ciągu drugiej godziny po dodaniu nasienia. 6. Absorbcya wody odbywa się stale przez cały okres brózdkowania. 7. Powiększanie się objętości w okresie gastrulacyi postępuje szybciej, niż w okresach brózdkowania. 8. W czasie rozwoju w obrębie błon największa szybkość absorbcyi występuje w początkowych okresach. 9. Szybkość absorbcyi wody po wykluciu idzie równolegle z podniesieniem intensywności przemiany materyi. 10. Podniesienie ciepłoty, zwiększając szybkość rozwoju, przyśpiesza równomiernie szybkość absorbcyi wody. 11. Szybkość pobicrania wody nie zależy od upływu czasu, lecz od stadyum rozwojowego. 12. Przepuszczalność protoplazmy dla wody jest wybitnie zależna od ciepłoty, jak to dla komórek roślinnych stwierdzone zostało przez Krabbego i van Rysselberghego. (Dok. nast.)

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie
zapalenia wyrostka robaczkowego
zestawił **Witołd Nowicki.**

(Ciąg dalszy).

Prof. Ziembicki zwraca uwagę na niezwykłą gwałtowność przebiegu niektórych przypadków zapalenia wyrostka i sądzi, że pozostaje ona w związku z jadowitością zakażenia. I w tych »jadowitych« przypadkach operacya jest bardzo wskazana. W innych fazach zapalenia wyrostka rozstrzygnięcie wskazania do operacyi nieraz jest bardzo trudne, a składają się na to dwa czynniki: brak znajomości danego stanu anatomicznego i stosunek siły zarazka do sił chorego. Nie należy podawać ani olejku rącznikowego, ani makowca, co najwyżej w razie silnych bolów $^1/_2$ cgr. morfiny. Należy potępić owo stawianie pijawek przy zapaleniu wyrostka, które zanieczyszcza tylko ewentualne pole operacyjne, jakoteż to ustawiczne obmacywanie i gniecenie, ktore tylko szkodę przynosi choremu.

Prof. Mars niema wprawdzie doświadczenia w sprawie zapalenia wyrostka i nie wiele przypadków spostrzegał u kobiet, widzi jednak pewien rozłam między internistami, a chirurgami; pierwsi radzą czekać, drudzy wobec niepewnego rozpoznania wahają się z wykonaniem operacyi. M. zwraca uwagę na próbne otwarcie jamy brzusznej, która, jak Mikulicz twierdził już przed 30 laty, jest zabiegiem dość niewinnym, i nie niebezpieczniejszym, niż głębokie nacięcie uda. Samo otwarcie jamy brzusznej nie jest powodem wahania się śmiertelności między 4 a 20% przeszło, ale późne operowanie. Owa próbna laparotomia w niepewnych co do rozpoznania przypadkach może się często zamienić na laparatomię w celu leczniczym. Co do zdania internistów, że wiele przypadków bez operacyi zostaje wyleczonych, to trzeba się zapytać, czy na pewne zostały wyleczone i czy zawsze było to zapalenie wyrostka? Sam M. oświadcza się za wczesnem operowaniem.

Prof. Rydygier uważałby chętnie zapalenie wyrostka jako własność internistów, gdyby mu wcześnie umieli podać trafne rozpoznanie, a nie wówczas, gdy już są zmiany poważne, a nawet powikłania. Po 24 godzinach choroby nie miał ani jednego przypadku operacyjnego. Po 3 i 4 dniach widział ciężkie postacie zgorzelinowe. Wogóle należy możliwie wcześnie operować. Rozpoznanie dłużej trwającego zapalenia wyrostka napotyka czasem na poważne trudności, czego R. przytacza przykłady. Nie wspomina już R. znanych rzeczy, że operacya jest niebezpieczniejszą, gdy nie ma »plastronu«, lub gdy ropienie szerzy się ku górze. R. poleca w każdym przypadku szukać wyrostka i wycinać go, w przeciwnym bowiem razie tworzą się nowe ropnie i t. d. i sprawa się przedłuża.

Prof. Gluziński. Rozdzielanie choroby omawianej między internistów a chirurgów jest bezpodstawne; G. sam w każdym przypadku zapalenia wyrostka wzywa chirurga. Jakie są wahania w leczeniu tej choroby, za przykład niech posłuży sam Sonnenburg, przedtem gorący zwolennik niezwłocznej operacyi po 24 godzinach, dziś zwolennik olejku rącznikowego. G. nie zgadza się z prof. Marsem na zapatrywanie, że tam, gdzie bez operacyi było zejście dobre, to prawdopodobnie nie było to zapalenie wyrostka, bo znamy przypadki, gdzie po 7 latach wystąpił ponowny napad. Laparotomia próbna nie jest rzeczą niewinną. *Primum non nocere*! Szczytem marzeń w całej sprawie zapalenia wyrostka jest możność rozpoznania chwili przebicia!

Dr Hornowski nie może się zgodzić z prof. Barącem na przypisywanie tak ważnej roli czynnikom mechanicznym w patogenezie zapalenia wyrostka. Doświadczenia na zwierzętach połączone są z tak brutalnem postępowaniem i odbywają się w takich warunkach, jakich w ustroju nie spotykamy. Samo wyjmowanie wyrostka niezmienionego (kradzionego) wywołuje wybroczyny w błonie śluzowej i t. p. zmiany. Badanie wyrostków, zawierających ciała obce, kamienie, pasorzyty itd. nie stwierdziło

często żadnych zmian w ścianach wyrostka, co najwyżej zanik (H. przedstawia odpowiedni preparat). Przy ocenianiu działania ciał obcych we wyrostku trzeba liczyć się z faktem przystosowania się przewodu pokarmowego do ciał obcych. Na potwierdzenie teoryi zakaźnej przy zapaleniu wyrostka przytacza H. przykłady, tyczące się chorych na zapalenie wyrostka. H. zwraca uwagę na nagłe zmniejszanie się leukocytozy wówczas, gdy ropień ma dążność do przebicia się na zewnątrz, fakt, który H. spostrzegł u kilku chorych. Nie jest stanowczym przeciwnikiem podawania makowca, zwłaszcza tam, gdzie z powodu beladonny są objawy lekkiego zatrucia; trzeba tylko makowiec podawać racyonalnie, a nie *larga manu* i stosować równoczesne wlewania ciepłej wody z gliceryną do odbytnicy. Po operacyach zapalenia wyrostka, niezależnie od sposobu operacyi widywał H. przepukliny; nie jest zwolennikiem apodyktycznych wskazań do operacyi; trzeba zawsze dokładnie rozważyć wszystkie »za« i »przeciw«.

Prof. Barącz nie zgadza się z prym. Piskiem, by przy zapaleniu wyrostka nie było rokowania; ono jest, ale zależne od czasu operowania. Trzeba operować w pierwszych 24 godzinach. Leukocytoza w pierwszych 2 dniach ma znaczenie rozpoznawcze, a jeżeli jest wysoka (ponad 20000), to stanowi wskazanie do operacyi. Operacyę powinno się opóźnić jedynie w początku wytwarzania się ropnia, celem jego otorbienia się, najdłużej 4—5 dni. Przy ogólnem ropnem zapaleniu otrzewnej miał B. złe wyniki. B. wspomina w końcu o postępowaniu amerykańskich chirurgów przy ropnem zapaleniu otrzewnej (Murphy, Blok i Hotchkiss).

Prof. Ziembicki nie uważa za słuszne zdania prym. Piska, że jeżeli niema wyliczonych przez niego objawów, to niema zapalenia wyrostka. Z. bezwzględnie odrzuca myśl prof. Marsa co do laparotomii próbnej przy zapaleniu wyrostka. (Dok. nast.)

Sprostowanie. W Nr 31 »Przegl. lek.« na str. 426, szpalta lewa, ustęp ostatni, w przemówieniu prym. Piseka: wiersz piąty, zamiast ...Haura i Frosinga — ma być: »...Lanza, i stosować sposób Rovsinga«; wiersz szósty zamiast ...Norrisa 14 ctm — ma być »...Morrisa 4 ctm«.

Klimat zimowy Egiptu i Hélouan [1]).

Podał

Dr Jan Brodzki.

(Kudowa i Hélouan).

Już starym Rzymianom znane były zalety klimatu egipskiego, a od wielu już lat dziesiątków do krainy Nilu napływają coraz liczniejsze zastępy chorych, a nawet zdrowych, pragnących zakosztować dobrodziejstw suchej zimy.

Klimat Egiptu ma cechy zdecydowanego klimatu pustynnego.

Ten, kto z wyżyn Kairu rzuci okiem na nieskończony obraz pustyni, ciągnącej się po obu stronach wązkiej, zielonej doliny Nilu, odrazu zrozumie, że Egipt jest właściwie tylko małą cząstką pustyni Sahary.

Zapisywane corocznie od r. 1868 po trzygodzinnej obserwacyi średnie miesięczne, co do ciśnienia powietrza, ciepłoty i wilgotności powietrza stwierdzają, że średnia ciepłota najzimniejszego w Egipcie miesiąca, t. j. stycznia przewyższa o wiele średnią ciepłotę maja we Frankfurcie nad Menem.

Główne zajęcie nasze budzi Hélouan, tuż poza Kairem położona miejscowość lecznicza, klimatyczna stacya dla chorych na nerki, suchotników, astmatyków, również dla chorych na gościec stawowy, przewlekłe nieżyty oskrzeli, dnę, kiłę, wreszcie dla nerwowych (bezsenność). Hélouan, po arabsku Hilvân, leży ku południowi o pięć kilometrów od Kairu, a trzy kilometry ku wschodowi od wybrzeża Nilu, na wyniesionem o 190 m. nad poziom morza płaskowzgórzu, ciągnącem się od północo-zachodu ku południo-wschodowi, a otoczonem stromymi wapieniami łańcucha gór Mokatam.

Hélouan składa się z jakichś około 800 willi, t. j. białych, o płaskim dachu kamiennych domów, zajętych przez 8000 mieszkańców, a tworzy uderzający kontrast z zielonymi, kwieciem obsypanymi ogrodami i zadrzewionemi alejami Kairu.

Daleko od mrowiska turystów, puste pozornie i samotne, leży Hélouan w cichym spokoju, pociągnięte blado-żółtawym jednostajnym tonem wapienia pustyni, w morzu ze wszech stron odbijających się wilgotnych świateł. Ponieważ tu ziemię dla każdego drzewka z dużym nakładem z pobliskiej doliny Nilu sprowadzać się musi, mało się przeto widzi ogrodów i plantacyi; tylko ku zachodowi u stóp Hélonanu rozciąga się daktylowemi gaikami zadrzewiona zielona dolina, po której srebrny Nil w majestatycznych wije się skrętach. Na prawem jego wybrzeżu ciągnie się bezmierna libijska pustynia z mnóstwem wielkich i małych pyramid Dashoura, Sakkaratu i Abusiru, które pod przepięknym kolorytem egipskiego nieba tworzą wspaniałą panoramę olbrzymów.

Wzrastającą sławę swoją zawdzięcza Hélouan nietylko ciepłemu suchemu klimatowi pustynnemu, ale i znanym już prawdopodobnie w starożytności, a w r. 1871 na nowo zbadanym cieplicom siarczanym (ciepłota 31° C.) zawierającym podług badań Prof. Attfielda w litrze 59% siarkowodoru (H_2S) i 5% soli kuchennej, należącym tem samem do najbogatszych w świecie cieplic siarczanych, z których najsilniejsze posiadają: Herculesbad: 42,6 H_2S, Nenndorf: 42,3 H_2S, Aix les Bains: 27,2 Weilbach: 5,1 i Akwizgran 3,9 H_2S, jak więc widzimy, o wiele od Hélouańskich źródeł mniej. Źródła w Hélouan były przed ćwierćwieczem zupełnie prawie zagrzebane pod czterometrowym pokładem gruzu pustynnego i dopiero w końcu szóstego dziesięciolecia XIX. wieku zostały przez niemieckiego lekarza Dra Reila na nowo odkryte i oddane do użytku chorych; tenże również lekarz podniósł wielkie znaczenie Hélouanu nietylko jako miejsca kąpielowego, ale też jako stacyi klimatycznej. i na jego to przedstawienia Kedyw Ismail Pasza, którego Reil był nadwornym lekarzem, wielkim nakładem pieniężnym nad głównem źródłem zbudował dom kąpielowy [2]).

W kilka lat później (1879) za staraniem małżonki rosyjskiego konsula generalnego de Lexa Hélouan jeszcze bardziej się rozwinęło. Potrafiła ona bowiem zainteresować tą miejscowością do tego stopnia kedywa Tewfik Paszę, ojca obecnego kedywa Abbassa II., że zbudował tutaj dla siebie pałac. Od tej chwili zaczęło się Hélouan żywo zabudowywać, przyczem starano się, ażeby nie zatrzeć charakteru pustyni, ale zachować go o ile możności. Wszystkie domy miały stać swobodnie, nie zaciśnione, dostępne ze wszech stron dla światła i powietrza, tak że obecnie, mieszkając w europejskich hotelach i pensyonatach urządzonych z całym komfortem nowoczesnym, jest się zarówno, jak ongi wpośród cudownie ożywczego powietrza, a zarazem w morzu światła pustyni.

Właściwy czas kuracyjny zaczyna się w końcu listopada i trwa do połowy kwietnia. W zimie średnia ciepłota waha się pomiędzy 12° i 30°, w lecie zaś ciepłota dochodzi do 43° w cieniu, a przy wianiu Chamsinu nawet do 46°. Maximum średnie wynosi: w grudniu 22°, w styczniu $19^1/_3$° (druga połowa stycznia jest w Hélouanie najzimniejsza), w lutym 23°, w marcu 25°. Średnie minimum w czterech zimowych miesiącach wynosi 12°; dzienne wahanie ciepłoty około 8°. Ciepłota od wschodu słońca do godziny 11 przedpołudniem wznosi się szybko, potem wolniej, aż między godziną 2 do 3 popołudniu dosięga najwyższego napięcia. Od tej chwili ciepłota znów opada zwolna aż do następnego ranka, spadek jednak ciepłoty po zachodzie słońca jest stosunkowo niewielki.

W Assuanie odległym od Kairu o 887 km., położonem przy pierwszej katarakcie Nilu, do którego dojazd koleją trwa 20—23 godzin, średnia maksymalna ciepłota wynosi: w grudniu i styczniu $25^1/_2$°, w lutym 28°. a w marcu 33°. Średnie minimum w 4 zimowych miesiącach wynosi $32^1/_2$°.

Okolica jest piękna, pobyt jednakże chorych cierpi czasem przez to, że w marcu i kwietniu w nierównych odstępach czasu wiatr południowo-zachodni (t. zw. Chamsin 38°—41°), przeciągając od strony równika, przynosi z sobą miałki pył, który szczególniej na osłabiony mięsień sercowy ludzi chorych na nerki działa szkodliwie. Pył ten bywa czasem tak gorący, że w nim n. p. jajko na twardo ugotować można. Oprócz tego dla niektórych ciężko chorych na nerki wielkie oddalenie: (godzin 20—23 koleją) od miejsca wylądowania, również na uwagę wziąść należy.

Wiadomą jest rzeczą, że ciepłota danej miejscowości zależy od jej stopnia szerokości geograficznej, t. j. od stosunku

[1]) Według wykładu na IV. Zjeździe przyrodników i lekarzy słowiańskich w Pradze 6—10 czerwca 1908).

[2]) Zbudowany w stylu maurytańskim przez rząd egipski, otwarty w grudniu 1899 r., posiada wanny do kąpieli siarczanych, jak również i zwykłych, dalej kąpiele elektryczne, świetlne, oprócz tego urządzenia do inhalacyi, do kąpieli słonecznych i świetlnych, z ogrzanego powietrza i parowych.

Porównawcza tabela średniej ciepłoty (Celsjusz), wilgotności i t. d., według Dra Engel Bey, »le climat d'Egypte«.

Liczba porządkowa	Miejscowość	Listopad			Grudzień			Styczeń			Luty			Marzec		
		Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszcowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.
1.	Berlin	3,9	83	45 (15)	0,8	85	48 (15)	0,6	85	38 (14)	0,8	81	38 (13)	3,6	76	43(14,5)
2.	Neapol	12.3	73	115 (13)	9,5	73	105 (12)	8,2	72	88 12)	9,3	72	71 (10,5)	12,8	69	73 (11)
3.	Kair	18,1	69,4	4,6 (3)	14,3	70,6	8 (6)	12,4	68,4	6 (6)	12,8	62,7	5,5	16,4	58,5	4 (3)
4.	Hélouan	18,8	56	2 (1)	15	63	3 (3)	13	58	7,5 (2)	14,6	55	10 (2)	17,4	49,5	1 (—)
5.	Assuan	22,5	48	—	18,3	55	—	15,5	56	—	17,2	47	0	22	47	0

jej położenia do słońca. Osłonecznienie zaś zależy znowu od załamywania się i wchłaniania promieni, jak również od zachmurzenia i wilgotności powietrza. Otóż pomiary robione od r. 1900 w obserwatoryum kairskiem stwierdziły, że w Kairze, a bardziej jeszcze w Hélouan, trwa 3—5 razy tak długo słoneczne światło w zimie, jak n. p. w Berlinie i Davos. To nadzwyczajnie długie trwanie osłonecznienia sprawia znowu: 1) o wiele silniejsze natężenie ciepłoty, 2) chemicznie większe działanie promieni [3]), 3) większą optycznie jasność promieniowania. Jak wielkiem w Hélouan jest natężenie promieniowania w tym okresie zimowym dowieść może fakt, że nie można bez szkody, i nie zabezpieczywszy sobie głowy siedzieć w południe, t. j. między godziną 2—3 na słońcu wtedy, kiedy działanie promieni słońca dosięga swego punktu kulminacyjnego. Nie liczy się z tem niestety wielu chorych na nerki, którzy nie radząc się lekarza, używają godzinami kąpieli słonecznych, oczywiście ze swoją szkodą.

Natężenie promieniowania musi też być w Hélouan bardzo znaczne, atmosfera bowiem przy swojej minimalnej często wilgotności przepuszcza promienie słoneczne, te szczególniej, które działają chemicznie, w wyższej o wiele mierze, niż w Niemczech.

Gdy z jednej strony chemiczne promieniowanie działa na ustrój korzystnie, na co dowodnie wskazują fizyologiczne badania roślin, jak również skutki leczenia światłem w niektórych chorobach skórnych, to bezsprzecznie wielkie naświetlenie, o ile ważne dla promieniowania gruntu, oraz organicznego rozwoju rośliny, o tyle też zbawiennie wpływa na usposobienie człowieka, na jego ducha.

Mieszkańcowi północy wyżej wspomniane stopnie ciepłoty wydadzą się niemożliwie wysokie, świadomi jednakże rzeczy wiedzą, jak miłe one sprawiają uczucie wobec tego, że suche powietrze Egiptu wszelkie parowanie ciała wchłania. — Nawet w delcie Nilu suchość powietrza tak jest wielka, że zimnicy, która, zdawaćby się mogło, słonawych, błotnistych wybrzeży nilowych stalеby się trzymać powinna, zupełnie nie daje dostępu.

Wpływ więc pustyni okazuje się w ogromnej suchości powietrza bardziej jeszcze, niż w ciepłocie. Stosunkowa wilgotność wynosi w 4 miesiącach zimy 47% dniem, a 60% nocą, w Assuanie 35% dniem, 49% zaś nocą. Zadziwiającą jest ona w listopadzie, kiedy dolina Nilu rankiem spowija się w gęstą mgłę zbitą z jednej strony od Hélouanu, z drugiej od libijskiej pustyni, wśród której stumetrowe piramidy Dashour i Sakkarah wznoszą dumne. zaróżowione wchodzącem słońcem głowy.

Ponieważ parowanie bardzo jest nieznaczne, przeto wskutek tego nie może para skroplić się w długotrwały deszcz, tak że tylko w najzimniejszej porze roku, t. j. w drugiej połowie stycznia, zdarzają się 2—3 dni dżdżyste, a czasem nawet i to nie. Średnie zachmurzenie obejmuje $^1/_5$ — $^1/_3$ nieboskłonu; przed południem zwykle nie dochodzi $^1/_6$. Wyobrazić sobie więc łatwo, w jakiem morzu światła słonecznego pławi się tam człowiek co dnia. A dzień zimowy jest tam długi: trwanie jego wynosi od grudnia do marca 10 godzin 44 minut; można więc w zimie właściwem trwaniem słońca cieszyć się 10—11 godzin.

[3]) Quincke wskazał do mierzenia chemicznego spotęgowania promieni słonecznych bardzo łatwą biochemiczną metodę, a mianowicie: odczyn barwnika żółtka.

Streściwszy to, o czem nas meteorologiczne badania i długoletnie doświadczenia pouczają, widzimy, że Hélouan przez swoje położenie w pustyni z jej suchym ciepłym gruntem, z jej niezmiernie czystem i ożywczem powietrzem, wysoką ciepłotą i natężonem długotrwałem osłonecznieniem jest idealną stacyą klimatyczną, a obok tego cieplicą siarczaną pierwszego rzędu. Ma ono nadto i tą jeszcze zaletę, że położone tak blisko Kairu, pozwala korzystać ze wszystkich nabytków tego punktu ośrodka kultury, a jednocześnie na punkcie klimatu, powietrza i sposobu życia żyć w warunkach zupełnie odrębnych. — Słowem Hélouan, jako miejsce pobytu dla chorych nazwać można jednem wielkiem uzdrowiskiem. Tu chory w obliczu potężnych zamarłych światów, zażywając spokoju pustyni, widzi przeciągające w pstrej igraszce obrazy żywej teraźniejszości. Kiedy z jednej strony słońce i powietrze zbawczo na niego działają, jednocześnie otaczająca go natura, pomniki minionych wieków, starej kultury, obok nowego niezwykłego życia zajmujących dostarczać mu mogą wrażeń.

Piśmiennictwo. Dr Engel Bey: Le climat d'Egypte. — Sandwith: Egypt as a Health Resort — Hann: Meteor. Zeitschr. 1896. — Page May: Helwan and the Egyptian Desert 1901. — Leigh Canney: The Meterology of Egypt 1897. — Dr Reil: Aegypten 1859.

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Ciąg dalszy).

20) Prof. Rydygier. **Przyczynek do chirurgii moczowodów.** Po wstępie, uwzględniającym stosunki anatomiczne i topograficzne, podaje R. pokrótce wskazania do cewnikowania moczowodów; wymienia: zarośnięcie, zwężenia, rany moczowodów, kamienie moczowodu, roponercze, zapalenie miedniczek itp. Omawia następnie choroby chirurgiczne moczowodów: 1) wady rozwojowe (nadliczbowość, nieprawidłowe ujście), 2) obrażenia, 3) przetoki (gruźlica, odleżyny: po kamieniach moczowodowych, przez ucisk w czasie ciąży), 4) zapalenie moczowodów i zapalenie okołomoczowodowe, 5) zgrubienia, 6) guzy (często włókniaki, tłuszczaki). Wreszcie wylicza krótko rozmaite sposoby operacyi, a zatrzymuje się nad jednym z nich, zastosowanym przez siebie: W przypadku tym chodziło o młodego chłopca, u którego dopiero w czasie laparotomii stwierdzić można było po stronie lewej moczowód grubości przedramienia; przy ujściu jego do pęcherza zwężenie b. silne, prawdopodobnie po dawno zabliźnionej odleżynie wskutek kamienia. R., który przed zabiegiem sprawy rozpoznać nie mógł, wykonał zrazu przetokę moczową, a gdy moczowód wrócił do wymiarów prawidłowych, przetokę zniósł, a moczowód swoim sposobem wszczepił do pęcherza.

W dyskusyi nad referatem Prof. Rydygiera (chirurgia moczowodów) zabierają głos prof. Kader, Prof. Rosner, Dr Czarkowski i Dr Leśniowski, zgodnie stwierdzając wytrzymałość moczowodów wobec wydzielenia ich z otaczającej tkanki i małą skłonność do zgorzeli nawet po znacznem ich naciągnięciu i wyosobnieniu z tkanki otaczającej. — Kader

opiera się na przypadkach przedstawionych na Zjeździe lekarzy i przyr. we Lwowie (1907), Rosner na obserwacyi wyników wyłuszczania macicy i przydatków sposobem Wertheima.

Dr Leśniowski przytacza jeden z operowanych przez siebie przypadków raka macicy, w którym przy wydzielaniu moczowodu z otaczającej go, zresztą nienacieczonej nowotworem tkanki, zastał moczowód przewężonym (jakby nitką ściągniętym) w odległości 10 ctm. od ujścia do pęcherza; część moczowodu wraz z przewężeniem odcięto; pozostały skrócony moczowód musiał uledz znacznemu trwałemu naciągnięciu przez wszycie nowego ujścia do pęcherza. Mimoto moczowód nie uległ martwicy, szwy trzymały dobrze, co stwierdzono przy sekcyi (chora zmarła z innego powodu). W sprawie rozpoznawania sprawności nerek, każdej zosobna, radzi Leśniowski używać w przypadkach, w których pęcherz jest zdrowy, separatora Luysa.

Zdaniem Dra Rappaporta wyniki badania moczu z każdej nerki zosobna zapomocą przyrządu Luysa są mniej pewne w porównaniu z wynikami, uzyskanymi przez cewnikowanie moczowodów. — Przed rozpoczęciem zdjęcia rentgenowskiego domniemanych kamyków moczowodowych radzi R. wprowadzić mandrynę do moczowodu dla uwidocznienia na kliszy jego przebiegu i stosunku do kamieni.

21) Dr Jedlicka. **O torbielach kostnych.** Etyologia torbieli kostnych dotychczas nie jest ustalona. Virchow przyjmował zwyrodnienie poprzednio powstałych chrząstniakow śródkostnych; Braun zmiany marantyczne, możliwość spraw zapalnych; Körte odnosi powstawanie torbieli do zmięknienia kości, czy też dny, czasem do urazu; Müller znalazł w 44 przypadkach bąblowca. Fakt znajdowania w torbielach gronkowców odnosi referent do następowego zakażenia. Rozpoznanie torbieli kostnych niepewne; możnaby je pomieniać z mięsakiem, chrząstniakiem, lub bąblowcem; rozstrzyga obraz rentgenowski: kość zajęta przez torbiel nie jest zgrubiała, powierzchnia kości równa; jama ostro się odgranicza; warstwa korowa kości nie ścieńczała. — J. przedstawił rentgenogram z przypadku, operowanego z powodzeniem w klinice lwowskiej z powodu wielokomorowej torbieli kości piszczelowej. Zastósowano wyskrobanie jam kostnych i plombowano sposobem Mosetiga.

Posiedzenie IV. (popołudniowe) 11. VII.

22) Dr Czarkowski. **O dodatkowym pęcherzyku żółciowym.** C. omawia przypadek guza, odpowiadającego położeniem pęcherzykowi żółciowemu, wielkiego, chełbocącego; równocześnie żółtaczka. — Przy laparotomii okazało się, że guz jest uszypułowany, że szypułę stanowi odgałęzienie przewodu żółciowego wspólnego; guz, wielkości głowy dziecka, elastycznie napięty, zaciskał światło przewodu żółciowego wspólnego i pęcherzykowego. — Guz wyłuszczono przy znacznem krwawieniu miąższowem z otoczenia; ranę tamponowano; przebieg gojenia się pomyślny; w piątym tygodniu żółtaczka powoli ustępuje. — Badanie histologiczne i chemiczne stwierdziło, że ściana tej torbieli miała budowę pęcherza żółciowego i że treść torbieli stanowiła typowa żółć. (Przedstawienie preparatu).

23) Dr Barącz. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** B. opisuje własną metodę leczenia rwy kulszowej (ogłosz. w »Centralblatt f. Chir.« 1902 r.) na drodze krwawej. — Opierając się na spostrzeżeniach swoich i innych autorów, że przy rwie kulszowej korzonki nerwu kulszowego otoczone są tuż przy wyjściu z otworów krzyżowych zrostami, doszedł B. do wniosku, że naciągnięcie nerwu (zalecane jako metoda leczenia rwy) stanie się skutecznem dopiero po poprzedniem przecięciu powyżej wspomnianych zrostów. Zabieg według B. jest łatwo wykonalny: Cięcie ponad fałdem pośladkowym, równoległe do przebiegu włókien mięśnia pośladkowego wielkiego, prowadzi się na granicy wewnętrznej i środkowej trzeciej części odstępu między guzem kości kulszowej (*tuber os. isch.*), a krętarzem wielkim. Po rozdzieleniu tępem włókien mięśnia dochodzi się z łatwością do nerwu i na tępo wzdłuż nerwu dociera się palcem przez otwór kulszowy wielki na przednią powierzchnię kości krzyżowej i tam się zrosty rozrywa. Sposób ten stósował B. w kilku przypadkach z zupełnem powodzeniem; Węgłowski w 6 przypadkach równie pomyślnie. W przeciwieństwie do metody Giordano (oswobodzenie korzonków w samym kanale kręgowym) poleca B. swoją, jako mniej ciężką, a równie wydatną.

W dyskusyi Dr Czarkowski nadmienia, że w jednym przypadku osiągnął zupełne wyleczenie po pięciokrotnem wstrzyknięciu płynu Schleicha w okolicę nerwu.

24) Dr Kasprzyk (Kraków). **O krwawem odprowadzaniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.** Przedstawiając przypadek krwawego jednostronnego odprowadzenia, dokonanego na klinice Prof. Kadera u dziewczyny 12-letniej, u której skrócenie czynnościowe z 9 ctm. sprowadzono przy pomocy ciągłego wyciągu w zawieszeniu, stosowanego przez 4 tygodnie, do 5 ctm., twierdzi K.: 1) że krwawe odprowadzenie można wykonywać i poza wiekiem lat 10, wbrew twierdzeniu Hoffy i Reinera, którzy za najwyższą granicę uważają 8—10 lat, o ile tylko przy pomocy wyciągu stałego w zawieszeniu sprowadzono główkę bliżej panewki i pokonano napięcie mięśniowe. 2) Zabieg ten jest więcej wskazany, niż inwersya według Lorenza, ponieważ po inwersyi otrzymujemy prawie zupełne zesztywnienie, małe wyrównanie skrócenia, pomijając już częste złamania szyjki przy przekładaniu główki, zwłaszcza przy silnych zrostach tejże, powstałych wskutek usiłowanych poprzednio nastawiań sposobem bezkrwawym. 3) Ważną przeszkodę przy odprowadzaniu stanowi interpozycya torebki. 4) Zesztywnienia pooperacyjne należy odnieść częścią do silnego wylewu krwi, jaki występuje przy tym zabiegu, przeważnie jednak do naruszenia chrząstki na dnie panewki przy pogłębianiu tejże. Modelując więc dokładnie spadzistość górnego brzegu panewki, należy ile możności oszczędzać chrząstkę na jej dnie, usuwając jedynie tłuszcz i tkankę łączną, wypełniającą całą panewkę. 5) Zwichnięcia pooperacyjne są następstwem mimośrodkowego ustawienia główki w panewce. Chcąc tego uniknąć, należy zawsze kierować się stopniem antefleksyi szyjki i antewersyi główki, zwracając zarazem uwagę na położenie szyjki w ustawieniu szpotawem (*varus*), i bez względu na położenie stopy starać się ustawić główkę dośrodkowo. Wówczas w przeważnej liczbie przypadków wypadnie kończynę skręcić, — podobnie jak w przypadku przedstawianym, — o blisko 80° ku wewnątrz i stosować następową osteotomię po upływie 2 miesięcy, celem ustawienia goleni i stopy w położenie prawidłowe. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Izba lekarska wschodnio-gal. wzywa wszystkich Kolegów lekarzy, aby z Kasą chorych w Kamionce strumiłowej nie wchodzili w żadne układy co do leczenia chorych robotników, zatrudnionych przy budowie kolei w okolicy pod Lwowem, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Nieprawidłowości przy wyborach do Izb lekarskich, o czem donosiliśmy poprzednio, skłoniły Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do zbierania dokładnych o tem danych przez członków Izby. Koledzy, mający w ręku dowody popełnionych nieprawidłowości (n. p. wezwania do wyboru w terminie niewłaściwym), zechcą je natychmiast przesłać Izbie, zarazem donosząc o wszystkich szczegółach, któreby się im nieprawidłowe lub niewłaściwe wydawały. *R.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy będzie mogło wtedy dopiero przekształcić się w »Związek krajowy lekarzy«, gdy powstaną już »Związki powiatowe« i wybiorą swych delegatów, mających prawo wyboru Wydziału Związku krajowego. To też ostatnie Walne Zgromadzenie »Samopomocy« w d. 16. VII. 1908 poleciło Wydziałowi Towarzystwa, by starał się usilnie przez prasę, przez urządzanie zgromadzeń, odezwy i t. p. jaknajszybciej przeprowadzić organizacyę Związków powiatowych i wybór delegatów na I Walne Zgromadzenie Związku krajowego, na którem w danym razie uchwaloną będzie wysokość przyszłej wkładki członków. Aż do tego czasu opłacają członkowie wkładki w wysokości dotychczasowej, a »Samopomoc« działa na zasadzie dotychczasowych statutów. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 30. VI. 1908	403,326	191,176
W lipcu 1908	2,425	5,000
razem .	405,751	196,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Reformy „Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy“ we Lwowie domaga się Dr Wątorek w »Głosie lek.« (15). Prawo należenia do Kasy powinni mieć nietylko lekarze, należący do Izb, ale także lekarze rządowi. Od członka nie należy żądać me-

tryki, ale jakiegokolwiek dowodu, że ma tyle lat, ile podał. Członek powinien składać wniosek o ubezpieczenie, podpisany własnoręcznie, a według tego wniosku powinien Wydział Kasy orzekać, czy ma nastąpić badanie przez lekarzy Kasy i czy ubezpieczenie ma nastąpić wedle taryfy normalnej, czy wyższej. Członkowie powinni mieć prawo deklarować także 2 udziały w Kasie, by mogli w razie choroby otrzymać zasiłek podwójny. Taryfa ubezpieczenia w Kasie powinna wzrastać w miarę wieku członka (od 25 do 30 r. ż. 48 K, od 30—35 56 K i t. p., wreszcie od 55—60 r. ż. 104 K rocznie). Premie powinny być płatne z góry, z doliczeniem pewnego odsetku przy spłatach na raty, ale z przyznaniem t. zw. respiro. Obłożnie chorzy powinni dostać pełne odszkodowanie, ozdrowieniec tylko wtedy pełne, jeśli zupełnie nie zarobkuje lub jeśli musi wyjechać (n. p. do kąpiel) dla poratowania zdrowia. Przy takim wyjeździe powinien lekarz Kasy określić, ile dni może jeszcze potrwać okres zdrowienia. Przy zmniejszonej tylko zdolności do zarobkowania byłoby najlepiej wcale nie przyznawać odszkodowania. W razie niedoboru w Kasie przy obrachunku rocznym powinien on być wyrównany przez członków proporcyonalnie do ilości udziałów i do wysokości premii (pod rygorem egzekucyi sądowej); w razie zaś nadwyżki, należałoby ją obrócić na utworzenie osobnego funduszu rezerwowego, służącego na pokrywanie pewnej części niedoborów. Autor tego projektu reformy uprasza kolegów, interesujących się Kasą, o wyrażenie swego zdania o tym projekcie. *R.*

Wniosek o poprawę bytu lekarzy rządowych przedstawili w austr. parlamencie d. 17. VII. b. r. posłowie Zaunegger, Dr Michl, Dr Dietzius i tow. Wnioskodawcy domagają się: 1) aby każdy lekarz rządowy odrazu otrzymywał adjutum i stanowisko asystenta sanitarnego, 2) aby najdalej po 3 latach następował awans na lekarza powiatowego z płacą 2,800 K i odpowiednim dodatkiem aktywalnym, 2) aby każdy lekarz powiatowy otrzymywał 5 czterolecci, dwa pierwsze po 600, trzy dalsze po 800 K i odpowiednią do tego rangę, przyczem lekarzom, obecnie pozostającym w służbie, należy policzyć te czterolecia od dnia wstąpienia do służby, 4) aby utworzono odpowiednią do rozległości krajów koronnych liczbę posad krajowych inspektorów sanitarnych z prawem awansu do VI. rangi, 5) aby protomedykom (kraj. referentom sanitarnym) przyznano rangę V, 6) a naczelnikom oddziałów w sekcyi sanitarnej ministerstwa spraw wewn. rangę IV i V, 7) aby lekarze rządowi otrzymywali pełną emeryturę już po 30 latach służby, 8) aby lekarzom policyjnym przyznano podobne prawa. *R.*

Ordynacya lekarska (Ärzteordnung) była przedmiotem obrad na ostatnim posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu. Referent sprawy tej zaznaczył, że konieczną jest zmiana przepisów, obowiązujących lekarzy, gdyż niektóre z nich pochodzą z przed 100 lat, a nawet i więcej (»Sanitatsnormativ« z r. 1770!). Zamiast mnóstwa najróżniejszych przestarzałych przepisów, czas najwyższy stworzyć jednolite, jasne postanowienia. Projekt nowej ordynacyi obejmuje przedewszystkiem przepisy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Do rzędu kar dyscyplinarnych włączono wykreślenie z listy lekarzy, a wśród powodów takiego wykreślenia wymieniono prawomocny wyrok Rady honorowej Izby lekarskiej, skazujący na wykreślenie. Z listy lekarzy może być lekarz wykreślony za pierwszym razem najdłużej na rok; oskarżony ma prawo dobrać sobie przy rozprawie obrońcę z grona lekarzy. Wyższą instancyą ma być trybunał dyscyplinarny lekarski. Zapatrywania i czynności polityczne, religijne i naukowe lekarzy nie mogą być przedmiotem rozprawy w Radzie honorowej. Czynni lekarze wojskowi i urzędowi mają odtąd do Izby należeć, w sprawach dyscyplinarnych nie będą jednak podlegać jej władzy. Przyjmowanie chorych w kilku miejscowościach (godziny ordynacyjne) jest niedozwolone z wyjątkiem tych przypadków, w których lekarz jest do tego zobowiązany kontraktem. Lekkomyślne wystawianie świadectw lekarskich podpada karze (Rada honorowa). Każdy lekarz, który nie zrzekł się wyraźnie praktyki, musi w nagłych przypadkach udzielić pomocy, jeżeli nie zachodzi nieprzezwyciężona przeszkoda. Wolno lekarzowi natychmiast przerwać leczenie, jeżeli przepisy jego nie są wykonywane, jeżeli bez jego wiedzy przywołano innego lekarza lub jeżeli go obrażono. Za donoszenie o chorobach zakaźnych należy się lekarzowi wynagrodzenie od skarbu państwa. Dalej zawiera projekt ordynacyi szereg postanowień, chroniących lekarzy od wyzysku, rozszerzających zakres działania i egzekutywę Izb lekarskich. Projekt ten jest wynikiem narad subkomitetu Najw. Rady Zdrowia, przedstawicieli Izb lekarskich i członków parlamentarnej komisyi sanitarnej. Szczegółowe rozprawy nad projektem odbędą się w Najwyższej Radzie Zdrowia w jesieni r. b. *R.*

Warunki bytu lekarzy szpitali krajowych w Galicyi omawia Dr Porajewski w »Głosie lek.« (Nr 15), stwierdzając, że sumienny lekarz szpitalny musi poświęcić szpitalowi 5—6 godzin dziennie, czyli około 2,000 godzin rocznie i otrzymuje za to (n. p. w Krośnie) 1,400 K rocznie, t. j. 70 halerzy za godzinę. Kierownik szkoły wiejskiej, w tymsamym będący wieku (około 30 lat), pracuje 1,350—1,380 godzin rocznie i otrzymuje prócz 1,600 K płacy, dodatku za kierownictwo szkoły, jeszcze mieszkanie i ogród, razem przeto wynagrodzenie około 2,000 K rocznie, t. j. 1 K 47 h za godzinę pracy. A przecież nauczyciele ludowi uchodzą za najgorzej płatnych urzędników kraju. Prawda, że w rzeczywistości lekarz szpitalny ma dochody większe, — dzięki praktyce prywatnej; ale jeżeli lekarze szpitalni mają dobrze spełniać swe obowiązki, to kraj powinien ich tak opłacać, aby nie potrzebowali ciągle oglądać się na dochody z praktyki prywatnej, aby wprost można im zabronić praktyki wyjazdowej, oddalającej ich od szpitala. Przytem praca dyrektora szpitala jest znacznie trudniejsza, uciążliwsza, przykrzejsza i odpowiedzialniejsza od pracy kierownika szkoły ludowej, mającego przytem prawo do emerytury, którego lekarz niema. Płace dyrektorów szpitali powinny być zrównane z płacą radców Wydziału krajowego, tem bardziej, że wymagałoby to tylko 150,000 K wydatku rocznie. *R.*

Towarzystwo odontologiczne warszawskie uchwaliło 30. VI. b. r. regulamin, dotyczący ogłoszeń i szyldów dentystów, celem zapobieżenia jarmarcznej niemal reklamie, uprawianej przez niektórych dentystów warszawskich. Regulamin ten zawiera przepisy, zgodne z wymaganiami etyki lekarskiej. Posłuch przepisom tym zamierza Towarzystwo zapewnić przez piętnowanie imienne tych, którzyby przepisy przekroczyli, naprzód w prasie specyalnej, a gdyby to nie pomogło, w codziennej. Nadto ma zamiar Towarzystwo utworzyć komisyę dla spraw etyczno-zawodowych. (Kron. dent. 8). *R.*

Biura porady dla karmiących we Lwowie uważa Dr Hornung (Przegląd higien. 8/9) za niezbędne. Aczkolwiek bowiem co do karmienia piersią jest stan we Lwowie według badań Dr H. dość pomyślny (88%), to jednak śmiertelność niemowląt jest znaczna z powodu nieodpowiedniego dokarmiania. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 4; zmarło osób 58 (w tem obcych 31), z nich z gruźlicy 14 (8), zapalenia płuc 4 (1), płonicy 3 (2), odry 1, błonicy 1, duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1, (w tem obcych —), krztuśca —, płonicy 21 † 3 (7 † 2), odry 15 † 1 (2 † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), jaglicy 62 (48). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. do 25. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych —), płonicy 61 † 11 (8 † 1), odry 4 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Śmiertelność w m. Łodzi w maju 1908 wynosiła 722, z tego 316 (50)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 406 (74) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 21 (6)[2]): dorośli 66 (12), gruźlicze zapalenie opon 26 (8):5 (2), ospa 105: 0, odra 10 (2):0, dur brzuszny 2 (2):7 (1), zapalenie płuc 35 (9):8 (3), błonica 6 (0):0, płonica 12 (2):0, krztusiec 7 (2):0, zakażenie połogowe 0:5 (1), inne 0:1 — razem dzieci 223 (31): dorosłych 93 (19).

B) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 112 (24):0, nieżyt dróg oddechowych 35 (7):0, wady serca 4 (1):10 (2), uwiąd starczy 0:26 (5), nieżywo urodzonych 55 (6):0, rozmaite 89 (12):75 (17), — razem dzieci 273 (43): dorosłych 159 (31).

Śmiertelność w m. Łodzi w czerwcu 1908 wynosiła 910, z tego 592 (120)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 324 (64) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 32 (4)[2]):49 (6), gruźlicze zapalenie opon 35 (12):2 (1), ospa 50 (1):0, odra 8 (5):0, dur brzuszny 1:10 (3), zapalenie płuc 34 (13):8 (3), błonica 9 (2):0, płonica 7 (1):0, krztusiec 1:0, zakażenie połogowe 0:4, ostry nieżyt jelit 325 (67):2 (1), inne 3:2, — razem dzieci 520 (111): dorosłych 72 (9).

---

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.
Ludność w Łodzi w roku 1907 wynosiła 348,997, w tem polaków 155,886, rosyan 9,398, niemców 94,284, żydów 79,785.

[2]) Do lat 14.

B) Choroby niezakaźne: nieżyt dróg oddechowych 39 (10):0, wady serca 1 (1):15 (7), uwiąd starczy 0:32 (7), nieżywo urodzonych 43 (4):0, rozmaite 120 (14):73 (16), — razem dzieci 203 (29): dorosłych 120 (30). *Dr Bartoszewicz.*

Cholera pojawiła się znowu w Rosyi w gub. astrachańskiej i saratowskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Poruszona przez p. Kazimierza Jeżewskiego myśl zakładania »gniazd rodzinnych«, t. j. oddawania sierót na wychowanie rodzinom włościańskim, ma wkrótce według »Czasu« (Nr 176) wejść na drogę prób praktycznych. Częścią kosztem osób prywatnych, częścią zaś ze składek ma powstać na próbę kilkanaście takich gniazd, każde dla 6 sierót. Myśl ta, skrytykowana zresztą ostro przez adw. Dr Olearskiego, obudzić może pewne zajęcie i w kołach lekarskich, bo równocześnie z gniazdami dla dzieci zdrowych, powstać mają próbne gniazda dla dzieci chorych w okolicach górskich. Dla ułatwienia nadzoru lekarskiego takie gniazda klimatyczne założone być mają w bardzo blizkiem sąsiedztwie jedno od drugiego.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Męskiego złożyli lekarze w Dębicy 30 K na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Towarzystwie »Samopomocy lekarzy«. Wydział Samopomocy składa niniejszem ofiarodawcom za ten dar podziękowanie.

Lwów. Prof. Dr Włodzimierz Sieradzki ustąpił ze stanowiska redaktora »Tygodnika lekarskiego«; następcą jego został Doc. Dr Adam Bednarski.

— Według urzędowego spisu fizykatu miejskiego posiada Lwów w r. b. 336 lekarzy, (w tem 5 lekarek, 9 patronów chirurgii), 347 położnych, 29 kwalifikowanych dozorczyń chorych, 16 aptek. Z tych 336 lekarzy 23 zajmuje się specyalnie położnictwem, 21 dentystyką, 17 chirurgią, 14 okulistyką, 10 praktykuje w zdrojowiskach, 1 jest homeopatą. Lekarzy wojskowych jest 37.

— Według zestawienia, podanego w »Tygodniku lek.« (31) uczestniczyło w X. Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie 754 osób cz. 61·70% z Galicyi (Lwów 452 — 36·90%, Kraków 89 — 7·28%, prowincya 213 — 17·51%), 367 cz. 30·01% z zaboru rosyjskiego (Królestwo 134 — 10·96%, Warszawa 130 — 10·63%, prowincye zabrane 68 — 5·56%, Rosya 35 — 2·85%), 27 cz. 2·18% z zaboru pruskiego (Poznań 12 — 0·96%, Wielkopolska 15 — 1·22%), 5 cz. 0·49% ze Śląska i Moraw, 4 cz. 0·32% z Czech. Nadto było kilkudziesięciu członków z innych krajów Europy.

— W kulparkowskim Zakładzie dla obłąkanych wakuje posada lekarza-asystenta (płaca roczna 1,400 K, relutum za wikt 816 K, mieszkanie, opał, światło) z terminem zgłoszeń do 31. VIII. 1908.

Warszawa. Na konkursie im. Koczorowskiego, ogłoszonym przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, otrzymali w r. b. nagrody: Dr L. Karwacki za pracę: »Studya nad morfologią i biologią krętka Obermayera« i Dr Anastazy Landau za pracę: »Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem«. (Med. i Kron. lek. 31.).

— Towarzystwo doraźnej pomocy w Warszawie dobiegło 22. VII. b. r. 11 lat istnienia; od założenia udzielono pomocy w 95,035 przypadkach (z tego robotnikom w 64·12%). W r. b. przebudowuje Towarzystwo częściowo swój dom kosztem 15,000 rb. (Med. i Kron. lek. 31).

— Program Zjazdu higienistów w Lublinie 25—29. IX. b. r. jest następujący: 25. IX. zebranie towarzyskie w resursie kupieckiej; 26. IX. o 9 g. rano nabożeństwo w katedrze, o 11 g. rano otwarcie Zjazdu w teatrze z przemówieniami prezesa Oddziału lubelskiego Towarzystwa hig., przedstawicieli miasta, prezydyum Wystawy i odczytem Dra Polaka o 10-letniej działalności Towarzystwa higienicznego, o 4 g. popołudniu zwiedzanie wystawy i miasta, o 9 g. wieczór bankiet dla gości zjazdowych. 27. IX. posiedzenia Zjazdu w sali Tow. higienicznego, o 8 g. w. wieczornica Tow. muzycznego. 28. IX. rano posiedzenie Zjazdu, o 2 g. popoł. zamknięcie Zjazdu, o 8 g. wieczór przedstawienie teatralne. 29. IX. wycieczka do Nałęczowa. (Med. i Kron. lek. 31).

Z różnych stron. 80. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się 20—26. IX. w Kolonii.

Mianowani: Dr J. Wieser asystentem ambulatoryum laryngol. (Prof. Jurasza) we Lwowie.

Powołani: farmakolog Prof. Gürber z Würzburga do Marburga, internista Prof. Lüthje z Frankfurtu do Kiel (po Quinckem), fizyolog Prof. Nagel z Berlina do Rostocku.

Zmarli: laryngolog Prof. Hagen w Lipsku, dermatolog Prof. Montgomery w Chicago;

Dr T. Męski, lekarz kolejowy z Dębicy, w 39 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. (Prof. Dr W. Nagel. Z polikliniki uniw. Berlin. Zeitschr. f. n. ph. Medizin 1908, 11). N. używa arhoviny od 3 lat z wynikami zmiennymi, przeważnie korzystnymi. Stosuje ją w wiewiórowych zapaleniach narządów płciowych i dróg moczowych. N. podaje zwykle używane kapsułki oryg. wewnętrznie, 3 razy dziennie po 2. Używał także gałek pochwowych, jakoteż pręcików do szyi macicznej. Nie spostrzegał działania ubocznego. Leczenie prowadzi N. średnio przez 2—6 tygodni. Wśród leczenia zachowywać należy ogólnie znane przepisy, odnoszące się do dyety i innych środków ostrożności. Nowsze spostrzeżenia potwierdziły dawniejsze doświadczenia. Zdaniem N. polega główne działanie arhoviny na zmniejszeniu wydzieliny i złagodzeniu bolesności. Mocz, z początku mętny, szybko się potem wyjaśnia. *Hr. W.*

Blutan. (Dr R. Weissmann — Lindenfeld). Blutan wyrabia fabryka Helfenberg. Przedstawia się jako *liquor ferromangani peptonati* z acidalbuminą, nasycony kwasem węglowym i zupełnie wolny od wyskoku. Blutan jest środkiem trwałym, smacznym, a obok właściwego działania żelaza wpływa skrzepiająco. Brak wyskoku dozwala stosować go także u zupełnie małych dzieci i to najlepiej z mlekiem. Flaszka wystarcza dorosłym na tydzień, dzieciom na jeszcze dłużej, a zatem leczenie blutanem jest stosunkowo tanie. (Aerztl. Rundschau, 1906, 36). *S. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 15. sierpnia 1908. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania nad teoryą zakażenia.

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent Zakładu.

(Dokończenie.)

Wychodząc ze znanego faktu, że przez dodanie ciał odżywczych do surowic obniża się lub znosi ich działanie bakteryobójcze, próbowałem w ten sposób umożliwić otoczkowanie w surowicach, które same przez swą bakteryobójczość na nie nie pozwalały. Wbrew oczekiwaniu pokazało się, że te dodatki nietylko nie wywoływały pożądanego skutku, ale że nawet surowice podatne dla otoczkowania traciły przez nie tę zdolność. Jako takie dodatki wymienię peptony Wittego i Mercka, pożywkę Heydena, somatozę i nutrozę; naturalnie trzeba było zawsze poprawiać lekko kwaśny odczyn, przez ciała te wywoływany, aby uniknąć szkodliwego jego wpływu na otoczkowanie. Dodatek 1% zwykle bywa słabo skuteczny, 2% mocniej, wobec 5% otoczkowanie nigdy nie występowało, jakkolwiek wobec bujnego wzrostu o szkodliwym wpływie mowy być nie mogło. Natomiast dodatek 5—10% cukru gronowego, 5% gliceryny i 2—5% skrobi rozpuszczalnej *(amylum solubile Merck)* nie ma takiego skutku. Zdaje się więc, że tylko ciała odżywcze białkowate działają hamująco, jakkolwiek i węglowodany poprawiają wartość odżywczą podłoża. Tutaj należy także zahamowanie otoczkowania, które spostrzega się często, rozcieńczając płyn puchlinowy lub surowicę zapomocą bulionu, gdy takie samo rozcieńczenie zapomocą rozczynu fizyologicznego soli nie ma takiego wpływu. Podobnież wywiera działanie hamujące dodatek wyjałowionego mleka krowiego lub wyciągów z mięsa końskiego lub króliczego lub z płuca wołowego, wreszcie 2% rozczynu nukleinianu sodowego. Doświadczenia te przemawiają niedwuznacznie za tem, że sposób odżywiania odgrywa bardzo ważną rolę w sprawie otoczkowania, że tedy prawdopodobnie należy wytwarzanie otoczek uważać za wytwór pewnej specyalnej wymiany materyi u bakteryi. Sposób tłómaczenia, który podałem powyżej, mówiąc o hamującem działaniu strawionych płynów, że mianowicie w obecności białka strawionego lepiej dostępnego bakterye gardzą białkiem rodzimem, da się prawdopodobnie i tu zastosować.

W dalszym ciąg badałem działanie całego szeregu czynników hamujących przeważnie wzrost bakteryi. Dodatek kwasu solnego aż do odczynu obojętnego już znosi otoczkowanie; lepiej znoszą bakterye dodatek ługu, ale i tu wobec mocno zasadowego odczynu otoczkowanie nie występuje ($^1/_{10}$ N). Sole obojętne ($NaCl$, K_2SO_4, $MgSO_4$) działają korzystnie w słabych zgęszczeniach (1%), hamująco w nieco silniejszych (5%). Sole amonowe, — siarkan, chlorek, fosforan, szczawian, — działają hamująco już w słabych zgęszczeniach, podobnie $K_2Cr_2O_7$ i $CaCl_2$. Z pośród związków organicznych hamują otoczkowanie tyrozyna, asparagina, mocznik, fenole, wyskoki i to nawet w rozcieńczeniach, które pozwalają jeszcze na słaby rozwój. Eozyna (gelblich — Grübler) hamuje otoczkowanie już w rozczynie 0·1%, natomiast wzrost dopiero przy 1% ulega zahamowaniu; rzecz ciekawa, że przy 0·1% także i zarodnikowanie laseczek wąglikowych zostaje zahamowane (N o g u c k i). Także pyocyanoza (L i n g n e r), która, jak wiadomo, działa bakteryobójczo na laseczki wąglikowe, hamuje otoczkowanie i to jeszcze w takich rozcieńczeniach, które pozwalają na słaby wzrost ($^1/_{20}$ i $^1/_{10}$, zahamowanie wzrostu przy $^1/_5$). Ogólny wynik tych doświadczeń przedstawia się w ten sposób, że wszystkie czynniki, hamujące lub upośledzające wzrost bakteryi, hamują także lub znoszą otoczkowanie mimo obecności dostatecznej ilości surowicy.

Aby zbadać działanie zahamowania wzrostu przez współzawodnictwo, zasiałem do płynu puchlinowego laseczki wąglikowe razem z mętwikiem cholery (Orusk), bakteryą okrężnicy (z zapalenia pęcherza i miedniczek), bakteryą ropy błękitnej (szczep Z i Exs.), maczugowcem błoniczym, bakteryą fluoryzującą pospolitą (z zapalenia pęcherza i miedniczek) i z laseczką pospolitą. Tylko w hodowli mieszanej z bakteryą okrężnicy widoczne było zahamowanie wzrostu, a nieliczne osobniki wyrosłe były nagie; w innych hodowlach wyrosły bujnie laseczki otoczkowe.

W dalszym ciągu musiałem sobie z kolei postawić pytanie, czy surowica krwi, względnie jej składniki są jedynymi czynnikami, zdolnymi do wywołania otoczkowania, czy też może nie udałoby się wynaleźć innych, których znajomość miałaby oczywiście wielkie znaczenie dla całego pojmowania sprawy. W pierwszym rzędzie pomyślałem oczywiście o hemoglobinie, o ciele białkowatem, stale zawartem w każdej krwi, a przedstawiającem chemicznie odrębny typ budowy. Zasadowy 10% rozczyn Hb Mercka, sporządzony według przepisu H e i m a, dawał wprawdzie zmieszany z fizyologicznym soli lub bulionem bujny wzrost, ale bez otoczek, dodany zaś do płynu puchlinowego nie wywierał wy-

raźnego wpływu na otoczkowanie. Również dodanie tego rozczynu do zwykłego agaru w stosunku 1:8 nie pozwoliło uzyskać otoczkowania u wspomnianego już wielokrotnie szczepu Z, który na zwykłym agarze nie daje otoczek. Nie było też otoczkowania w zwyczajnem wyjałowionem mleku krowiem.

Bardzo ważne jest w dalszym ciągu nasuwające się pytanie, czy na zwykle używanych w bakteryologii podłożach występują otoczki. Pytanie to znalazło w piśmiennictwie bardzo różnorodne, często sprzeczne odpowiedzi. Serafini, Klett, Binaghi, Stiennon i Hamm zaprzeczają je bezwzględnie, Johne twierdzi, że na sztucznych podłożach otoczki występują tylko bardzo rzadko i to w młodych, co najwyżej 24-godzinnych hodowlach, Haase spostrzegał nieliczne otoczki w hodowlach żelatynowych, Podwysocki i Taranuchin na agarze mózgowym (hodowle przy 42—43° C!), Pianese na agarze glicerynowym, Buerger na agarze zwykłym, nie starszym nad 48 godzin, natomiast brak ich na agarze cukrowym. Na szczególne uwzględnienie zasługują badania Preisza; twierdzi on, że szczepy o znacznej jadowitości, jak również zupełnie niejadowite, nie tworzą na agarze wcale otoczek, że natomiast szczepy o osłabionej jadowitości cechują się obfitem wytwarzaniem otoczek na agarze. Wreszcie należy wspomnieć o zapatrywaniach Boniego, Kerna i Hinterbergera, którzy uważają otoczkę za prawidłową część składową każdej laseczki i starają się wykazać jej obecność zapomocą specyalnych metod barwienia. Mojem zdaniem zachodzi tu nieporozumienie, o tyle, że wspomniani autorowie uważają osłonkę, składnik wszelkiej komórki bakteryjnej, za otoczkę, gdy ogólnie uważa się za otoczkę tylko pewne specyalne zróżniczkowanie tej osłonki. (Sprawa ta będzie bliżej omówiona w II części). Nadto przy metodzie Boniego chodzi prawdopodobnie o wytwory sztuczne (według Hamma).

Wobec znaczenia, jakie należy przypisać otoczkowaniu na sztucznych podłożach, postanowiłem wszystkie szczepy, znajdujące się w mojem posiadaniu, zbadać w tym kierunku. Wśród moich 56 szczepów, znalazłem 38 takich, które na zwykłym 1—2% agarze peptonowym wytwarzają otoczki w zmiennej ilości. »Masowego« występowania otoczek, jak je opisuje Preisz, nie znajdowałem co prawda nigdy, conajwyżej jedną laseczkę otoczkową na 30—50, czasem trzeba ich przeszukać kilkaset lub kilka tysięcy, aż się znajdzie jedną otoczkę, a wreszcie czasem w całym preparacie znajdzie się zaledwie jedną. Materyał z agaru rozsmarowywałem w surowicy wołowej, utrwalałem w utrwalaczu Hamma i barwiłem mocno rozcieńczonym rozczynem Giemsy. W preparatach tych, podobnie jak w preparatach z hodowli surowiczych, występują bardzo wybitnie różnice osobnicze: z całego szczepu osobników, połączonych w nić, jeden tylko lub kilka mogą mieć otoczki, inne zaś być nagie. Również można często spostrzegać, że w pewnej nici w połowie jej długości rozpoczyna się otoczkowanie w ten sposób, że pierwsze laseczki mają wązki różowy rąbek, który w następnych grubieje i mocniej się barwi, u jeszcze dalszych staje się szeroki i barwi się fioletowo, aż wreszcie koniec nici tworzy grubą, czarnofioletową kolbę, podobną do promieniczych. Otoczki, spostrzegane na agarze, przeważnie nie ustępują w niczem tym, które widujemy w hodowlach surowiczych lub w ustroju zakażonym. Co do związku stopnia jadowitości danego szczepu ze zdolnością otoczkowania na agarze, to można wogóle stwierdzić, że istnieje pewna równoległość obu funkcyi, choć nie ścisła i bezwzględna, bo i u szczepów mocno osłabionych (szczepionek) można widzieć wytwarzanie otoczek. Bądź co bądź jednak zgodnie z Preiszem nie widziałem nigdy otoczek u szczepów zwyrodniałych, zupełnie pozbawionych jadowitości. Nadto istnieje mniej więcej pewna równoległość między zdolnością i wydatnością tworzenia otoczek w surowicy i na agarze. Natomiast nie mogę według swych doświadczeń zgodzić się na twierdzenie Preisza, jakoby szczepy o pełnej jadowitości nie tworzyły otoczek na agarze, bo właśnie u nich widywałem najpiękniejsze. Tu też wypada przytoczyć doświadczenie, które wykonałem, aby stwierdzić związek między stopniem jadowitości, a zdolnością otoczkowania. Wspomniany już kilkakrotnie słabo jadowity szczep przeprowadziłem przez 10 królików, aby wzmódz jego jadowitość. Szczep przeprowadzony nabył co prawda większej odporności wobec surowicy króliczej i zdolności wytwarzania w niej otoczek, ale na agarze dawał tylko bardzo rzadkie odosobnione otoczki.

Ciekawy jest dalej fakt, że cukier gronowy i trzcinowy, jak również gliceryna, które nie hamują otoczkowania w hodowlach surowiczych, hamują je lub opóźniają, jeśli ich dodać 5—10% do agaru, jakkolwiek na tym agarze wzrost laseczek wąglikowych bywa zwykle bujniejszy, niż na zwykłym. Ta właściwość zwiększa szereg innych cech morfochemicznych, właściwych laseczkom wąglikowym, wyrosłym na agarze glicerynowym lub cukrowym, t. j. zmniejszoną zdolność zarodnikowania i większą skłonność do wytwarzania t. zw. »ciał sporoidalnych« lub, jak ja je nazywam, »ziaren jadochwytnych« (Ružicka, autor). Fakt, że hamujące działanie tych ciał objawia się tylko na agarze, nie zaś w surowicy, polega zapewne na tem, że działanie to nie może się uwidocznić wobec bardzo korzystnych dla otoczkowania warunków, jakie przedstawia surowica, że natomiast na agarze, gdzie niejako tylko osobniki wyjątkowe tworzą otoczki, wpływ ten wystarcza, aby tworzenie to zahamować.

W dalszym toku badałem także i inne pożywki ze względu na otoczkowanie. Zgodnie z tem, co podają Podwysocki i Taranuchin, znalazłem bardzo piękne otoczkowanie na agarze mózgowym, z tą tylko różnicą, że mój agar nie zawierał peptonu, a dodany doń mózg króliczy był jedynem źródłem białkowem dla bakteryi. W mleku, bulionie i żelatynie (przy 20° i 37° C) spotykałem tylko bardzo wyjątkowo otoczki lub nie znajdowałem ich wcale, prawdopodobnie wskutek utrudnionego dopływu tlenu, który podobnie, jak inne warunki niekorzystne, hamuje otoczkowanie. Wreszcie stwierdziłem bardzo słabe otoczkowanie na ziemniaku, które jednak jest znacznie mniej wydatne, niż na agarze i tylko u niewielu szczepów się spotyka (na 24 szczepów otoczkujących na agarze 10 dało otoczki na ziemniaku).

Z tych faktów, które są po części potwierdzeniem, po części rozszerzeniem dawniejszych spostrzeżeń, można wysnuć bardzo ważne wnioski co do istoty otoczkowania. Przedewszystkiem jest rzeczą jasną, że nie może być mowy o celowym odczynie ochronnym na podłożu korzystnem dla wzrostu danych bakteryi, chyba, żeby kto się chciał

uciec do nieprawdopodobnego przypuszczenia, że nawet bez potrzeby takiej ochrony laseczki niejako zapobiegawczo tworzą otoczkę. Najprawdopodobniejszem tłómaczeniem będzie chyba, że mamy tu przed sobą wyraz morfochemiczny pewnej określonej przemiany materyi (zupełnie podobnie jak zarodnikowanie), zwłaszcza, jeśli się uwzględni szereg wyżej przytoczonych doświadczeń, które zgodnie stwierdzały wybitny wpływ sposobu odżywiania na otoczkowanie. O ile się przyjmie to zapatrywanie i przypuści, że białko surowicze jest tym czynnikiem, który w ustroju i w hodowlach surowiczych wywołuje otoczkowanie, to wobec faktu otoczkowania na agarze i ziemniaku należy przyjąć, że czasem i zmienione białko zwierzęce (peptony i albumozy z włóknika), a nawet białko roślinne w pewnej mierze może służyć za podnietę lub materyał do otoczkowania. Możnaby wtedy przypuścić, że przystosowane do swego trybu życia pasorzytnego i poza ustrojem w miarę możności zachowuje ten określony typ wymiany materyi, którego wynikiem jest otoczkowanie. Trzeba się następnie zapytać, jaką rolę odgrywają w sprawie zakażenia materyałem hodowlanym te laseczki, które wytworzyły otoczki na sztucznych podłożach. Jak wiadomo, przy takiem zakażeniu znaczna część zaszczepionych laseczek ginie, a tylko pewien ich ułamek otoczkuje i rozmnaża się. Jest tedy możliwem, a nawet prawdopodobnem, że utrzymują się w ustroju właśnie te, które już uzbrojone w otoczki doń się dostają. Nie należy jednak i o tem zapominać, że także i szczepy, nie tworzące otoczek na sztucznych podłożach, mogą być jadowite, przynajmniej w pewnej mierze i że wśród korzystnych warunków otoczkują zarówno w hodowlach surowiczych, jak w ustroju zakażonym.

Za poglądem powyżej wyłuszczonym, według którego otoczkowanie nie jest odczynem ochronnym ze strony bakteryi, lecz poprostu odpowiedzią na pewną podnietę odżywczą, przemawiają jeszcze inne fakty, dające się spostrzegać na materyale zwierzęcym. U myszy, morskich świnek i królików, zakażonych w najróżniejszy sposób, można często obok typowych laseczek otoczkowych widzieć i inne nagie w mniejszej lub większej ilości. Zależnie od warunków można tu rozróżnić dwie sprawy; albo spostrzega się także nagie laseczki tam, gdzie bakterye noszą na sobie ślady działań bakteryobójczych, a zatem łącznie z innymi objawami zwyrodnienia, albo też wśród takich warunków, gdzie widocznie nastąpiło obfite rozmnażanie się laseczek (obszerniej o tem będzie mowa w II. części). W pierwszym przypadku mamy przed sobą analogię do omówionych wyżej spostrzeżeń, które dowodzą, że wszelkie działania bakteryobójcze lub wogóle szkodliwe dla bakteryi hamują otoczkowanie. Drugą ewentualność spotykałem przedewszystkiem w miejscu zakażenia (zwłaszcza przy zakażeniu zapomocą wielkiej ilości bakteryi), a zatem tam, gdzie bakterye najdłużej się mogły rozwijać, lub też w tych narządach wewnętrznych, które w ustroju są miejscem najbujniejszego rozwoju bakteryi, a zatem w płucach, śledzionie i wątrobie. Tutaj można przypuścić, że przy bujnem mnożeniu się bakteryi w pewnym ograniczonym okręgu tkankowym, ciało potrzebne do otoczkowania zostaje przez nie zużyte, względnie jego odnowa nie może nadążyć zużywaniu go przez bakterye. Z tem zgadzałoby się też spostrzeżenie, że we krwi tych samych zwierząt otoczki przeważnie są dobrze rozwinięte, ponieważ tutaj bakterye, jak wiadomo, najpóźniej się usadawiają i nie mogą tak szybko zużyć mnogości otaczającego je materyału. Takie zużywanie materyału, potrzebnego do otoczkowania, przyjmuje także Stiennon i tłómaczy niem występowanie nagich laseczek w starszych hodowlach surowiczych i w ustroju zakażonym.

Wreszcie wypada mi przejść do innych poszukiwań, w których starałem się poznać właściwości otoczek już wytworzonych, a mogące bliżej objaśnić ich skład. Wspomniałem już wyżej, że przy utrwalaniu w płomieniu otoczka się kurczy; można to zjawisko poznać dokładniej, ogrzewając rozwinięte już hodowle surowicze lub w płynie puchlinowym do różnej ciepłoty. Po półgodzinnem ogrzaniu do 60° C laseczki same gorzej się barwią, natomiast otoczki nie doznają szkody; po półgodzinnem ogrzaniu do 65 C° większa część otoczek jest pokurczona, przy 70° (30′) pokurczenie to staje się bardzo wyraźnem, po ogrzaniu do 75° C przez 20′ hodowla (w płynie puchlinowym) lekko skrzepła, otoczki po części były utrzymane, po części nieco pokurczone. Przy krzepnięciu hodowli uszkodzenie otoczek zwykle bywa mniejsze, niż przy ciepłotach, wyprzedzających krzepnięcie; zdaje się, że laseczki, objęte skrzepem, działaniu ciepłoty albo mniej są dostępne, albo mniej na nie wrażliwe. Przy takiej wysokiej ciepłocie da się spostrzegać jeszcze jedna zmiana w otoczkach; mianowicie zapomocą błękitu Mansona nie barwią się one różowo, lecz pomarańczowo, a zatem przedstawiają jakoby podwójną metachromazyę.

Jeżeli na utrwalony preparat z hodowli surowiczej zadziałać przez 5′ kw. solnym $^1/_5$ N., to otoczki nie doznają żadnych zmian, natomiast ług sodowy 1N., działając przez ten sam czas, rozpuszcza je częściowo. To samo spostrzega się przy działaniu 30% ługu na dobrze rozwiniętą hodowlę w płynie puchlinowym z pięknemi otoczkami. Po zadziałaniu przez kwadrans większość otoczek źle się barwi i okazuje niewyraźne kontury, po półtorej godziny otoczki są prawie zupełnie rozpuszczone, a po $7^1/_2$ godzinach przy ciepłocie pokojowej z nici pozostały tylko ledwie zabarwione cienie. O ile ług działa na otoczki przy wyższej ciepłocie, to działanie jego jest szybsze i silniejsze; przy 1-godzinnem ogrzaniu do 60° C otoczki w 0·25% NaOH były dobrze zachowane, w 0·5% zachowane, lecz pokurczone, w 1% i w 2% otoczki rozpuszczone, a laseczki pokurczone, a wreszcie w 4% NaOH i otoczki i laseczki rozpuszczone. O własnościach takich rozczynów otoczkowych, które według Preisza znoszą działanie bakteryobójcze surowicy króliczej i końskiej, będzie jeszcze mowa w dalszych częściach tej pracy.

Wreszcie chciałbym jeszcze dodać kilka uwag co do wzajemnego stosunku otoczkowania i zarodnikowania. Jak wiadomo, w ustroju zakażonym laseczki wąglikowe nie tworzą zarodników, a tworzą otoczki, natomiast według zdania, rozpowszechnionego po podręcznikach, na sztucznych podłożach zarodnikują, a nie tworzą otoczek. Otóż możnaby przypuszczać, że istnieje stosunek wyłączności między oboma kierunkami rozwojowymi laseczki. Już w swoich badaniach nad otoczkami Heim uwzględnił tę możliwość, zaprzecza jednak istnieniu takiego stosunku, ponieważ spostrzegał zarodnikowanie u laseczek otoczkowych poza ustrojem w narządach zwierząt padłych. W tej sprawie chciałbym od sie-

bie zauważyć, że brak zarodnikowania w ustroju zakażonym da się sprowadzić do dwu czynników: po pierwsze do życia beztlenowego, powtóre zaś do działania hamującego soków ustroju na zarodnikowanie. To działanie hamujące da się wyraźnie stwierdzić w hodowlach surowiczych; także i na agarze surowiczym zarodnikowanie jest opóźnione i upośledzone. Ale i w takich hodowlach można widzieć często laseczki zarodnikonośne w otoczkach, a na zwykłym agarze, gdzie oba wyżej wymienione wpływy hamujące odpadają, spotyka się znaczną ich ilość. Istnieją zatem warunki, w których oba kierunki rozwojowe występują zespolone, co najwyżej tylko uwidoczniając się jeden po drugim. Przeciwnie znowu na agarze cukrowym lub glicerynowym zarówno zarodnikowanie, jak otoczkowanie mimo bujnego wzrostu jest upośledzone. Wobec tych faktów sądzę zgodnie z Heimem, że niema sprzeczności między oboma kierunkami rozwojowymi, że oba zależą od pewnych właściwych warunków odżywiania, które co prawda nie są identyczne, ale też bynajmniej się nie wyłączają.

Piśmiennictwo. 1) Ascoli A.: Cbl. f. Bakt. I Abt. Or XLVI. Str. 178—188. — 2) Bail O.: Wien. klin. Woch. 1906. Nr 43. — 3) Binaghi R.: Cbl. f. Bakt. II Abt. IV. S. 897—898. — 4) Boni J.: Cbl. f. Bakt. I Abt. XXVIII. S. 705. — 5) Buerger L.: Ibid. XXXIX. S. 216—224, 335—352. — 6) Delezenne C.-Mouton H.-Pożerski E.: C. R. Ac. des Sc. CLXI. P. 177. — 7) Ciż sami: C. R. Soc. de Biol. LX. P. 68—70, 309—312. — 8) Deutsch-Feistmantel: Impfstoffe und Sera 1904. — 9) Eisenberg F.: Nowiny lek. 1907. — 10) Epstein przytoczony przez Hamma. — 11) Fischer A.: Vorlesungen über Bakterien. II Aufl. 1903. S. 12—14. — 12) Gruber-Futaki: Münch. med. Woch. 1907. Nr 6. — 13) Haase: Baumg. Jahresb. X. S. 133. — 14) Hamm A.: Cbl. f. Bakt. I Abt. Or. XLIII. S. 287—303. — 15) Heim L.: Münch. med. Woch. 1904. Nr 10. — 16) Tenże: Arch. f. Hyg. XL. S. 53—62. — 17) Hinterberger A.: Cbl. f. Bakt. I. Abt. Or. XXX. S. 417. — 18) Hiss Ph. H.: przytoczony przez Hamma. — 19) Johne: Baumg. Jahresb. X. S. 132. — 20) Kern F.: Cbl. f. Bakt. I. Abt. XX. — 21) Klett: Baumg. Jahresb. X. S. 128. — 22) Löhlein: Cbl. f. Bakt. I Abt. Ref. XXXVIII. Beiheft. — 23) Metchnikoff E.: Virch. Arch. 1884. — 24) Migula: System der Bakterien I. S. 57—59. — 25) Pianese: Baumg. Jahresb. VIII. S. 114—115. — 26) Podwysocki i Taranuchin: Ibid. XIV. S. 159. — 27) Preisz H.: Cbl. f. Bakt. I. Abt. Or. XLIV. S. 209—210. — 28) Savtchenko: Ann. de l'Inst. Past. XI. 1897. P. 868. — 29) Serafini A.: Baumg. Jahresb. IV. S. 102. — 30) Stiennon A.: C. R. Soc. de Biol. LXII. p. 604—605, 646—640, 821—823.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Stahr. **Znaczenie badania kału dla lekarza praktycznego.** (*Therap. Runds.* 1908, Nr 9). Dzięki zastosowaniu dyet próbnych doszło rozpoznawanie zaburzeń wydzielania soków trawiennych do znacznej doskonałości. Próba mięsna dozwala ściśle oddzielić zaburzenia żołądkowe od trzustkowych; również stosunkowo łatwo odróżnić można brak żółci i niedomogę wydzielania trzustkowego. Pojawianie się resztek skrobi wskazuje na zaburzenie wydzielania w jelicie cienkiem. Do bezpośredniego wykrycia zaburzeń trzustkowych służy glutoidowa próba Sahliego, zapomocą której można zboczenia wydzielania trzustki wyłączyć, oraz próba Schmidta, gdyż powtarzanie się dodatniego jej wyniku dowodzi niedomogi trzustki. Próba ta polega na spostrzeżeniu, że przy zupełnym braku wydzielania trzustkowego brakło też zawsze strawienia jąder komórkowych. Wykonywa się ją w ten sposób, że choremu daje się połknąć kawałek mięsa w woreczku z gazy, poczem bada się w stolcu restzki tego kawałka co do jąder. Jeżeli jądra najmniej w 6 godzin po połknięciu woreczka nie uległy jeszcze strawieniu, to można wnosić, że niedomoga trzustki jest zupełna.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń)

Wiczkowski, Selzer, Wilenko. **Próba zastosowania odczynów biochemicznych dla celów klinicznych.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 23). Badania autorów miały na celu poszukiwanie, czy nauka o precypitynach, która dotąd znalazła praktyczne zastosowanie tylko w medycynie sądowej, w odczynie Uhlenhuta-Wassermanna do badania plam krwawych, nie da się zastosować także w medycynie wewnętrznej jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy chorobach żołądka. Wynik badań tych jest ujemny. Ustrój posiada w całym przewodzie pokarmowym środki, które nie dopuszczają wnikania białka obcego gatunku do krwi. Srodkami ochronnymi w ustroju, jak tego dowodzą badania autorów, przeprowadzone na chorych z cierpieniami żołądka, nie są wyłącznie kwas solny i pepsyna. Przy lawatywach odżywczych ulegają w drobinie białka te grupy, które stanowią jego właściwość gatunkową (Arteigenheit), zniszczeniu.

Dr M. Blassberg.

Obermayer i Popper. **O wykrywaniu barwików żółciowych i klinicznem tegoż znaczeniu.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 25). Autorowie podają nową, nader czułą, a bardzo prostą próbę barwików żółciowych, zapomocą której można z łatwością w prawidłowym moczu ludzkim wykryć niezawodnie drobne ilości barwików żółciowych. Do probówki, zawierającej około 5 ctm.³ moczu, wpuszcza się zapomocą pipetki powoli na dno odczynnik autorów tak, ażeby powstało wyraźne warstwowe ułożenie się płynów. Skład odczynnika jest następujący: 625 ctm.³ wody, 125 ctm.³ wyskoku (95 prc.), 75 grm. chlorku sodowego, 12 grm. jodku potasowego i 3·5 ctm.³ nalewki jodowej 10%. Na granicy płynów powstaje w krótkim czasie pierścień, który zależnie od ilości bilirubiny przybiera barwę rozmaitą. Przy znacznych ilościach jest ciemno-zielononiebieski, przy mniejszych ilościach jest szmaragdowo-zielony, a przy śladach niebieski. Obecność innych barwików w moczu nie przeszkadza odczynowi. W całym szeregu chorób jest wydzielanie barwików żółciowych wzmożone, mimo, że nie występuje żółtaczkowe zabarwienie skóry. I tak z chorób bezgorączkowych nie wiedziano dotąd o żółciomoczu, istniejącym przy wadach sercowych i przy zmianach mięśnia sercowego, połączonych z objawami zastoinowymi, jakoteż przy zanikowej marskości wątroby. Z chorób gorączkowych przebiegają z żółciomoczem: zapalenie włóknikowe płuc, ostry gościec stawowy, oraz grupa wysięków opłucnych, prawdopodobnie spokrewnionych ze sobą etyologicznie. U chorych na gruźlicę, wysoko gorączkujących, brak przeważnie w moczu barwików żółciowych.

Dr M. Blassberg.

Laignel-Lavastine. **Zmiany w splocie trzewnym u dotkniętych gruźlicą.** (*Revue de med.* 1908, Nr 6). Przy pierwotnej ostrej gruźlicy, działającej na sposób ostrej choroby zakaźnej płucnej, splot trzewny nie ulega zmianom. Przy ostrej i przewlekłej gruźlicy w postaciach płucnych również najczęściej bywa splot trzewny niezajęty. Przy towarzyszącym gruźlicy zbiorze objawów Addisona lub tylko przy mnogich czarnych plamach na skórze (*melanodermia*) prawie zawsze (t. j. w 6 przypadkach autora na 7) splot trzewny był chorobowo zmieniony. Przy gruźlicy otrzewnej przenosi się sprawa chorobowa w miarę swojego natężenia także miejscowo na splot trzewny. Przy sprawach toksycznych ostrych w układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym, przejawiających się zapaleniem wielu nerwów, ostrem pomieszaniem umysłu lub szałem, znajdujemy u gruźliczych w układzie współczulnym takie same zmiany, jak w układzie mózgowo-rdzeniowym. Jak zatem każdy inny narząd, tak też splot trzewny okazuje u gruźliczych odczyny, wywołane bądź ostrem zakażeniem, bądź przewlekłem charłactwem, samozatruciem, wynikłem z niedomogi czynnościowej narządów, lub w końcu bezpośredniem miejscowem zadziałaniem sprawy gruźliczej. Stosownie do tego znajdujemy w splocie trzewnym w różnych przypadkach: zmiany swoiste, t. j. gruzełki; ostre zapalenie, zanik barwikowy, ostre toksyczne zmiany komórek, albo też miejscowy odczyn zapalny ze zrostami z narządami sąsiednimi, z zapaleniem zrazu podostrem, potem przewlekłem i przechodzącem w stwardnienie. *Dr M. Blassberg.*

Pedyatrya.

Wieland (Bazylea). **O t. zw. wrodzonej i o wcześnie nabytej krzywicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1908, VI.). Praca W. opiera się na prowadzeniu dokładnych spostrzeżeń u 976 noworodków kliniki położniczej bazylejskiej. Z tych 182 = 18·6% okazywało braki wrodzone w czaszce, lub częściach miękkich. U 130 można było następnie śledzić dalsze losy tych zmian. Zmiany te niektórzy autorowie uważają za krzywicę. W. dochodzi do wniosku wprost przeciwnego, że zmiany te nie mają z krzywicą nic wspólnego, są objawem tylko pewnego opaźniania się rozwoju,

że nie mają żadnego znaczenia klinicznego, gdyż ustępują samorodnie bez pozostawienia żadnych śladów.

Miękkość wrodzona czaszki ma znamienną siedzibę, mianowicie na kościach ciemieniowych w okolicy szwu strzałkowego lub na tychże kościach w miejscu czaszki najbardziej wypukłem tam, gdzie znajduje się wir włosów (t. z. zmięknienie czubowe »Koppenerweichung«). Rzadziej są zajęte inne kości, łuska potylicy nigdy nie bywa zajęta. Jeżeli nie nastąpią zaburzenia w odżywianiu dziecka, sprawa ustępuje z końcem 2-go lub w ciągu 3-go miesiąca życia. Przeważnie (60: 130) nie rozwijają się następnie żadne objawy krzywicy, albo też krzywica rozwija się późno, w dłuższy czas po skonsolidowaniu się czaszki. Jeżeli krzywica rozwinie się wcześniej między 3. a 5. miesiącem (70 przypadków na 130), to przeważnie można także jeszcze stwierdzić pewien okres, upływający między ustąpieniem zmian wrodzonych, a pojawieniem się krzywiczych. W innych razach pierwsze trwają jeszcze, kiedy zmiany krzywicze się rozwijają. Oba jednak rodzaje zmięknienia można odróżnić od siebie. Krzywicze zmiany sadowią się bowiem niżej w okolicy szwu węgłowego lub na potylicy i sprawiają nieco inne wrażenie przy dotykaniu: kauczukowe zmięknienie bez ścisłych granic (t. zw. zmięknienie nadpotyliczne). Wyjątkowo (18: 130), gdy krzywica pojawia się bardzo wcześnie, stwierdzić można rozszerzanie się zmian czubowych obok pojawiania się nadpotylicznych. Oba rodzaje zmięknień zlewają się czasem ze sobą na rozległej przestrzeni (czaszka kauczukowa). Na podstawie podobnych spostrzeżeń doszedł Spietschka do niesłusznego wniosku, że zmiany wrodzone mogą przejść w typową i rozległą krzywicę czaszki. Tymczasem mamy tutaj tylko kombinacyę dwóch spraw. O tem świadczą najlepiej te przypadki, w których już po ustąpieniu zmian wrodzonych następuje wtórorzędne zmięknienie czubowe na podstawie krzywicy. Świeżo skonsolidowane części stanowią bowiem niejako *locus minoris resistentiae* i tutaj, podobnie jak w fizyologicznie cienkich częściach nadpotylicznych, rozwija się przedewszystkiem zmięknienie krzywicze (*craniotabes*). O tem, że w tych przypadkach nie należy całości zmięknienia odnosić do krzywicy, świadczy dalszy przebieg, mianowicie szybkie ustępowanie zmian przy stosowanem leczeniu (fosfor) i niestosunek między rozległością zmian na czaszce, a innymi objawami i następstwami krzywicy. *Lewkowicz.*

Lagrande. **Skrzywienie boczne kręgosłupa u uczniów.** (*Arch. de méd. des enf.* 1908, VII.). Autor przypisuje wielkie znaczenie w powstawaniu tego cierpienia u dzieci usposobionych znużeniu mięśni grzbietowych okolicy lędźwiowej przy zbyt długiem staniu, a jeszcze więcej siedzeniu bez ruchu i bez podparcia. Dziecko radzi sobie wtedy przy staniu, opierając się na jednej nodze, a drugą przyginając: »attitude hanchée«. Podobnie przy siedzeniu opiera się dziecko na jednym pośladku, przyczem kręgosłup się wygina. Postawa ta wchodzi następnie w zwyczaj. Co do leczenia, to początkowo wystarcza unikanie znużenia mięśni grzbietowych: siedzenie niezbyt długie, siedzenie z oparciem dla grzbietu. Później potrzebne są ćwiczenia gimnastyczne, mające na celu reedukacyę dobrego trzymania się, a odbywające się bez wywołania wszelkiego znużenia. *Lewkowicz.*

Pirquet. **Zachowanie się skórnego odczynu tuberkulinowego podczas odry.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 30). Odczyn ten nie występuje u dzieci gruźliczych mniej więcej przez tydzień. Podobnie ujemnie wpływa jeszcze na zdolność do odczynu prawdopodobnie szczepienie. Przeciwnie różyczka, płonica, błonica, zapalenie nagminne opon i dur brzuszny nie zmieniają tej zdolności. Utrata zdolności oddziaływania na jady gruźlicze tłómaczy nam zjawisko, że odra daje tak często pobudkę do rozszerzania się spraw gruźliczych. — Rozpoznawczo przemawia wynik dodatni próby Pirquetowskiej przeciwko odrowej przyrodzie danej wysypki. *Lewkowicz.*

Langstein. **Białkomocz u starszych dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1908). Szczególniejszą uwagę zwraca praca L. przez podanie jednego przypadku *albuminuria orthotica* u $1\frac{1}{2}$ l. dziecka, które umarło na guz móżdżku. Badanie histologiczne nerek dało wynik ujemny, tak że możemy prawie napewno przypuścić, że ten rodzaj białkomoczu może przechodzić bez najmniejszych zmian w nerkach. Co do podziału klinicznego, to L. dzieli swoje przypadki na 3 grupy: 1) Typ »angiospastyczny«: Dzieci, które się bardzo łatwo męczą, mają zawroty głowy; wiele z nich pochodziło z rodzin obciążonych gruźlicą. Chociaż te dzieci wyglądały blado, to przecież ilość Hb. była u nich prawidłowa lub tylko cośkolwiek zmniejszona. 2) Typ drażliwy (erotyczny): Dzieci wyglądające dobrze, cierpiące jednak na uderzenia do głowy. 3) Dzieci zupełnie zdrowe, u których tylko wykryto białko w moczu. Co się tyczy powstawania *alb. orth.*, to L. kładzie główny nacisk na podrażnienie nerwów naczynioruchowych. Ilość białka wydzielanego dziennie w tej postaci białkomoczu waha się pomiędzy 1—2‰, wśród dnia niekiedy można stwierdzić 5‰. Co do rodzaju białek, to w niektórych przypadkach wydziela się więcej globuliny, aniżeli albuminy, nieraz jednak wprost przeciwnie. Białkomocz ten zdarza się częściej u dziewcząt, aniżeli u chłopców. W rozpoznaniu i rokowaniu radzi L. postępować ostrożnie. Jeżeli w istocie chodzi o *alb. orthot.*, to rokowanie jest dobre; osobnego leczenia choroba ta nie wymaga. *Dr Kostecki.*

Sior. **O zastosowaniu euchininy przeciw krztuścowi.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1908). Według S. oddaje euchinina w krztuścu znakomite usługi. Co do dawki, to S. podaje 2 razy dnia rano i wieczór tyle decygramów, ile dziecko ma lat; dzieci poniżej roku dostają 2 razy dziennie tyle centygramów, ile mają miesięcy. Euchinina ma tę wyższość nad chininą, że chociaż nie jest zupełnie bez smaku, to jednak gorzki posmak tego przetworu można usunąć przez zmieszanie go z cukrem, z wodą lub mlekiem. Przy podawaniu euchininy zalecaną bywa pewna ostrożność, gdyż euchinina nie jest wolną od ubocznych działań chininy, występuje bowiem szum w uszach, chwianie się na nogach i przytępienie słuchu. Przypadki jednak takie są tak rzadkie i przemijają tak szczęśliwie, że nie powinny odstraszyć od podawania w krztuścu tak dzielnego środka, jak euchinina. *Dr Kostecki.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 6. lipca 1908 r.

(Dokończenie.)

3) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. St. Bądzyńskiego i W. Humnickiego p. t.: **Badania ilościowe nad zachowaniem się w ustroju salolu, oraz glicerydu dwustearylosalicylowego.**

Przy pomocy umyślnie do tego celu zastosowanej i wypróbowanej metody oznaczania ilościowego kwasu salicylowego, względnie kwasu salicylowego i fenolu w moczu i w kale, autorowie porównywali zachowanie się salolu w ustroju z zachowaniem się kwasu salicylowego, śledząc przebieg wydzielania kwasu salicylowego, względnie produktów rozkładu salolu. Wydzielanie kwasu salicylowego po zażyciu salolu jest znacznie powolniejsze, niż po zażyciu kwasu salicylowego w postaci salicylanu sodowego. Tłómaczy się to tem, iż salol dopiero w kiszkach ulega wessaniu i to po uprzednim rozkładzie, i że wsysanie to odbywa się stopniowo i na pewnej dosyć znacznej powierzchni kiszek, po części zaś także okolicznością, iż kwas salicylowy przenika wszystkie tkanki i wszystkie soki ustroju i krąży w nich długo, zanim zostanie wydzielony. Przyczyną, iż można wprowadzić do ustroju bez szkody dlań fenol w postaci salolu w dawkach takich, które przy podaży tego związku w stanie wolnym byłyby dlań zabójcze, jest tak powyższe zachowanie się salolu, jakoteż w szczególności okoliczność, iż układ krwionośny pozbywa się fenolu nadzwyczaj szybko, w czem fenol różni się znacznie w zachowaniu od kwasu salicylowego.

Autorowie badali oprócz tego zachowanie się w ustroju glicerydu dwustearylosalicylowego, związku, który dotychczas nie był znany, i który w tym celu otrzymali przez działanie stearynianu srebrowego na salicylan dwuchlorhydryny. Pytanie, jak zachowa się ten związek w ustroju, nasunęły mianowicie wyniki badań Bądzyńskiego (1897) nad zachowaniem się w ustroju estrów kwasu salicylowego z alkoholami jedno, dwu i trójatomowymi o jednym, dwóch i trzech wodnikach salicylowych. W przeciwieństwie do trójsalicyny, która nie ulegała prawie wcale wessaniu w przewodzie pokarmowym i do salicylatu etylinu, który także w znacznej części przechodził przez kiszki w stanie niezmienionym, wymieniony mieszany gliceryd, który topił się w temp. 46—49° C. i który tak we własnościach fizycznych, jak w zachowaniu się chemicznem okazywał zupełne podobieństwo do tłuszczu, po podaniu w ilości 5·5 gr., ulegał w kiszkach całkowicie wessaniu. Wydzielanie kwasu salicylowego po zażyciu tego związku było znacznie powolniejsze, niż po zażyciu salicy-

lanu sodowego. Wszakże całą ilość kwasu salicylowego, zażytą w postaci tego związku, można było odnaleść w moczu.

4) Czł. Fr. Kamieński przedstawia pracę własną p. t.: **Nowe ułatwienie w badaniach mikroskopowych i mikrofotografii stereoskopowej (stolik wahający się).**

Wychodząc z założenia, że sposób obserwacyi mikroskopowej znacznie różni się od sposobu obserwacyi makroskopowej danego przedmiotu, autor proponuje pewne ułatwienie badań mikroskopowych przez zastosowanie niektórych sposobów obserwacyi makroskopowej. Gdy pod mikroskopem badamy nieruchomy przedmiot zapomocą tylko jednego oka i widzimy tylko jedno, względnie szereg równoległych optycznych przecięć preparatu (przy użyciu mikrometycznej śruby), to przy zwykłej obserwacyi zapomocą pary oczu, które możemy odpowiednio akomodować, mamy możność widzenia i bocznych powierzchni przedmiotu, otrzymując tym sposobem wrażenie wypukłości. Aby upodobnić mikroskopowe badanie do zwykłej obserwacyi makroskopowej i mieć możność oglądania pod mikroskopem przedmiotu i z boków, autor proponuje urządzenie ruchomego, wahającego się stolika mikroskopu z osią wahania, przechodzącą przez środek pola widzenia i przecinającą się prostopadle z osią optyczną rury mikroskopu. Podobne urządzenie było znane i dawniej i używane, zresztą bardzo rzadko, wyłącznie dla mikrofotografii przy użyciu słabych powiększeń, do obserwacyi zaś przy silnych powiększeniach z powodu złego urządzenia stoliki wahające nie nadawały się.

Autor proponuje urządzenie wahającego się okrągłego stolika w samym statywie mikroskopu, co przy dokładności urządzenia usuwa wszelkie poprawki. Oś stolika powinna przechodzić na 1 mm. ponad powierzchnią stolika w tym celu, aby preparat obserwowany i umieszczony na szkiełku przedmiotowem stałej grubości, równej 1 mm., znajdował się na osi wahania się stolika. Samo zaś wahanie, nie przechodzące, według obliczenia, po 9° w obie strony, odbywać się powinno zapomocą bocznej mikrometrycznej śruby. Przy takiem urządzeniu statywu z wahającym się stolikiem otrzymuje się możność zbadania bryłowatości przedmiotu pod mikroskopem, wzajemnego ułożenia składowych części i wogóle takich szczegółów, których zbadanie pod zwykłym mikroskopem byłoby prawie niemożliwe. Użycie najsilniejszych nawet powiększeń imersyjnych daje dobre wyniki. Użycie wahającego się stolika do mikrofotografii daje możność otrzymania prawdziwych stereoskopowych obrazów, nawet przy silnych powiększeniach. Robiąc dwa zdjęcia mikrofotograficzne z tego samego preparatu, przy dwóch nachyleniach stolika raz w jedną, drugi raz w drugą stronę, i naklejając oba te zdjęcia w zwykły sposób na kartonie, otrzymuje się, patrząc przez stereoskop, zupełne wrażenie wypukłości badanego przedmiotu.

5) Czł. Marchlewski przedstawia rozprawę p. A. Korczyńskiego p. t.: **O solach anormalnych.**

Liczbę dotychczas poznanych soli anormalnych amoniaku powiększa praca niniejsza o kilkanaście soli tego typu, wytworzonych przez fenole i pierścienne kwasy karbonowe. Autor opiera się przy wytłómaczeniu ich budowy na teoryi wartościowości pobocznych Wernera, wskazując jednak, że na czynność tych wartościowości pobocznych wodoru kwasowego wywiera wpływ obecność pewnych atomów i grup w cząsteczce, jakoteż rodzaj miejsca, które one zajmują, nie zaś n. p. siła kwasu. Obsadzenie obu pozycyi orto u fenolu grupą nitrową ma większy wpływ na wspomnianą czynność wartościowości pobocznych, niż obsadzenie obu pozycyi meta, lub pozycyi meta-para. Trójnitrobenzol, trójnitrololuol i kwas trójnitrobenzoctowy, tworzące z zasadami barwne związki o niezbadanej dotychczas budowie chemicznej, dają i z gazowym suchym amoniakiem ciała o określonym składzie, nie dające się jednak zaliczyć do szeregu soli anormalnych.

6) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i T. Koźniewskiego p. t.: **O jodowych pochodnych strychniny i brucyny.**

Przez działanie jodem na alkoholowe rozczyny wodnych alkaloidów strychninowych w ciepł. 60° otrzymano: dwujodostrychninę i dwujodobrucynę. Są to ciała krystaliczne, odporne na czynniki chemiczne i termiczne. Dopiero pod działaniem *NaOH alcoholicum* odszczepiają całkowicie jod, regenerując wolne alkaloidy. Wychodząc z owych dwujodowych pochodnych, autorowie otrzymali produkty bogatsze w jod, trójjodostrychninę i trójjodobrucynę w postaci kryształów rubinowo-fioletowego koloru o rozdz. p. topl. 253°—254°.

7) Sekretarz zawiadamia, że posiedzenie **Komisyi antropologicznej** odbyło się w dniu 30. czerwca 1908. Dr Demetrykiewicz złożył sprawozdanie o odkryciu siedziby człowieka epoki paleolitycznej podczas robót fortyfikacyjnych w końcu kwietnia b. r. na północno-wschodnim stoku wzgórza św. Bronisławy na Zwierzyńcu pod Krakowem. Badania dokonane przez Dra Demetrykiewicza i geologa Dra W. Kuźniara wykazały, że w głębokości około 2 metrów znajdowała się tam, między dwoma pokładami gliny diluwialnej, warstwa kulturna złożona z popiołu, węgli kostnych i kości zwierząt diluwialnej fauny, zwłaszcza mamutów (*elefas primigenius i elefas antiquus*), także rodzaju konia i wołu, które były wszystkie sztucznie połupane i pocięte narzędziami krzemiennemi, oraz nadpalone. Oprócz tego w owej warstwie znaleziono wiele okrzesków i całych narzędzi krzemiennych. Prelegent ilustrował sprawozdanie oryginalnymi zabytkami i zaznaczył, że co się dało zdobyć dla zbiorów naukowych, jest tylko drobną cząstką tego, co faktycznie dochowało się w ziemi, ale niestety w przeważnej części zniszczone zostało przez robotników, zanim badacze naukowi otrzymali wiadomość o tem odkryciu. Sądząc z tych znalezionych narzędzi krzemiennych, oraz okazów fauny diluwialnej, która służyła za pożywienie myśliwcom odkrytej osady diluwialnej, trzeba ją odnieść do średniego okresu paleolitu, t. j. do okresu t. zw. solutreńskiego. — Na podstawie referatu Dra Demetrykiewicza przyjęto do druku w wydawnictwach Komisyi 3 prace archeologiczne. — PP. Kostanecki, Hoyer i Bochenek przedstawili pracę Dra Edwarda Lotha, asystenta instytutu anatomicznego w Bonn p. t. »Przyczynek do kraniologii polskiej«, którą w zasadzie uchwalono ogłosić w wydawnictwach Komisyi.

(Treść przedstawionych na posiedzeniu Wydziału 6 jeszcze prac przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie

zapalenia wyrostka robaczkowego

zestawił **Witold Nowicki.**

(Dokończenie).

Dr Kikinger zauważył na podstawie własnych spostrzeżeń szczególne usposobienie do zapalenia wyrostka u osobników, okazujących mniej lub więcej wybitne objawy skazy limfatycznej, (nieżyty, »grypy«, przewlekłe zapalenia dróg oddechowych, bujanie tkanek limfatycznych i łatwe uleganie zaburzeniom trawienia). U osobników tych bywa szczególna pobudliwość układu nerwu współczulnego. U osobników tych wskutek nadmiernej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, jak wpływy termiczne, lub w przewodzie pokarmowym (błędy dyetetyczne) dochodzi zwolna do przewlekłych zmian zapalnych. Jedynie dzięki wysokiej zdolności przystosowania się do niekorzystnych warunków (immunizacya), nie następują tu zmiany poważniejsze. Inaczej, jeżeli ustrój zostanie niejako zaskoczony. I tak w następstwie błędu dyetetycznego może przy nadmiernej pobudliwości nerwu współczulnego powstać stan porażny (zniesienie ruchu robaczkowego), zaburzenia w krążeniu, wogóle stan, który pozwala na wtargnięcie do tkanki drobnoustrojów i rozwinięcie się ostrych stanów zapalnych. Takim szczególnie na te wpływy narażonym narządem jest wyrostek robaczkowy. Klinicznie najlepszy jest podział na zapalenia łekkie, średnie i ciężkie. Co do leukocytozy, to w początku choroby jest ona ważnym czynnikiem rozpoznawczym, później mniej. Co do makowca, to K. podaje go w razie silnych bolów; makowiec lepszy jest od morfiny, która ma ujemny wpływ przy sprawach ropnych.

Dr Nowicki w odpowiedzi prof. Barączowi, który nie zgadza się na stosowanie teoryi zakaźnej w patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego, musi jeszcze podnieść, że czysta teorya mechaniczna w pojęciu jej twórcy, żadną miarą nie tłómaczy jasno powstawania zapalenia wyrostka. N. nie mówi już o *app. simplex*, przy której nie może być mowy o teoryi Dieulafoya, ale trudno przyjąć mechaniczne przyczyny jako to *primum*, które wywołuje zapalenie i w szeregu innych postaci zapalenia. Prelegent badał ropne zapalenia z ropniami w błonie podśluzowej i inne, gdzie nie było mowy o »cavité close«, resp. następstwach tego stanu. N. przytacza obrazy ciekawszych dla udowodnienia swego zdania przypadków. Czynniki mechaniczne, jak n. p. tak często spotykane kamienie, mogą już po wybuchu zapalenia wieść do zgorzeli, rozpadu itp., wogóle najcięższych postaci anatomicznych. Co jednak jest tym pierwszym czynnikiem, stanowiącym bramę, czy impuls do wtargnięcia drobnoustrojów

do tkanki wyrostka, czy wybroczyna, jak twierdzą niektórzy, trudno niestety wyjaśnić. Co do gwałtowności przebiegu niektórych przypadków zapalenia wyrostka, kończących się w krótkim czasie śmiercią, o których wspomina prof. Gluziński, to przypadki takie widział N. na stole sekcyjnym, raz jako posocznicę paciorkowcową. Do nich należą również i te, gdzie drogą żyły wrotnej w krótkim czasie powstają ropnie w wątrobie nawet przy bardzo nieznacznych zmianach w samym wyrostku lub jego okolicy.

Dr Czernecki przyznaje słuszność prym. Piskowi, że przy rozpatrywaniu etyologii zapalenia wyrostka powinniśmy szukać nie jednej przyczyny, lecz szeregu czynników, że powinniśmy szukać warunków, w jakich schorzenie to wystąpiło. Co do związku grypy z zapaleniem wyrostka, to zdania są podzielone. Franke, zwolennik tego związku, uważa niektóre przypadki *pseudoappendicitis* za następstwo grypy w przypuszczeniu, że są to objawy nerwobolu n. biodrowo-podbrzusznego *(ileo-hypogastricus)*, przyczem jednak szuka charakterystycznych późnych objawów grypy (obrzęk śledziony, zaczerwienienie łuków gardła, zapalenie spojówki itd.). C. zaznacza słuszność zdań prof. Ziembickiego, Gluzińskiego i Rydygiera, że nie można rozpoznać grożącego przebicia. A i sam akt przebicia nie występuje tak typowo, jak n. p. przy wrzodzie żołądka; fakt przebicia może przejść niepostrzeżenie, jak to podniósł prof. Gluziński. W odczycie już zwrócił C. uwagę na ważność objawów ze strony otrzewnej, objawów, które mogą świadczyć o przepuszczalności ulegającego może już zgorzeli wyrostka. Co do leukocytozy, to zawisła jest ona tak dobrze od zmian, ograniczonych tylko do samego wyrostka, jak i od zmian następowych na otrzewnej. Zmniejszenie się i nowe podnoszenie leukocytozy spostrzegał C. sam u chorych na zapalenie wyrostka. Przy otorbionym wysięku bywają różne wyjątki. Nizka liczba ciałek białych nie przemawia przeciw obecności ropy, a przy długotrwałych ropieniach jest ona nawet regułą, jak sam C. w klinice spostrzegał. Niewątpliwie istnieje pewna równoległość między zachowaniem się ilości ciałek białych we krwi, a rodzajem wysięku, ropnym, czy surowiczo-włóknikowym, nie jest ona jednak stałą. Według Curschmanna, jeżeli liczba ciałek białych w pierwszych dniach jest prawidłowa lub nieznacznie zwiększona, można przypuszczać, że wysięk jest mały, a przebieg będzie krótki; nawet i wyższej (22—25000) leukocytozy nie uważa Curschmann za konieczny dowód obecności ropy. Gdy jednak ilość ciałych białych kilka razy przekroczy 20 — 30000 w 1 mm³, wtedy obecność ropy ma być pewną. Zapatrywania te popiera prelegent przypadkami z kliniki lwowskiej. Po usunięciu ropy ilość ciałek białych spada; utrzymywanie się dawnej ilości świadczy o niedostatecznym odpływie ropy. Małe ilości ciałek białych nie wiele nam mówią. Wogóle zapatrywanie na wartość leukocytozy jest dość sceptyczne, a liczenie ciałek białych może oddać usługi raczej w późniejszych okresach zapalenia wyrostka, t. j. po pierwszych 48 godzinach, wyjaśniając, czy sprawa się szerzy, czy nie. W każdym razie ma ono pewną wartość przy uwzględnieniu innych objawów.

Dr Czyżewicz jun. wspomina o swych doświadczeniach w zakładzie Pasteura, gdzie chodziło o leczenie zapalnych spraw otrzewnej przy pomocy sztucznie wywołanej fagozytozy. Otóż w krótkim czasie po wstrzyknięciu prątka okrężnicy do jamy otrzewnej można było stwierdzić w płynie wydobytym fagocyty, zawierające nietylko tego prątka, lecz także gronkowca i inne. To samo znajdowano po wstrzyknięciu zupełnie jałowego bulionu. Świadczy to o przepuszczalności jelit, jeżeli otrzewna w jakikolwiek sposób została zadrażniona. Z tego wynika, że otwarcie jamy brzusznej nie jest tak niewinnym zabiegiem i stosować je można tylko tam, gdzie już niema innego środka rozpoznawczego. Przepuszczalność ta tłómaczyłaby nam do pewnego stopnia gwałtowny przebieg tych przypadków, w których wskutek owego przechodzenia drobnoustrojów na większej przestrzeni i szybko, niema czasu do wytworzenia się zrostów.

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Dokończenie).

25) Prof. Kryński. **Przypadek odprowadzenia krwawego z powodu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego u osoby dorosłej.** W przypadku zwichnięcia w stawie biodrowym, wrodzonego, ze skróceniem kończyny o 11 ctm. u 23-letniej panny, zastósował K. operacyę krwawą. — Cięcie Langenbecka; panewki prawie znać nie było; więzadła okrągłego (*ligam. teres*) nie było zupełnie, główka kości udowej trochę spłaszczona. — Z powodu bardzo znacznego napięcia mięśni udało się (kończynę) główkę ściągnąć zaledwie do brzegu górnego dawnej panewki; w nim wydłutowano nową panewkę. — Kończynę ustawiono odwiedzioną (w abdukcyi) i ustalono zapomocą gipsu; po 5 tygodniach gips zdjęto, rozpoczęto miesienie i doprowadzanie zwolna kończyny ku linii środkowej. — Obecnie (w rok po zabiegu) skrócenie wynosi 3 ctm.

26) Prof. Kader przedstawił 2 **przypadki stóp płaskich** wysokiego stopnia, leczonych przez usunięcie kości łódkowatej (*os naviculare*) i odświeżenie powierzchni stawowych i przedstawił na tych chorych (leczenie w toku) sposób założenia opatrunków gipsowych.

27) Dr Tomaszewski (Kraków). **Przyczynek do chirurgicznego leczenia złamań szyjki kości udowej.** Jak wiadomo, złamania szyjki kości udowej są właściwością wieku starszego, chociaż zdarzają się i u dzieci i u osób w sile wieku. Według Gurlta między rokiem 50. a 60. złamania te stanowią $^1/_{10}$, między 60—70. $^1/_6$, a po 70. $^1/_3$ wszystkich złamań, zdarzających się w tych latach. Złamania te bywają wewnątrztorebkowe, gdy uraz działa w kierunku podłużnym osi kości udowej i zewnątrztorebkowe, gdy uraz działa w kierunku osi szyjki.

Najniewdzięczniejsze dla chirurga jest leczenie złamań wewnątrztorebkowych, ponieważ złamania te rzadko kiedy kończą się zagojeniem przez restytucyę tkanki kostnej. Najczęściej złamania te goją się przez wytworzenie tkanki łącznej, niekiedy bardzo silnie spajającej odłamki kostne, lub też przez wytworzenie stawu rzekomego. Senn podaje liczbę złamań wewnątrztorebkowych, zagojonych przez restytucyę tkanki na 54, lecz Kocher przeważną część przytoczonych przypadków zalicza do złamań mieszanych lub niezupełnych. Przyczyn niezrastania się odłamków przy złamaniach szyjki kości udowej należy przedewszystkiem szukać w upośledzonem odżywianiu szyjki po rozerwaniu torebki stawowej, jak wiadomo bowiem, główka kości udowej otrzymuje krew od tętniczki idącej w więzadle okrągłem (*ligamentum teres*), a więzadło to przy złamaniach często podlega stanowi zapalnemu i uciśnięciu, szyjka zaś od naczyń idących w torebce stawowej.

Chirurdzy z podobnego rodzaju złamaniami postępują w rozmaity sposób: jedni, jak Kocher, radzą usuwać główkę, drudzy, jak König jun. przy świeżych złamaniach — łączyć odłamki szwem kostnym, a torebkę stawową zeszywać, inni wreszcie — łączyć odłamki kostne, jużto zapomocą wbijania gwoździ z kości słoniowej, jużto zapomocą śrub.

Prof. Kader w dwóch przypadkach, jednym tyczącym się 54 l. mężczyzny, drugim 51 l. kobiety, przedstawionej na Zjeździe, z dobrym skutkiem zastosował następujący sposób: Wzdłuż krętarza wielkiego poprowadził cięcie na 11—12 ctm., potem zapomocą dwóch gwoździ z kości słoniowej złączył odłamki, wbijając gwoździe przez krętarz i całą szyjkę w główkę — i wreszcie tworzył palisadę z tyłu i z góry nad krętarzem, wbijając sztyfty w kość biodrową tuż ponad panewką. Przedstawiona kobieta, która przybyła w rok po wypadku i u której rentgenogram wykazał wytworzenie się stawu rzekomego, operowana w ten sposób w roku 1905, chodzi obecnie bez pomocy kija i nie uczuwa zmęczenia, chociaż przed operacyą nie mogła zupełnie poruszać się bez kul.

28) Doc. Chlumsky. W leczeniu **gruźlicy stawów,** specyalnie stawu biodrowego, należy używać w celu ustalenia kończyny raczej aparatów Hessinga, niżeli opatrunków gipsowych; gips jest ciężki, w krótkim czasie po założeniu niezbyt dobrze dolega, wskutek czego konieczną się staje zmiana opatrunku; przez to narastają koszta, które wypadają o wiele wyżej, niżeli cena przyrządu (zwyczajnie wystarczającego na dłuższy czas), który przytem jest lekki i łatwy do zastósowania.

29) Ostrowski (Lwów). **O raku wargi.** Spostrzeżenia swoje opiera O. na 50 przypadkach, operowanych w klinice lwowskiej do r. 1905. Chorzy mieli średnio 55—60 lat. 6% dotyczy wargi górnej; stosunkowo częściej u kobiet trafia się rak wargi górnej. — Prawie zawsze zajęte są gruczoły chłonne podszczękowe tej samej strony twarzy; w 13% ślinianka podszczękowa; w 40% zajęte są gruczoły chłonne w linii środkowej podbródka; te gruczoły zdają się być etapem w przenoszeniu się raka do gruczołów szyjnych drugiej strony. — W dwóch przypadkach przerzuty, ominąwszy pierwsze stacye, pojawiły się w przełyku. — W klinice lwowskiej stosuje się zazwyczaj cięcie podłużne przez środek bródki, rozwidlające się na dwa poziome

wzdłuż szczęki dolnej, poczem od kąta szczęki odchylające się ku przodowi wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. — Z cięcia przez połowę bródki usuwa się dokładnie tkankę podskórną wargi dolnej i wiotką tkankę podśluzową, gruczoły podbródka w linii środkowej; dalej usuwa się gruczoły podszczękowe boczne, obie ślinianki podszczękowe, gruczoły chłonne wzdłuż mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego i gruczołki leżące przy wielkich naczyniach szyjnych. — Z 50 w ten sposób operowanych przypadków w 60% po trzech latach nie było nawrotu.

30) Prof. Kader. **W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.** K. zaznacza, że w Europie zachodniej sprawa ta coraz bardziej uważana jest za dotyczącą wyłącznie chirurgów. Wybitni interniści z uznaniem odzywają się o tem, że o ile dawniej oni leczenie prowadzili i o wezwaniu chirurga decydowali, o tyle teraz wogóle coraz rzadziej nawet do narady bywają wzywani. Statystyk internistów nie można uwzględniać w obliczeniu zejść niepomyślnych, ponieważ w ciężkich okresach choroby oddają oni chorych w ręce chirurga, uwalniając od przypadków niepomyślnych swoje zestawienia, a obciążając nimi statystyki chirurgów. Ilość nawrotów, podług ogromnych danych liczbowych ze szpitali wojskowych niemieckich, wynosi 4%. K. potępia na nowo zaproponowany przez Sonnenburga sposób »poronnego« leczenia sprawy dużemi dawkami oleju rącznikowego, nawet pod stałym nadzorem lekarza. Stosowanie tej metody już stało się przyczyną niejednego przedziurawienia wyrostka z jego skutkami. K. stoi na stanowisku, by operować każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego ile możności jak najwcześniej, najlepiej w ciągu pierwszych 24—48 godz., skoro tylko rozpoznanie jest ustalone. Po 48 godzinach operuje K. również zawsze, o ile nie ma przeciwwskazań; do nich zalicza: wybitną poprawę w stanie chorego i widoczne słabnięcie nasilenia sprawy z wyraźnem jej ograniczaniem się (twardy naciek) i z drugiej strony beznadziejny stan chorego po powstałem z przedziurawienia wyrostka rozlanem zapaleniu otrzewnej. Zwolennikiem »wczesnej operacyi«, przed 48 godz. jest K. z tego powodu, iż technicznie bywa ona przeważnie nietrudną, wyniki daje niemal takie, jak operacya »na zimno« i wreszcie, ponieważ odrazu przerywa się chorobę, w której, przy lekkich nawet objawach początkowych, nigdy niepodobna przewidzieć dalszego, nieraz fatalnego przebiegu. Operując w okresie późnym choroby, z powodu powstałego już ropnia okołowyrostkowego, (są to przypadki, przeważnie pochodzące od internistów) nieraz ogranicza się K. do nacięcia ropnia, bez szukania wyrostka za wszelką cenę; później zaleca zabieg doszczętny »na zimno« po paru miesiącach, spędzonych pod ciągłym nadzorem lekarza. Natomiast operując przy zapaleniu rozległem otrzewnej wskutek przedziurawienia wyrostka, K. zawsze wyszukuje i usuwa wyrostek, ponieważ treść jelitowa z wyrostka stanowi ciągle nowe i podsycane źródło zakażenia.

Od czasu objęcia kliniki krakowskiej operował K. 170 przypadków, z nich, z powodu braku szczegółów w 20 przypadkach do statystyki nadaje się tylko 150 (mężczyzn 71, kobiet 79, z nich u 14% powikłanie sprawami w przydatkach macicy). Na 78 przypadków operacyi »na zimno« stracił K. 1 chorego (z przyczyn ubocznych). Operacyi w ciągu pierwszych 48 godzin dokonał 11; z nich tylko wyrostek był zajęty w 8 — we wszystkich wyzdrowienie; ropień okołowyrostkowy już zdążył się wytworzyć w 1 — wyzdrowienie; 2 razy zastał K. już rozlane zapalenie otrzewnej z przedziurawienia wyrostka — z tych jeden przypadek uratował.

Po 48 godzinach operował K. z wycięciem wyrostka 17 przypadków z 4 zejściami śmiertelnemi. Tylko nacięcia ropnia, bez odjęcia wyrostka dokonano w 40 przypadkach z 5 zejściami śmiertelnemi z powodu wytwarzania się coraz dalszych ognisk ropnych w otrzewnej.

W dyskusyi zaznacza Prof. Rydygier, że nawet operując w późnych okresach choroby, nie ogranicza się nigdy do nacięcia ropnia, ale zawsze usuwa wyrostek. Złych skutków otwarcia wolnej otrzewnej przez rozdarcie sklein przy poszukiwaniu wyrostka nie spostrzegał przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności.

Dr Czarkowski w razach wieloogniskowego ropienia w otrzewnej usiłuje poprzez wolną otrzewną dotrzeć do każdego ropnia, którego obecność stwierdza na podstawie badania dotykiem z rany i przez powłoki (stwardnienie). — Dr Sołtysik podnosi, że zapalenie wyrostka robaczkowego rzadko zdarza się u ludności wiejskiej, co potwierdzają Prof. Kader i inni.

31) Dr Radliński (Kraków). **Pharyngotomia lateralis.** R. podnosi bardzo dobry dostęp tą drogą do guzów jamy nosowo-gardłowej, szerzących się ku podstawie czaszki, zarówno jak i ku dołowi ku wejściu do krtani. Żuchwę przymocowuje się, nie jak to podał Mikulicz, ponad przyczepem m. żwacza (*masseter*), lecz poza ostatnim zębem trzonowym, względnie w linii cięcia dodanego od kąta ust przez policzek do środka cięcia głównego, przebiegającego, jak w sposobie Langenbecka, wzdłuż przedniego brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego od wyrostka sutkowego do poziomu rogów kości gnykowej. Odpiłowaną gałąź żuchwy najlepiej odrazu usunąć, ponieważ dostęp daje to jeszcze lepszy, a zrost kostny jest w warunkach ropienia w ranie niezapewniony i zniekształtnienie nieznaczne. Dalej jako zalety sposobu podnosi R. możność zupełnie dokładnego wyłuszczenia wszystkich gruczołów chłonnych zarówno na wielkich naczyniach, jak i nad górnym biegunem migdałka i poza tylną ścianą gardła; dalej podwiązanie naczyń do guza od boku idących przed otworzeniem gardła, a więc możliwie najmniejsze krwawienie przy wycinaniu samego guza i wreszcie możność wykonania zabiegu w znieczuleniu lędźwiowem, co usuwa konieczność uprzedniej tracheotomii, ponieważ odruchy wykrztuśne są przytem zachowane. W ostatnim roku operowano w klinice krakowskiej w znieczuleniu lędźwiowem 2 przypadki, oba pomyślnie. Wogóle operowano przez ostatnie 9 lat 8 przypadków z 3 zejściami śmiertelnemi. Odżywianie po operacyi przez dren, wprowadzony przez nos. (Przedstawienie chorego w 8 miesiącach po operacyi bardzo rozległego raka gardła).

32) Prof. Bárącz. **Przyczynek do leczenia choroby Raynauda.** B. zauważył w jednym przypadku choroby R. wyniosłość kostną nad obojczykiem po tej samej stronie, po której objawy choroby wystąpiły; badanie rentgenowskie stwierdziło, że wyniosłość owa była żebrem szyjnem. — W zeszłym roku spostrzegał B. przypadek podobny (u kobiety 50 l. liczącej zgorzel opuszki palca); badaniem rentgenowskiem stwierdził B. i w tym przypadku obecność żebra szyjnego. — B. przypuszcza, że w obu tych przypadkach niesymetrycznego wystąpienia objawów zgorzeli samoistnej (*gangr. spontanea Raynaudi*) chodziło o ucisk żebra szyjnego na naczynia i radzi w odpowiednich przypadkach w tym kierunku badać chorych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kilka uwag o szpitalnictwie. Pod tym tytułem ukazał się w wydawanem w Krakowie czasopiśmie »Miłosierdzie chrześcijańskie« (1908 nr 2) artykuł polemiczny, pióra X. K. Słomińskiego, dyrektora Sióstr Miłosierdzia; autor artykułu zajmuje się głównie zarzutami, zawartymi w »Uwagach o szpitalnictwie niemieckiem« Dr J. Starzewskiego, dyrektora szpitala lwowskiego (Tyg. lek. 1908), a dotyczącymi Sióstr Miłosierdzia w szpitalach galicyjskich. Zarzuty Dr Starzewskiego streszcza X. Słomiński w punktach następujących: »1) SS. Miłosierdzia są zakontraktowane na wyjątkowych warunkach prawie w zupełnej niezależności od zarządów szpitalnych, aplikacyę ich lub zmianę załatwia zarząd centralny zakonu wyłącznie ze stanowiska interesów zgromadzenia; 2) SS. Miłosierdzia mają zupełny brak fachowego wykształcenia; ono jest zasadniczo przepisami ich reguły wykluczone; 3) S. Miłosierdzia wedle przepisów swego zakonu nie może bezwarunkowo nawet znajdować się w tymsamym pokoju, gdzie wykonywa się jakiekolwiek zabiegi lecznicze na człowieku obnażonym; 4) odrazu zostaje samodzielną dozorczynią oddziału bez odbycia jakiejkolwiek praktyki pod kierunkiem starszej, doświadczonej siostry; 5) przebywa na oddziale tylko kilka godzin dziennie, — »w nocy przez 10 godzin musi siedzieć za klauzurą«; 6) nieustannie przez zarząd Zgromadzenia jest odrywana od pielęgnowania chorych do prowadzenia zarządu centralnego, nowicyatu, kuchni i t. p.«

Na obronę SS. Miłosierdzia przeciwstawia je X. Słomiński przedewszystkiem świeckim dozorczyniom w szpitalach niemieckich, przytaczając z odpowiedniego piśmiennictwa szereg dowodów, że dozorczynie świeckie w Niemczech są od SS. Miłosierdzia droższe, że brak im poświęcenia się dla zawodu, który najczęściej porzucają, skoro tylko zdarzy się okazya wyjścia za mąż lub zarobkowania w inny sposób (na 1054 dyakonisek z »Kaiserwerth« tylko 120 wytrwało w zawodzie tym aż do śmierci, 460 wyszło zamąż, reszta przeszła do innych zawodów). Z zestawionych powyżej zarzutów przeciw SS. Miłosierdzia stara

się X. Słomiński odeprzeć 1) i 6) tem, że przecież »niepodobna, aby Wydział krajowy tak długo cierpiał to, aby »zarząd centralny« (Zgromadzenia Sióstr) nie miał w zarządzie Sióstr na oku zupełnie szpitali, ale tylko swoje interesa Zgromadzenia, albo żeby w Zgromadzeniu istniał taki bezład, aby od chorych odrywano Siostry do »zarządu centralnego«, nowicyatu etc.« Co do punków 2) i 3), to stwierdza X. Słomiński, że reguła nie zakazuje SS. Miłosierdzia asystować przy operacyach; »w szpitalu we Lwowie, gdzie jest medyków praktykantów dużo ku temu, nie asystują przy operacyach Siostry, ale nie dlatego, żeby im to zakazywała reguła, tylko dlatego, że są niepotrzebne«. Również przeczy X. Słomiński, by Siostry bez żadnej praktyki zostawały odrazu samodzielnemi dozorczyniami (punkt 4), oraz, by Siostry przebywały dziennie tylko kilka godzin na oddziele, »siedząc w nocy 10 godzin za klauzurą«, bo dwie Siostry kolejno w każdą noc czuwają w szpitalu (we Lwowie) i zwiedzają sale chorych, a inne jeszcze o 9 wieczór zwiedzają sale chorych, wstają zaś ze snu o 4 rano.

Nie mamy zamiaru rozbierać szczegółowo tych punktów spornych, choć zdaje nam się, że autor artykułu w »Miłosierdziu chrześcijańskiem« niezupełnie dokładnie przeczytał uwagi Dr Starzewskiego, z czego wynikły nieporozumienia. Wyjaśnienie tych nieporozumień jest rzeczą autora zarzutów i ich krytyka. Przypomnimy tu tylko o wynikach sejmowej ankiety szpitalnej z r. 1901 i o szczegółach, przytoczonych przez nas w swoim czasie w artykułach o szpitalnictwie galicyjskiem według sprawozdań inspektorów szpitali. Że działalność SS. Miłosierdzia nie jest bez zarzutu, nie ulega wobec wyników ankiety i sprawozdań inspektorów najmniejszej chyba wątpliwości; a pomijając indywidualny sposób sformułowania zarzutów, trudno chyba przypuścić, aby wszyscy, a tak liczni i poważni ich autorowie, kierowali się jakąś szczególną do SS. Miłosierdza nieufnością, czy uprzedzeniem, o które X. Słomiński zdaje się ich posądzać.

Nie o to jednak chodzi. Rzeczą główną jest sam fakt, że nareszcie na liczne i niejednokrotne skargi ukazała się odpowiedź z tej strony, która może istotnie wpłynąć na poprawę stosunków, od której tej poprawy można się spodziewać i żądać. A pod tym względem za znaczny postęp uznać trzeba częściowe przynajmniej przyznanie, »że w przygotowaniu SS. Miłosierdzia do służenia chorym byłoby niejedno do uzupełnienia« (str. 93).

Nie jest jednak dobrze podsuwać w całej tej sprawie tym, którzy w działalności SS. Miłosierdzia stwierdzają pewne braki, »inny motyw usunięcia SS. Miłosierdzia od pielęgnowania chorych... ten, że trzeba, aby było, jak tam w tych idealnych szpitalach niemieckich, gdzie niema na sali osoby w kornecie katolickiej zakonnicy i z koronką u boku. Szpitale nie powinny mieć jakiejś przymieszki religijnej, bo tak jest w idealnych szpitalach niemieckich« (str. 93). Stawianie zagadnienia na takim punkcie, na którym nikt go zresztą nie stawia, przenosi sprawę na fałszywe pole i może prowadzić jedynie do bezpłodnych nieporozumień.

Pozostając na punkcie jedynie właściwym, że szpitale mają na celu leczenie i dobro chorych i że w tym celu należy zmierzać do wszelkich ulepszeń, jakie są możliwe, można »sine ira et studio« rozbierać także i sprawę dozoru szpitalnego i starać się o to, aby działalność SS. Miłosierdzia w naszych szpitalach została udoskonaloną. *C.*

Biuro sanitarne miejskie w Jaśle wydało sprawozdanie za r. 1907, opracowane przez lekarza miejskiego Dr Aleksandra Hicnera. Jasło, położone korzystnie, ma 816 morgów (470 h-a) obszaru, 669 domów; mieszkańców w r. 1900 było 6.570, dziś »zapewne powyżej 10.000«. (Podanie dzisiejszej liczby mieszkańców powinnoby być oparte na obliczeniu według średniego przyrostu rocznego, by odsetki śmiertelności można obliczyć z możliwie jaknajmniejszym błędem). Przyjmując dzisiejsze zaludnienie na 10.000, oblicza miejskie biuro sanitarne śmiertelność w r. 1907 na 12·8‰, jednakże bez zmarłych w szpitalu; z doliczeniem tychże oblicza lekarz powiatowy śmiertelność na 17·3‰, w każdym razie więc pod tym względem zajmuje Jasło jedno z najkorzystniejszych miejsc wśród miast galicyjskich. Przyrost ludności wynosi 16‰. Największą część zmarłych (52%) stanowią dzieci do 5-go roku życia; równie znaczną śmiertelność dzieci mają jednak i inne nasze miasta. Z gruźlicy zmarło 3‰ mieszkańców, nie więcej przeto, niż wogóle w Galicyi. Z chorób zakaźnych była zresztą przyczyną śmierci tylko odra u 0·8‰; innych chorób nagminnych w r. 1907 w Jaśle nie było. Sprawozdawca podnosi szczególnie, że w r. 1907 nie było w Jaśle wcale ani duru brzusznego, ani czerwonki, co przypisywać trzeba starannemu nadzorowi nad studniami. Omawiając personal sanitarny (8 lekarzy, 9 położnych) utyskuje sprawozdawca na partactwo, uprawiane przez technika dentystycznego, który wbrew ustawie wykonywa zabiegi lecznicze, na obniżanie się wykształcenia położnych w miarę, im dawniej otrzymały dyplom (brak kursów powtarzania!). Kształcony w służbie dezynfekcyjnej w r. 1905 na kursie lwowskim policyant gminny otrzymał tam postęp dobry, jednakże kwalifikacya ta nie jest usprawiedliwiona. Większe wymagania przy egzaminie na lwowskim kursie dezynfektorów byłyby konieczne. Szpital w Jaśle, o 100 łóżkach, jest źle położony i źle wyposażony, toteż ludność okoliczna chętniej szuka pomocy w szpitalach odleglejszych. Konieczna jest w szpitalu reforma, o którą też gmina zwróciła się do Wydziału krajowego. Komisya sanitarna miejska, w przeciwieństwie do wielu naszych miast, działa w Jaśle pilnie i skutecznie; w r. 1907 odbyła 6 posiedzeń, szereg rewizyi sanitarnych i t. p.; niestety zarząd gminy (magistrat) niezawsze rozumie wagę sprawy, i niekiedy nie zwraca się do komisyi nawet w sprawach doniosłych (budowa szpitala). Postępowanie wobec chorób zakaźnych odpowiada nowoczesnym wymaganiom; niestety zgodne w tym względzie współdziałanie lekarza miejskiego z powiatowym udaremniane bywa przez... kierownika starostwa. Jaskrawym tego przykładem była w r. 1906 epidemia nagminnego zapalenia opon; zarządzenia ochronne, wydane przez obu tych lekarzy, tymczasowy kierownik starostwa własnowolnie... zniósł, i trzeba było aż interwencyi namiestnictwa, by je przywrócono. Podobne przykłady przytacza sprawozdanie co do zamykania szkół w czasie epidemii. Toteż nadanie referentom sanitarnym starostw większej samodzielności jest koniecznością. Po chorobach zakaźnych wykonuje gmina odkażanie (także w mieszkaniach, opuszczonych przez suchotników) swoim kosztem. Nadzór nad środkami spożywczymi wykonywa lekarz miejski, którego gmina w r. 1905 wysłała na odpowiedni kurs do Krakowa; stan pod tym względem jest w Jaśle dobry, z wyjątkiem piekarń, które (jak przeważnie w Galicyi) pozostawiają wiele do życzenia. Kontrola nabiału, wykonywana dokładniej od r. 1905, wydała wyniki bardzo pomyślne. Złe stosunki sanitarne są w fabryce wody sodowej i w propinacyi. — Następnie podaje sprawozdanie szczegóły o szczepieniu krowianki, podnosząc, że rozporządzenie Rady szkolnej krajowej, zezwalające szczepić w budynku szkolnym tylko w godzinach wolnych od nauki, utrudnia działanie biura sanitarnego w tym zakresie. Rozszerzenie zezwolenia na godziny szkolne byłoby bardzo pożyteczne; strata jednej godziny szkolnej na rok na szczepienie jest przecież ze względów dydaktycznych drobnostką. — W ustępie o prostytucyi znajduje się znowu znamienny przykład, jak często słuszne zarządzenia sanitarne rozbijają się o niezrozumienie rzeczy przez urzędników politycznych (prawników); chodziło o badanie prostytutek, zarządzone przez magistrat; sprzeciwiło się temu starostwo i znów dopiero namiestnictwo musiało przywracać zarządzenia magistratu. Wielkim brakiem sanitarnym Jasła jest brak odpowiednich jatek (wybudowane przed laty jatki miejskie stoją z powodu nieodpowiedniego położenia pustką) i brak łaźni publicznej, stosownie urządzonej. W r. 1907 stanął w Jaśle dzięki ofiarności dobroczyńcy, który nie chce być wymienionym, dom ubogich kosztem 40.000 K, dobrze urządzony, mieszczący na razie 9 osób. Prócz tego w dziale opieki nad ubogimi ponosi spore ofiary gmina i dobroczynność prywatna. Towarzystwo Pań Dobroczynności otworzyło w r. 1906 ochronkę, której urządzenie i prowadzenie (przez SS. Służebniczki Niepokalanego Poczęcia) sprawozdawca z wielkiem uznaniem podnosi. Wielkie braki przedstawia miejski dom izolacyjny; na szczęście w ostatnich latach nie zachodziła potrzeba użycia tego domu. Cmentarz wymaga koniecznie przeniesienia; pożądana jest tu energiczna interwencya starostwa. Omawiając dalej rozwój miasta ze stanowiska higienicznego, podnosi sprawozdawca stworzenie publicznego ogrodu miejskiego, nawołuje zaś energicznie do opracowania planu regulacyjnego, budowy bruków, kanalizacyi i t. p. Przy szybkim rozwoju miasta czas na to najwyższy; zaniedbania obecne nie dadzą się potem naprawić. Szczególnie dotyczy to zabudowywania się miasta, przy którem magistrat nazbyt liczy się z interesem poszczególnych właścicieli parcel. Kanalizacya obecna Jasła jest wadliwa z powodu braku jednolitego planu kanalizacyi; sprawa ta, jak również sprawa budowy wodociągów, powinna być jaknajszybciej rozwiązana. Sprawozdanie zamyka się rozdziałem, omawiającym stosunki higieniczne szkół (przeważnie zadowalniających) i młodzieży szkolnej, i ustępem o oświetleniu miasta.

Wydaniem sprawozdania sanitarnego stanęło Jasło w (nielicznym jeszcze niestety) szeregu naszych miast, dbających o to, by starania ich na polu higienicznem przechodziły przez kontrolę

publiczną, co należy z tem większem podnieść uznaniem, iż małe miasta przodują na tem polu większym, nie zdobywającym się dotąd na ogłaszanie swych sprawozdań. Sprawozdanie biura sanitarnego w Jaśle wyróżnia się przytem wśród innych tem, że zawiera obficie uwagi krytyczne i nie cofa się przed ścisłem wytknięciem braków i usterek bez względu na to, kto ponosi ich winę. Nadaje to sprawozdaniu wybitny rys indywidualny, z niewątpliwie niemałą dla niejednej sprawy korzyścią. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. VII. do 8. VIII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Trościaniec 8, Zadarów 4, Niskołyzy 2, Krasiejów 6, Jarhorów 3), Kałusz (Medynia 9, Hołyń 5), Kamionka (Kamionka 3), Lisko (Wetlina 1), Mościska (Starzawa 1 Czerniawa 1), Peczeniżyn (Akreszory 1), Sokal (Wolica kameralna 1), Stryj (Orawczyk 1, Lisiatycze 3, Orawa 1, Chodowice 1), Zborów (Presowce 1), Drohobycz (Bolechowce 2) i o przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych m. Lwów 1 (stwierdzono bakteryologicznie). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 2. do 8. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 9; zmarło osób 60 (w tem obcych 30), z nich z gruźlicy 19 (5), zapalenia płuc 3, błonicy 1, odry 1, duru brzusznego 3. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. do 8. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1, (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 12 (5), odry 8 † 1 (7 † —), duru brzusznego 6 † 3 (4 † 3), czerwonki 1. *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Miejska Komisya sanitarna uchwaliła 3. VIII. b. r. poprzeć wniosek fizykatu, aby do sprzedaży w mieście dopuszczono tylko lód higienicznie czysty i poleciła przeprowadzenie odpowiednich rewizyi w cukierniach, kawiarniach, nadzorowanie handlu ulicznego napojami chłodzącymi itp.; postanowiła jaknajusilniej starać się o założenie we Lwowie rządowego zakładu badania środków spożywczych; wreszcie powzięła uchwałę w sprawie ustanowienia lekarza w filii miejskiego zakładu dla nieuleczalnych.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniach 2. VI. i 4. VII. r. b. dwa posiedzenia, na których powzięto uchwałę w sprawie sposobu tłumienia nagminnej jaglicy w powiecie nowotarskim; wydano opinie w sprawie utworzenia nowych okręgów sanitarnych w Radziechowic, w powiecie kamioneckim i w Ławocznem w powiecie stryjskim; wydano opinię w przedmiocie zaliczania sortowni pierza do przemysłów koncesyonowanych; wydano opinie w sprawie zmiany dziennej taksy leczenia w szpitalu powszechnym w Żółkwi i Złoczowie; powzięto uchwałę w sprawie grobowca poza obrębem publicznego cmentarza w Mikulińcach, w powiecie śniatyńskim.

— Budowa szpitala w Horodence na 40—60 chorych ma być ukończona w jesieni r. b.

Warszawa. Sanatoryum w Rudce otwarte będzie w pierwszych dniach października r. b. Opłata za mieszkanie, całkowite utrzymanie, opiekę i zabiegi lekarskie oraz lekarstwa ma wynosić 1.50—2 rb. dziennie.

— Zarząd szpitalny w Królestwie charakteryzuje jaskrawo podana w dziennikach wiadomość, że szpital w Mieni, mieszczący kilkudziesięciu chorych, od paru miesięcy pozbawiony jest stałego lekarza; do chorych dojeżdża co pewien czas lekarz z Kałuszyna.

Ruch w zdrojowiskach polskich. Po koniec lipca było w Iwoniczu osób 3.646, w Krynicy 6.433, w Rymanowie 2.033, w Rabce 2.026, w Truskawcu 2.820, w Żegiestowie 576.

Z różnych stron. Dla Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu wydano nowe przepisy. Do przyjęcia nie wystarcza, jak dotąd, świadectwo znajomości łaciny. Kandydatki muszą składać egzamin z łaciny, jakoteż z matematyki, fizyki, języka rosyjskiego i jednego z języków nowożytnych.

— »Związek lekarzy karlsbadzkich« urządza wycieczkę naukową do Dalmacyi, Korfu, Malty, Sycylii i zachodnich wybrzeży Włoch. Wycieczka wyruszy d. 10. XI. z Tryestu i potrwa dni 23. Udział od osoby od 630 kor. Zgłoszenia, najdalej do 31. VIII. b. r. przyjmuje Dr Hugo Stark w Karlsbadzie.

— Bezimienny ofiarodawca darował wiedeńskiej Akademii Umiejętności pół miliona koron na założenie zakładu badania radu. Podobno jednak z zakładu wyłączone będą badania lekarskie.

Mianowani: Laryngolog Dr Mouret profesorem adjunktem w Montpellier.

Zmarli: w Petersburgu farmakolog Prof. Julian Trapp, ur. w Maryampolu w r. 1814, wychowaniec kursów farmaceutycznych w Warszawie, a następnie Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu, gdzie też później rozpoczął działalność dydaktyczną. Prace naukowe zjednały mu godność członka Akademii i honorowego doktora uniwersytetu w Królewcu. Z katedry profesorskiej ustąpił w r. 1877. W polskiem piśmiennictwie oprócz drobniejszych rozpraw, zaznaczył się wydaniem dwutomowego podręcznika farmakognozyi (wydanie »Biblioteki umiejętności lekarskich« 1869—1871).

Dr Piotr Kulikowski, chirurg, ordynator szpitala miejskiego w Odessie, w 45 r. ż.

Redakcya otrzymała: Reis Wiktor: Uodpornienie Römera w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki. »Tyg. lek.« 1908. — Fano: Sarkome u. Sarkoide Geschwülste. Arch. f. Derm. u. Syph. 1906. — Dłuski i Rospędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego. »Gaz. lek.« 1908. — Sprawozdanie biura sanitarnego miejskiego w Jaśle za r. 1907. — Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu w Nałęczowie za r. 1907. »Czas. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 22. sierpnia 1908. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dra St. Serkowskiego w Warszawie.

Chlorowanie, bromowanie i buddyzacya wody do picia.

Opracował
inż. J. Kruszewski.

Jednem z najważniejszych bezwarunkowo zadań współczesnej higieny jest dostarczenie ludności miast i wsi, dobrej, zdrowej i smacznej wody do picia. W wielkich miastach, które mogły zaprowadzić u siebie kanalizacyę, zadanie to w cz ści przynajmniej jest rozwiązane. Ale w miastach mniejszych, po osadach i po wsiach, sprawa higieny wody przedstawia się częstokroć opłakanie, i jeżeli już w prawidłowych okresach ich zdrowotności, olbrzymi nieraz odsetek studzien niezdatny jest do użytku, wystawić sobie łatwo, co dziać się musi w czasie epidemii. Dlatego też higieniści z dawien dawna nieustannie obmyślają, badają i wskazują sposoby odkażania wód, dlatego też podręczniki higieny przepełnione są metodami uczynienia wody złej, choć w pewnej mierze, zdatną do picia, metodami, dającemi mniej lub więcej zadowalniające wyniki.

Metod tych jest bardzo wiele. Śmiało jednak powiedzieć można, że żadna z nich idealnie celowi swemu nie odpowiada. Idealny sposób odkażania wody osiągnąć bowiem chyba bardzo trudno.

Rozpatrując bliżej rodzaje środków i metod, o których mowa, podzielić je można na cztery następujące zasadnicze działy:

1) Sposoby biologiczne.

2) Oczyszczanie wód mechaniczne (wody fabryczne, ściekowe, filtrowanie, zraszanie).

3) Oczyszczanie wód chemiczno-mechaniczne (strącanie zanieczyszczeń środkiem chemicznym i następne filtrowanie, odżeleźnianie wód).

4) Oczyszczanie wód czysto chemiczne.

Jak już wspomniałem, istnieje we wszystkich tych kierunkach nader bogate i różnorodne piśmiennictwo. Gdy jednak pierwsze trzy z nich szerokie już w ogólnej technice znajdują zastosowanie, czwarty ogranicza się na próbach i teoryi, i z rozmaitych przyczyn i powodów – dotychczas w życie nie wchodzi. A dodać należy, że metody chemicznego oczyszczania wód, liczą się na dziesiątki i że każda z nich wielostronnie była zmieniana. Wszystkie jednak z surową spotykają się krytyką i spotkać można autorów poważnych (Schüder), którzy wszystkim metodom chemicznego oczyszczania wód ryczałtowo zaprzeczają racyi bytu, przyznając jedynie ozonizacyi pewne znaczenie.

Prawda, jak zwykle, leży pośrodku. Celem niniejszych słów kilku jest przedstawienie szeregu doświadczeń, w tym kierunku w pracowni Dr Serkowskiego podjętych.

Oczyszczanie wód chemiczne ma na celu uczynienie złej lub wprost szkodliwej wody, zdatną do użytku wewnętrznego, zapomocą prostego i bezpośredniego dodania do niej tego lub innego odczynnika chemicznego, któryby spełniwszy swe zadanie, sam rozłożył się w ten sposób, by dla zdrowia i smaku zupełnie stał się obojętnym. Najlepszą z metod takiego odkażania wody będzie ta, która odpowiada najbardziej następującym warunkom:

1) Dany odczynnik powinien niszczyć w najkrótszym czasie, wszystkie bakterye, zarówno gnilne, jak chorobotwórcze.

2) Powinien sprowadzać do *minimum* ilość części organicznych w danej wodzie.

3) Być zupełnie nieszkodliwym dla zdrowia.

4) Nie posiadać zapachu i smaku i nie pozostawiać barwy.

5) Być tanim.

Wszystkie powyższe warunki są równoważne.

Środków takich zna piśmiennictwo chemiczne bardzo dużo. Nie mogąc się nad wszystkimi dłużej zatrzymywać, wymienię następujące: 1) Wywary kawy i herbaty, 2) spirytus i wino, 3) mieszanina suszonych czarnych jagód, cynamonu, goździków i imbieru w kwaśnym rozczynie octowym, 4) *acetum aromaticum,* 5) *tinct. valerianae aetherea*, 6) rozczyn soli z 0,3 formaldehydu i odrobiną mentolu, 7) rozczyn formaliny Scheringa w ilości 0,25 cm^3 na litr wody, 8) szlamowana kreda z kwasem siarczanym, 9) sól kuchenna, 10) kwas octowy, 11) chlorek miedzi, 12) nadmanganian potasu, 13) nadmanganian wapna, 14) chlorek żelaza, 15) kwas winny i cytrynowy, 16) wapno, wreszcie: 1) bromowanie, 2) chloroformowanie, 3) jodowanie, 4) buddyzacya.

Utlenienie całkowite części organicznych, zawartych w wodzie, jest równoznaczne z całkowitem jej odkażeniem. To też z wielu znanych w chemii ogólnej sposobów utleniania, występuje na pierwszy plan jeden, który, znany, jako silny środek utleniający, równocześnie w niczem części

składowych wody zmieniać nie powinien. Środkiem tym jest dwutlenek wodoru, czyli woda utleniona.

Własność pomysłu zastosowania wody utlenionej do wyjaławiania wody i mleka należy się duńskiemu inżynierowi Budde, po którym szereg innych badaczy myśl tę podjął. Wyniki tych badań są tak różnorodne, opinie pracujących nad tą metodą tak odmienne, że z całego piśmiennictwa dotyczącego tej sprawy jasnego o niej obrazu wytworzyć sobie niepodobna.

Dosyć powiedzieć, że różnice zdań są tak znaczne, że gdy jedni autorowie uważają ilość jednego centygrama czystego H_2O_2 za wystarczającą do odkażenia jednego litra wody, to inni zalecają w tych samych warunkach dodatek jednego do dwóch decygramów, czyli ilości, dziesięć, względnie dwadzieścia razy większej. Sprawdzenie powyższych zapatrywań budzi zrozumiałe zajęcie.

Dwutlenek wodoru odpowiada, jak wiadomo, wzorowi H_2O_2 i układ jego międzycząsteczkowy wskazuje na prawdopodobną czterowartościowość jednego z atomów tlenu, który oddając dwie swoje wartości dwom cząsteczkom wodoru, dwie drugie pozostawia dla zbywającego tlenu. Pomijam, jako znane, dowody, przekonywające o słuszności powyższej teoryi.

Zajmuje tu nas tylko fakt, że dwutlenek wodoru z łatwością rozpada się na tlen i wodę, i że wskutek tego w idealnym przebiegu odczynu, utleniwszy zbywającą swą cząsteczką tlenu, odpowiednią ilość części organicznych, sam z odkażoną swem działaniem wodą tworzy jedną całość

$$H_2O_2 = H_2O + O.$$

W praktyce jednak, warunki powyższego odczynu przedstawiają się nieco inaczej, — H_2O_2 do pewnej tylko miary utlenia i usuwa części organiczne, — i sam w pewnej tylko części według powyższego wzoru się rozkłada. Zadaniem badającego jest w tym względzie określenie właściwości bakteryobójczych danego środka, oraz w jakim ono stopniu części organiczne zawarte w danej wodzie usunąć zdoła.

Co do pierwszego wykonano w pracowni Dra Serkowskiego około stu rozbiorów i doświadczeń nad rozmaitymi rodzajami wody. Jako materyału użyto wody studziennej, »dobrej« do picia, następnie uznanej za średnią, złą, oraz wprost szkodliwą, dalej wody, zawierającej bakterye chorobotwórcze, wody, zanieczyszczonej umyślnie w tym celu ściekiem rynsztokowym, w stosunku 1%, 2%, 3%, 4%, 5% do 10%, wreszcie wody zakażonej zarazkami durowymi. Każdy z tych rodzajów wód poddano działaniu dwutlenku wodoru w stosunku: 0,01, 0,02, 0,03, 0,04, 0,05, i t. d. %. Badania prowadzono w rozmaitych terminach i okresach czasu.

Wynikiem ich było:

Wody zwykłe studzienne, oraz z pomp, uznane za zdatne do użytku wewnętrznego, a także wody, zawierające pewną niewielką ilość bakteryi gnilnych zostawały odkażane już za dodaniem 0,01% H_2O_2 w przeważnej części przypadków gnilnych. We wszystkich jednak przypadkach odkażał je dodatek 0,02% wody utlenionej.

W wodach, zanieczyszczonych ściekami rynsztokowymi, w wodach odpływowych i innych, niemożliwych do picia i o wielkiej zawartości bakteryi gnilnych i zarazków chorobotwórczych, ilość H_2O_2 potrzebna do odkażenia wahała się między 0,03 a 0,04%, i ta ostatnia ilość zabijała znowu we wszystkich przypadkach wspomniane drobnoustroje. Tenże sam dodatek H_2O_2 odkażał w przeciągu 24 godzin wodę zakażoną umyślnie w tym celu zarazkami chorobotwórczymi n. p. durowymi.

Przy doświadczeniach wreszcie, czynionych z ściekiem rynsztokowym, posunąć się należało z dodatkiem H_2O_2 od 0,05% aż do 0,1%, co jednak pozbawione już było praktycznej doniosłości, ile, że nikt nigdy prawdopodobnie, wód podobnych równie drogim środkiem w praktyce odkażać nie będzie.

Za najniższą więc granicę dodatku dwutlenku wodoru, do mającej być odkażoną w ten sposób wody, bez uprzedniego rozbioru, dla jej odkażenia uważam ilość 0,04%.

Nadmieniam przy sposobności, że większość pracujących nad tem autorów uważa za dostateczny dodatek 0,03% H_2O_2. Jak wspomniałem, w większości przypadków ilość ta wystarcza, jakkolwiek w tym razie należałoby zawsze poprzednio dokładnie zbadać wodę, którą ma się odkazić.

Nie same atoli bakterye, czy gnilne, czy chorobotwórcze stanowią o tem, czy woda jest niezdatną do użytku. Woda, zawierająca nieraz wielkie ilości ciał organicznych rozpuszczonych, lub w postaci zawiesin, bywa wskutek tego wstrętną w smaku i niemożliwą do picia. Ale sprawa smaku mogłaby jeszcze być tu podrzędną. Nadmiar części organicznych jest niedopuszczalny w pierwszej linii, dlatego, że te właśnie części organiczne stanowią najlepsze podłoże dla bakteryi. Woda, jakkolwiek na razie odkażona, jeśliby zawierała nadmiar części organicznych, mogłaby podlegać natychmiastowemu ponowieniu się zakażenia i cały zachód byłby próżny. Drugiem więc żądaniem, stawianem odkażającym środkom, jest, by sprowadzały części organiczne do *minimum*. Oznaczenie ilości części organicznych w danej wodzie przy obecności nadtlenku wodoru sprawia pewne trudności. Skoro bowiem odczynnikiem określającym je jest zwykle nadmanganian potasu, z którego ilości, mogącej być odbarwioną, wnosimy o ilości części organicznych, to wiadomą jest również rzeczą, że i dodany do wody poprzednio dwutlenek wodoru odbarwia $KMnO_4$ ze swojej strony.

$$5H_2O_2 + 2KMnO_4 + 3H_2SO_4 = K_2SO_4 + 2MnSO_4 + 8H_2O + 5O_2.$$

Jednocześnie ważnem pytaniem dla badającego jest, — ile jeszcze z dodanego H_2O_2 w danym okresie czasu w wodzie pozostaje, — i wreszcie jaka ilość wolnego tlenu w danej chwili jest w niej zawarta.

Dla rozwiązania powyższych zadań, używaliśmy metody następujące:

1) 100 cm badanej wody wraz z dodanym do niej dwutlenkiem wodoru, zakwasza się kwasem siarczanym. Mieszaninę oziębia się do 4° C i miareczkuje zapomocą dziesięcio-normalnego nadmanganianu potasu, — aż do pierwszego trwałego zabarwienia. Z otrzymanego wyniku oblicza się zawartość H_2O_2 w danej chwili (17,8 cm^3 $^1/_{10}$ $KMnO_4$ odpowiada 0.030082 gr. H_2O_2).

Następnie dodaje się do tej samej próby wody 10 cm sz. $^1/_{100}$ $KMnO_4$, gotuje dokładnie 5 minut (w razie odbarwienia dodaje się następne 10 cm^3 $KMnO_4$), poczem od-

barwia się mieszaninę 10 cm³ $^1/_{100}$ kwasu szczawiowego i miareczkuje z powrotem nadmanganianem potasu.

Metoda ta nie będąc bezwzględnie dokładną, daje jednak wyniki dosyć ścisłe i o małym błędzie.

2) Określenie H_2O_2 przy pomocy jodometyi, a ilości części organicznych przy pomocy nadmanganianu potasu. — Do wody, zawierającej H_2O_2 i części organiczne, dodaje się roztworu JK w nadmiarze; następuje słabe wydzielenie jodu, który za dodaniem kilkunastu kropli rozczynu siarczanu żelaza ($FeSO_4$) oddziela się całkowicie, lecz jednocześnie występuje osad wodzianu żelazowego ($Fe(OH_3)$). Za dodaniem kwasu siarczanego osad znika. Wtedy miareczkuje się wydzielony jod znanym sposobem przy pomocy tiosiarczanu sodowego ($Na_2S_2O_3$), używając za wskaźnik krochmalu (zabarwienie niebieskie).

Przytaczam bieg odczynu w czterech fazach:

$$H_2O_2+2KJ+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$K_2O+H_2O+J_2+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$2KOH+J_2+FeSO_4+H_2SO_4=$$
$$K_2SO_4+Fe(OH)_2+J_2+H_2SO_4=$$
$$K_2SO_4+FeSO_4+J_2+2H_2O=$$

Określiwszy w ten sposób zawartość H_2O_2, znajdującego się w danej chwili w wodzie, prostą jest rzeczą, miareczkując szybko inną próbę danej wody nadmanganianem potasu, w sposób poprzednio podany (t. j. na zimno i gorąco), obliczyć z różnicy ilość w wodzie zawartych części organicznych i wyniki porównać. Przy pewnej wprawie są one bardzo zbliżone. Wykonane w naszej pracowni doświadczenia i rozbiory jednej i tej samej wody dawały różnicę 0,2—0,3%.

Do doświadczeń użyto rozmaitych rodzajów wód. Przytaczam tu cztery przykłady. — Dwie z nich przedstawiają zwykły typ nieszczególnej wody wodociągowej, dwie inne tę samą wodę, zakażoną umyślnie ściekiem rynsztokowym w stosunku 50 cm³ na litr (patrz tablice).

Z dwóch tych zestawień szeregu rozbiorów widać zupełnie zadawalniające obniżenie stosunkowe zużytkowania nadmanganianu potasowego. Zachodzące w paru miejscach wychylenia łatwo wytłómaczyć obecnością jakiejś zawiesiny w badanej wodzie, która zużycie $KMnO_4$ zwiększyła, jak również i tem, że wszystkie rozbiory równocześnie wykonane być nie mogły.

Na tychże samych wodach dokonane doświadczenia, względnie straty ich części stałych po wyprażeniu również dały zadawalniające wyniki. Przytaczam w tym kierunku dwa przykłady (tabl. Nr 3).

Pierwszym tedy dwom warunkom, wymaganym od dobrej metodyki wyjałowienia wody, odpowiadałaby w zupełności buddyzacya. Przypatrując się bowiem baczniej wymienionym przykładom, uderza nas między innemi to, że dodatek 0,04% H_2O_2 nietylko niszczy zarazki chorobotwórcze i gnilne, ale co do zmniejszenia części organicznych wody odpowiada dosyć surowym wymaganiom, i to w zastosowaniu do wprost wstrętnej zakażonej ściekami wody. Dodawszy do tego, że nadtlenek wodoru najzupełniej wyjaśnia i wybiela zawiesiny wody i przez to czyni ją przyjemną dla oka, uważać możemy, że dla tych samych już względów jest on jednym z najodpowiedniejszych środków odkażających. (Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

W. Rubczyński. **O filozoficznych poglądach Sebastyana Petrycego z Pilzna.** (*Rozprawy Wydz. histor. filozof. Akad. Umiej.* T. LII., str. 61—190, 1908). Jeżeli na tem miejscu piszę o pracy, która treścią swą nie należy ściśle biorąc do zakresu medycyny, czynię to ze względu na osobę Sebastyana Petrycego. Jak wiadomo, berło Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., ma na szczycie swoim wyrzeźbioną postać tego sławnego lekarza i Profesora Akademii Jagiellońskiej, tak jak Wydział teologiczny posiada na berle św. Jana Kantego, prawniczy Kaźmierza Wielkiego, a filozoficzny Mikołaja Kopernika. Do największych tedy chlub zalicza wszechnica Jagiellońska z lekarzy Sebastyana Petrycego.

Postać to pod wielu względami niezwykła i warta wszechstronnego oświetlenia.

Pod względem filozoficznym objaśnił ją Prof. Rubczyński i szczerze winniśmy być wdzięczni autorowi za trudy podjęte.

O Sebastyanie Petrycym niewiele dotąd wie nauka polska. Autor ustala pewne daty, jak przedewszystkiem rok urodzenia, najprawdopodobniej 1554. Sebastyan Petrycy pochodził z Pilzna w województwie Sandomierskiem, gdzie niedawno wdzięczne za sławę swego dziecka miasto wystawiło mu pomnik. Z tego samego Pilzna pochodził też sławny rektor Akad. Jagiell. Marcin Glicki, a jeszcze po Petrycym wydało to tak dziwnie płodne w umysły niezwykłe miasto Jana Mitkowskiego, Profesora i dziekana Akad. Jagiell. i również sławnego lekarza, ojca Władysława, Dra filozofii i medycyny, autora rękopisu lekarskiego z r. 1642—43

Znaczenie Pilzna, jako spichlerza dostarczającego Uniwersytetowi Jagiellońskiemu ludzi, skorych do pracy naukowej i tak utalentowanych, może mi się uda w przyszłości wyświetlić, jestem bowiem w ciągu pracy nad tem, tutaj tylko zaznaczam ten fakt bądź co bądź niezwykły.

Prof. Rubczyński wydobył dalsze szczegóły z życia Sebastyana Petrycego [1]), dziwnym jednak dla mnie sposobem nie skorzystał z wielu innych wiadomości, które są już oddawna ogłoszone. I tak Encyklopedya Powszechna (Warszawa 1864, tom 18) podaje znacznie pełniejszy życiorys Sebastyana w Moskwie, o czem Prof. Rubczyński powiada bardzo skąpo, i tylko opierając się na domysłach, wiemy, że siedział on tam w turmie, razem z innymi przedniejszymi Polakami, zamieszany w sprawę Maryny Mniszchówny i Dymitra Samozwańca. Trzyletni [2]) pobyt przymusowy skracał sobie ten niezwykle pogodny człowiek tłómaczeniem Horacego Flacca, a czynił także zapiski, na podstawie których opracował dzieje w Moskwie »*Historiae Moschoviticae Libri* III«.

Z lat studyów naukowych nie wspomina też Prof. Rubczyński o pobycie Sebastyana Petrycego w Belgii, a także nie mówi o ogromnem znaczeniu i niezwykłej sławie lekarskiej, jakiemi się cieszył w Krakowie. Wolał leczyć ubogich, niż bogatych, nikomu potrzebującemu nie odmawiając pomocy, a oprócz pracy lekarskiej znajdował czas na zajmowanie się i to bardzo głębokie filozofią, estetyką i historyą. Gdy się rozstał z życiem r. 1626, powszechny żal towarzyszył mu do grobu. Zachowały się słowa, któremi go żegnano: »Już też z nim wszyscy musimy iść do grobu«. Odnosi się to do znanej jego filantropii w zawodzie lekarskim i w fundacyach O tych ostatnich mówi Prof. Rubczyński po raz pierwszy dużo i z pierwszorzędnego źródła, bo z samych aktów fundacyjnych dobroczyńcy. Jest to zapis dla historyografa Uniwersytetu Jagiellońskiego i drugi dla ubogich studentów.

Szczegółów biograficznych dopełnia portret Seb. Petrycego, dochowany w auli Uniw. Jagiell. Dodaję tutaj, że portret ten współczesny, bo malowany w r. 1626, a więc na krótko przed śmiercią, która nastąpiła tego samego roku, wisiał przed-

[1]) Używam ciągle imienia Petrycego, ponieważ nie chcę go pomieszać z synem Janem Innocentym, który pisał: »O wodach w Drużbaku«, (w Krakowie, r. 1635). Często się bowiem czyta o Petrycym, autorze tego pierwszego w języku polskim wydanego opisu źródeł cieplicy wapniowej w Drużbakach na Spiżu, ale bez podania imienia. Ponieważ Sebastyan był sławnym i powszechnie znanym, więc łączą go ze synem i jemu przypisują to dziełko.

[2]) Czy siedział trzy lata, czy tylko półtora roku, z pewnością nie umiem w tej chwili powiedzieć. Mikołaj Oleśnicki, kasztelan radomski siedział trzy lata. Rubczyński wnosi, że Seb. Petrycy, będąc jego towarzyszem, również pokutował tak długo. Encykl. Powsz. mówi o pobycie półtoraroczným.

tem w amfiteatrze Nowodworskim, o czem w przyszłości podam więcej.

Muszę jednakowoż sprostować uwagi Prof. Rubczyńskiego, jakie czyni nad portretem. Seb. Petrycy przedstawiony jest na nim nie w płaszczu, ale w szubie, a więc w szacie, którą nosił w pokoju w ręce prawej dzierży nie sakiewkę, ale rękawiczki. Wolałbym nie czytać przytem takiego zdania: »w prawej ręce trzyma sukienną sakiewkę (może jako symbol swoich fundacyi, a może są to tylko sukienne rękawiczki«). Dowodzi to nieznajomości współczesnego sposobu portretowania, a także mija się ze znaną skromnością Seb. Petrycego.

Uwagi co do rysów twarzy i typu Seb. Petrycego, jakoby były cudzoziemskie, nie wytrzymują krytyki. Przeciwnie fizyonomia jego właśnie przypomina rozmaite twarze współczesne w naszej Rzeczypospospolitej. Oczy jego są wybitnie polskie, a nos wydłużony i rysy twarzy pociągłe występują przecież u tylu niewątpliwie rasowych Polaków. Weźmy choćby Stefana Czarnieckiego, którego dochowały się znakomite portrety.

Natomiast godzę się na charakterystykę duchową fizyonomii Seb. Petrycego, którą zresztą popiera autor i to bardzo słusznie wnioskami z dzieł tego uczonego.

Właściwa praca Prof. Rubczyńskiego ma na celu omówić poglądy filozoficzne Seb Petrycego, zawarte w jego »Przestrogach« i »Przydatków«, a w szczególności w dołączonych do pierwszych pięciu ksiąg przekładu »Etyki Nikomachejskiej« Arystotelesa.

Poglądy filozoficzne Seb. Petrycego rozpadają się na poglądy e s t e t y c z n e, e t y c z n e i p s y c h o l o g i c z n e.

Streszczam wyniki pracy Prof. Rubczyńskiego, niezwykle sumiennie wyprowadzone z rozbioru pism Petrycego.

Był analitykiem. W e s t e t y c e szukał zbywającej starożytnym ściślejszej demarkacyi między dobrem, a pięknem. Powiem, że był pierwszym estetykiem polskim, czego Prof. Rubczyński nie chce wypowiedzieć, choć podnosi zasługi jego pod tym względem. Uwagi Petrycego nad wdziękiem, że ożywia materyę, i że więcej znaczy u kobiety wdzięk, niż piękność, bo »wdzięczność« (jak się wyraża Petrycy) jest rzeczą duszy, a piękność ciała, choć wzorowane na Platonie, niemniej pozostaną na zawsze dowodem ogromnej bujności umysłu Petrycego, niezadowolonego z poglądów Arystotelesa.

W e t y c e, mówię słowami Prof. Rubczyńskiego, starał się Sebastyan Petrycy pogłębić i wzbogacić pojęcie szczęśliwości przez związanie go z pojęciami doskonałości i powinności (str. 170).

W p s y c h o l o g i i ocenił należycie ważność badań obopólnych zależności zjawisk psychicznych i fizyologicznych. Poglądy jego w tym przedmiocie są poczęści w y n i k i e m d o ś w i a d c z e ń z z a w o d u l e k a r s k i e g o w y n i e s i o n y c h (str. 170).

Uwagę tę Prof. Rubczyńskiego podkreślam. Wypowiada ją jeszcze autor w innem miejscu swej pracy podnosząc, że studya lekarskie i zawód poza innymi czynnikami rozszerzyły widnokręg Sebastyana Petrycego poza sferę formuł i rutyny, w których dusiła się reszta jego krakowskich kolegów scholastyków (str. 62). Jabym jeszcze większy nacisk położył na wykształcenie przyrodniczo-lekarskie i na zawód Petrycego. Poglądy jego na życie społeczne w ówczesnej Polsce, na nadużycia wolności, na źle pojmowaną szczodrość i ofiarność, — wyszły przecież z jego zadania jako l e k a r z a, który ma koić nietylko choroby ciała.

Powiedziałbym, że Sebastyan Petrycy był to wielki uczony — lekarz-obywatel. W tych trzech wyrazach zawiera się jego znaczenie dla naszej kultury. I doprawdy zdumiewać się przychodzi nad wszechstronnością umysłowości Petrycego. Pracami swemi wystawił sobie pomnik, a kulturze naszej zostawił wspaniały wytycznik wzrostu i siły z końcem wieku XVI.

Pisał pysznym językiem okresu złotego naszego piśmiennictwa. Z niezwykłą łatwością uporał się z trudnościami tłómaczenia pojęć filozoficznych, estetycznych, etycznych i psychologicznych, po raz pierwszy po polsku wyrażanych przez siebie. Chlubić się też mógł snadno, że pierwszy przyodział filozofię w szaty polskiej mowy.

I jeżeli miasto rodzinne Pilzno zdobyło się na wystawienie mu pomnika, toż zdobyć powinniśmy się my lekarze i przyrodnicy polscy na uczczenie pamięci jego trwałym pomnikiem w murach Uniwersytetu Jagiellońskiego, którego był chlubą i ozdobą. Rzucam nieśmiałą myśl pod adresem komitetu wykonawczego przyszłego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, czyby jak ostatni Zjazd lwowski uczczeniem Nenckiego, nie mógł się Zjazd najbliższy upamiętnić utrwaleniem pamięci Sebastyana Petrycego. Niech wspomnienie ożywia nas w twardej walce dzisiejszych pokoleń naszych, duch ten, co mu pozwalał w turmi moskiewskiej polszczyć Horacego, duch niespożyty, łaknący wiedzy i nauki w tym celu, aby je obracać na pożytek Rzeczypospolitej.

Powiem własnemi jego słowy z przedmowy do czytelnika w wydaniu Polityki z r. 1605. »Przyczyna wydania tych ksiąg ta jest, która mię pobudziła do pisania tej umiejętności: abym był czemkolwiek pożyteczny na świecie ludziom, ponieważ dlatego wszyscyśmy się narodzili«.

»Powtóre, bawiąc się przy Akademiej Krakowskiej kilkanaście lat profesyą filozofiej, przeniosłem się do medycyny, jednak tak, abym zgoła nie opuszczał już dawno przedsięwziętej filozofiej, dałem na to przez kilka lat godzinę niemal zawżdy jednę i skończyłem zapomocą bożą wszystko«.

Prof. Tarnowski w II. tomie swoich »Pisarzy politycznych wieku złotego« starał się wyzyskać dla swego przedmiotu obfity materyał uwag Petrycego o ekonomicznem, społecznem i politycznem położeniu, potrzebach i niebezpieczeństwach, zawarty w komentarzach (»przestrogach«) i dodatkowych rozprawkach (»przydatkach«) do przekładów polityki i ekonomiki.

Prof. Rubczyński dał nam systematyczny rozbiór poglądu na świat tego Arystotelika, jego stanowiska jako filozofa, estetyka i psychologa. Należy się mu za to szczera wdzięczność, szczególniejsza od świata lekarskiego polskiego z uwagi na znaczenie Petrycego w medycycynie polskiej.

Stanisław Eljasz Radzikowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

E r h a r d t. **O stosowaniu queny jako dodatku do środka znieczulającego przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 26). E. poleca ponownie dodatek queny (3%) do środka znieczulającego na mocy dalszych prób. Osiąga się przez to znacznie pewniejsze, silniejsze, wyżej sięgające i dłużej trwające znieczulenie. Nie powinno się nigdy stosować ambulatoryjnie znieczulenia lędźwiowego *K.*

B u r k h a r d t. **Badania nad działaniem czystego tlenu na rany i zakażenia.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* T. 92, Z. II.). Tlen wywołuje w ranach większy napływ krwi tętniczej i pobudza tworzenie się ziarniny. Tlen nie osłabia jadowitości gronkowców, obniża może tylko zjadliwość toksyn drobnoustrojów. Wprowadzony do jamy brzusznej wywołuje tlen przekrwienie błony surowiczej i zwolnienie wessania, działa też dobrze przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej. *K.*

N i k o s A. K e p h a l i n ó s. **O leczeniu wypadnięcia odbytnicy u dzieci zapomocą podłużnego jej zesztywniania.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* T. 67, Z. 3). Wypadnięcie odbytnicy występuje u dzieci najczęściej w 2—3 roku życia. Wywołują go zaparcia stolca, kamienie pęcherzowe, stulejka, krztusiec i częste lewatywy. Usposabia zaś do tego cierpienia długa krezka, wązkość miednicy dziecięcej, brak skrzywienia kości kulszowej. Leczniczo poleca autor stosowanie sposobu, który podał Spitry. Polega on na podparciu kiszki stolcowej z pomocą podłużnych wałków z parafiny. Igłę strzykawki wkłówa się 1 ctm. poza odbytem na 5 ctm. mniejwięcej głęboko i zaczyna się wstrzykiwać, zwolna wysuwając igłę. Palec wskazujący drugiej ręki kontroluje igłę przez odbytnicę. Z parafiny tworzy się przy takiem wstrzykiwaniu wałek wzdłuż ściany kiszki. Wałków takich robi się 2—3. Z 32 w ten sposób leczonych przypadków w 31 osiągnięto zupełne wyleczenie. *K.*

D a n e e l. **W sprawie zastosowania guzika Murphyego przy łączeniu żołądka z jelitem.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. 3). Według doświadczeń, zebranych w klinice heidelberskiej guzik M. nadaje się dobrze w tych przypadkach, w których z powodu wynędznienia chorego chodzi o pośpiech przy operacyi, dalej przy wycięciu żołądka drugim sposobem Billrotha. Natomiast szew powinno się stosować przy sprawach łagodnych, przy wszelkich innych sposobach wycięcia żołądka, a w końcu przy przedniej gastroentroestomii. Odejście guzika stwierdzono w klinice heidelberskiej w połowie przypadków. *K.*

Prof. L e x e r. **O przeszczepianiu stawów.** (*Med. klin.* 1908, Nr 22). Z jednej strony wobec niepewnych dotąd wyników leczenia operacyjnego kostnych zesztywnień stawów, a z drugiej wobec wielkiej żywotności przeszczepianych chrząstek i stawów wpadł Lexer na myśl leczenia kostnych zrostów stawo-

wych przeszczepianiem części, a potem i całych stawów. Najpierw więc u jednego chorego, któremu trzeba było usunąć z powodu mięsaka $^1/_3$ kości goleniowej, przeszczepił taki sam kawałek z powierzchnią stawową, uzyskany przy amputacyi nogi z powodu zgorzeli starczej. Wynik czynnościowy był zupełnie dobry, choć kość pochodziła z nogi przeciwnej (prawej). Tu udało się więc przeszczepić pół stawu. Zachęcony tem przeszczepił L. w innym przypadku obie powierzchnie stawowe z więzadłami krzyżowemi, a celem uniknięcia zrostów utworzył sztuczną torebkę stawową z błony surowiczej, uzyskanej przy operacyi wodniaka jądra. I tu wynik był dobry. Wobec tego postanowił L. w końcu spróbować przeszczepić cały staw razem z torebką, co również się udało. W miejsce wyciętego stawu kolanowego u jednego dziecka wstawił L. staw, pochodzący z drugiego (wycięcie z powodu porażenia zupełnego). Sprawę więc przeszczepiania stawów uważać należy za rozwiązaną. Zachodzi pytanie, czy u dzieci przeszczepione części będą rosły dalej, co pokaże dalsze doświadczenie. Buchmann użył w tymże czasie do przeszczepienia w łokieć stawu śródstopnopalcowego. L. sądzi, że w stawie łokciowym podobne operacye są zbyteczne, a wystarczy tu wycięcie łukowate i włożenie celem zapobiegnięcia zrostom płatu okostnej lub płytek chrząstki. Judet przeszczepiał, a raczej wszczepiał królikom wycięte powierzchnie stawowe z powrotem i uzyskał przygojenie. Zresztą jedynie własne próby uważa L. za rozstrzygające. *K.*

Rotter. **Nowy sposób operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Deutsch. med Wochft.* 1908, Nr 171). Przy następowem zeszywaniu rzepki wpływa źle na gojenie ciągłe pociąganie górnego odłamka przez mięsień czworogłowy. R. zapobiega temu w ten sposób, że odszczepia płat z powięzi mięśnia czworogłowego, obraca go na rzepkę i przyszywa tak do odłamków jak i do więzadła własnego rzepki. Przez to działanie mięśnia przenosi się i na dolny odłamek. *K.*

Borchard. **W sprawie zachowawczych sposobów operacyjnych przy mięsakach kości długich.** (*Deutsch. Zeift f. Chir.* T. 93, Z. 1). Wobec ogromnych postępów sztuki przeszczepiania kości, powinno się przy ograniczonych i otorbionych mięsakach kości długich używać przedewszystkiem zabiegów zachowawczych, t. j. wycinania kości z ciągłości, przez co uzyskać można wyniki wcale dobre, a co najważniejsze, chorzy zgodzą się zawsze, nawet w początkach choroby na operacyę, gdy natomiast na odjęcie kończyny nie chcą zezwolić nieraz nawet i w okresach późniejszych. *K.*

Weber. **O całkowitem podskórnem przerwaniu splotu barkowego bez uszkodzenia kości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 21). Przy wypadku automobilowym powstało złamanie łokcia i kości promieniowej. Dopiero po wyleczeniu złamań zauważono zupełne porażenie kończyny górnej. W. rozpoznał przerwanie splotu barkowego, co operacya, wykonana celem zeszycia nerwów, potwierdziła. Przerwanie to, tłómaczy sobie W. przecięciem nerwów przez obojczyk, który przy podniesieniu ręki skręca się i przybliża bardzo do pierwszego żebra. *K.*

Spitzy. **W sprawie leczenia porażeń z pomocą plastyki nerwów.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 27). Plastyka nerwów znajduje obecnie w leczeniu porażeń coraz to szersze zastosowanie. Można obwodowy koniec porażonego nerwu wszczepiać w nerw zdrowy, lub też łączyć go ze środkowym kikutem nerwu zdrowego. W ten sposób łączymy porażony nerw twarzowy z dodatkowym lub podjęzykowym, dalej nerw strzałkowy z piszczelowym, nerw zasłonowy z udowym, promieniowy ze środkowym itp. Przy operacyi uważać należy, by nerwy nie ulegały uciskowi, chwytać też je należy osobnemi szczypczykami, do tego celu zbudowanemi, nie za bardzo odsłaniać z pochewki, szew zakładać skrupulatnie, a miejsce zeszycia odosabniać od otoczenia i chronić od ucisku następowo tworzącej się blizny, przez otulanie tętnicami psa, ustalonemi we formalinie. Szczepienia nerwów, racyonalnie wykonane dają autorowi 70% zupełnych wyleczeń z porażeń. Na wynik trzeba czekać nieraz długo, tem dłużej, im dłużej porażenie już istniało. Występujące czasem po operacyi zaburzenia ruchowe w zakresie zdrowego, użytego do plastyki nerwu, ustępują zwykle z czasem same. *K.*

Preiser. **W sprawie etiologii zniekształcającego zapalenia kręgów szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 27). P. rozróżnia 2 postacie chorobowe tego cierpienia 1) unieruchomiającą, 2) zniekształcającą. Pierwsza zajmuje pierwotnie połączenia wyrostków stawowych, druga wywołuje znów zmiany zniekształtniające w trzonach. Ta druga z postaci występuje głównie w części lędźwiowej i piersiowej kręgosłupa, pierwsza zaś w części szyjnej. P. spostrzegał przypadek, odbiegający nieco od typu, mianowicie u pewnego skrzypka, zdaje się wskutek wadliwego trzymania głowy przy graniu, wystąpiło zniekształcające zajęcie 4—6 kręgu szyjnego, gdy kręgi piersiowe i lędźwiowe nie były cierpieniem dotknięte. *K.*

Wahl. **Czego możemy się spodziewać po obecnem leczeniu skrzywień kręgosłupa?** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). Na podstawie 321 przypadków skrzywień kręgosłupa, leczonych przez siebie, omawia W. sposoby leczenia tego cierpienia. Ruchome jeszcze skrzywienia wyleczyć udaje się zawsze w przeciągu 3 miesięcy do 2 lat z pomocą gimnastyki ortopedycznej, którą należy jednak stosować nietylko codziennie, ale kilka razy na dzień. By temu zadaniu zadość uczynić, posługuje się W. takimi przyrządami, które prawie każdy chory sprawi sobie; chory używa tych przyrządów sam. Wypada to choremu bezwątpienia znacznie taniej, niż nawet najskromniej opłacane leczenie w zakładach. Przyrządy autora są bardzo proste. Jeden z nich stanowi łóżko prostujące, na którem chory śpi w nocy, a drugi składa się z widełek i dwóch pętli, za które chory chwyta i wkładając w widełki wypukłą stronę grzbietu prostuje się. Prócz tego przy ustalonych skrzywieniach stosuje W. forsowne prostowanie (z następową gimnastyką), a przy silnie ustalonych skrzywieniach lekkie prostujące gorsety. Przez częste ćwiczenia w domu wspomaga sam chory ogromnie leczenie i dlatego zapewne W. ma wyniki tak dobre. *K.*

Dermatologia i syfilidologia.

Carle. **Próba poronnego leczenia wiewióra przez wczesne częste wstrzykiwania.** (*Rev. prat. d. mal. d. org. gen. urin.* IV., 22). Autor zaleca u chorych na wiewióra w kilka dni po zakażeniu leczenie poronne w postaci seryi wstrzykiwań z 0,2‰ rozczynu nadmanganezianu potasowego, stosowanych co trzy godziny jako serya z 4—6 wstrzykiwań zwyczajną strzykawką 12—15 gramową. Dwa razy dnia robi wstrzykiwania lekarz, resztę sam chory. Płyn nie powinien przechodzić do tylnej części cewki, a w cewce powinien pozostawać z początku $^1/_2$—1 minuty, później $^1/_2$—2. Od 3—6. dnia należy stosować te wstrzykiwania 4 razy na dzień, z tego raz przez lekarza, od 7—10. dnia trzy razy, od 11—13. dwa razy, a 14-go i 15-go dnia tylko raz dziennie. W przypadkach korzystnie przebiegających już po 48 godzinach znikają objawy zapalne, 5-go dnia tylko rano pokazuje się kropla wydzieliny, której 10-go dnia już zazwyczaj nie ma wcale. W przypadkach, w których pojawi się ból przy wstrzykiwaniu lub oddawaniu moczu, obrzęki cewki lub powikłania, należy zaprzestać tego sposobu leczenia. *Krzyształowicz.*

Nicolas i Jambon. **Białkomocz, a świerzb.** (*Annal. d. derm. et syph.* 1908, 2). Autorowie zwracają uwagę na stosunkowo częste pojawianie się białkomoczu w przebiegu świerzbu (na 101 przyp. 16 razy). W przeważnej części przypadków białko znikało z moczu po wyleczeniu świerzbu, dlatego autorowie sądzą, że w niektórych przypadkach chodzi tu o rzeczywiste zakaźne zapalenie nerek; w innych białkomocz powstaje na drodze odruchu przez podrażnienie skóry, przez zaburzenia w krążeniu w nerce lub też w czynności jej nabłonka. *Krzyształowicz.*

Róbin. **Przypadek przymiotowego cierpienia żołądka, symulujący raka, oraz kilka słów o cierpieniach żołądka w III. okresie przymiotu.** (*Medycyna i Kronika lekarska* Nr 27). W przypadku, spostrzeganym przez R., cierpienie przymiotowe żołądka naśladowało zupełnie raka, lecz. R. ze względu na obecność kwasu solnego w żołądku postanowił najpierw przeprowadzić u chorego leczenie przeciwkiłowe, które rzeczywiście znakomicie pomogło. Cierpienia żołądka w III. okresie przymiotu występują w trojakiej postaci: 1) w postaci przewlekłego nieżytu żołądka (bole głównie wieczorem, nudności, wymioty, brak łaknienia i t. p.); 2) w postaci wrzodu żołądka; objawy spotykamy tu te same, co i przy wrzodzie, bole występują głównie wieczorem i w nocy; 3) w postaci »raka wrzekomego«; spotykamy tu wyczuwalny guz wielkości jaja kurzego lub nawet pomarańczy, zwężenie odźwiernika, wymioty krwawe, charłactwo i t. p. Anatomo-patologicznie spotykamy w kile żołądka ziarniniaki rozległe (typ I.), więcej miejscowe, rozpadłe (typ II.), lub miejscowe, lecz znacznie większe (typ III.). Rozpoznanie, zwłaszcza przy typie III., czasem jest bardzo trudne. Zachowywanie się czynności wydzielniczej żołądka nie daje nam często żadnej wskazówki rozpoznawczej, bo często spotykamy upośledzone wydzielanie soku żołądkowego. W każdym przypadku raka powinniśmy też myśleć i o przymiocie, zwłaszcza w przypadkach nietypowych. *K.*

Sandman. **Szczepienie pozostałościami po zejściu zmian kiłowych.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1908, Nr 5). W kilka

miesięcy, a nawet w całe lata po zniknięciu leczonych zmian kiłowych można jeszcze w miejscach tych zmian przy badaniu drobnowidowem stwierdzić ślady sprawy w postaci nacieków okrągłokomórkowych i zmian naczyniowych. Dla dokładnego poznania okresu udzielania się kiły niezmiernie byłoby ważne wykrycie w tych mikroskopowych resztkach zmian kiłowych krętków bladych. Badania jednak takie, wykonane przez S. i innych, dały wynik ujemny. Pozostała zatem możność wyświetlenia tej sprawy zapomocą doświadczeń na zwierzętach, a mianowicie małpach, u których jad kiłowy łatwo się przyjmuje. Autor przy takich szczepieniach miał dziewięć dodatnich wyników. W ośmiu przypadkach brał materyał z wyleczonych wrzodów pierwotnych, a raz z wyleczonego guzka kiłowego. Czas od zakażenia chorego do dnia szczepienia wynosił od 3 do 17 miesięcy, zaś od wyleczenia wrzodu do czasu szczepienia upływało od kilku do 14 miesięcy. Tylko takie przypadki dobierano do szczepienia, w których w miejscu wrzodu pierwotnego nie występowały objawy drugorzędne. Chorzy, z których brano materyał do szczepień, byli leczeni wstrzykiwaniami olejku merkurolu. W przypadku, w którym autor przeszczepił materyał z miejsca wyleczonego guzka, upłynęło od czasu zakażenia chorego sześć miesięcy, a $1^1/_2$ miesiąca od ustąpienia guzka U małpy w miejscu szczepienia powstało owrzodzenie, w jakiś czas później w otoczeniu objawy drugorzędne. W zmianach tych wykrył autor krętki. Te doświadczenia dowodzą, że jad kiłowy jest żywotny pomimo systematycznego leczenia w miesiące, a nawet lata po ustąpieniu objawów. W ten sposób zarazem wytłómaczoną została możność zakażenia u ludzi, wolnych od objawów kiłowych. *Stopczański.*

Mieszczerskij i Bobrow. **Kliniczna ocena ochronnego działania maści kalomelowej i poronnego wpływu atoksylu na przymiot.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 8). Autorowie z kliniki Prof. Pospiełowa w Uniw. Moskiewskim badali: 1) ochronne znaczenie maści kalomelowej, zalecanej przez Miecznikowa, 2) wpływ wielkich dawek atoksylu, wstrzykiwanych chorym o ile można rychło po zakażeniu przymiotem. Dla rozwiązania pierwszego zagadnienia szczepili autorowie za zgodą chorych w skórze pleców prątki Ducrey-Unny, przyczem po jednej stronie w miejsce szczepienia wcierali maść, po drugiej zaś nie; okazało się, że po tej stronie, gdzie wcierano maść, wrzody były nawet większe i głębsze, niż po drugiej stronie, gdzie maści nie wcierano; wynik ten, zdaniem autorów, zależy od przyczyn niechemicznych (tarcie). Co się tyczy atoksylu, to jednemu choremu zaczęto wstrzykiwać atoksyl w 3 tygodnie po stwierdzeniu wrzodu, a w 7 tygodni po zakażeniu wstrzyknięto w ciągu leczenia 0,017 atoksylu, mimoto ogólne objawy wystąpiły po upływie 4 tygodni po stwierdzeniu wrzodu, a w 2 miesiące po zakażeniu. W drugim przypadku wrzód powstał w 43 dni po spółkowaniu, gruczoły obrzękły w 48 dni po zakażeniu. Wycięto wrzód i gruczoły na 10. dzień i tegoż dnia zastosowano leczenie atoksylem. Wstrzyknięto w ciągu 15 dni 2,7 grm. francuskiego atoksylu, mimoto na 19. dzień od operacyi i od początku leczenia atoksylem zaczęły się rozwijać ogólne objawy. Na podstawie tych 2 spostrzeżeń wnoszą autorowie, że o poronnem działaniu atoksylu na przymiot i mowy być nie może. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Butte L. **Znaczenie 25% maści kalomelowej, jako środka zapobiegawczego w kile.** (*Ann. d. thér. derm. et syph.* VIII., 5). Roux i Miecznikow polecali w kilka godzin po zakażeniu kiłą wcieranie 25% maści kalomelowej, mającej zapobiegać wystąpieniu choroby. Autor pouczył dwóch swych pacyentów, zgłaszających się do niego skutkiem innych chorób, jak mają używać tego zapobiegawczego środka, obaj jednak mimo przestrzegania tego przepisu, zgłosili się po pewnym czasie z objawami kiły pierwotnej. B. sądzi zatem, że tej metodzie nie można ufać bezwarunkowo. *Krzyształowicz.*

Bullaley D. **Znaczenie jarskiego pożywienia w leczeniu łuszczycy.** (*VI. Zjazd międzynar. w N. Yorku*). B. zwracał już przed laty uwagę na to, że pożywienie mięsne pogarsza istniejące zmiany łuszczycowe, które znikają szybciej przy zakazie używania potraw mięsnych. B. stwierdził przez dalsze spostrzeżenia, że przy ścisłej dyecie jarskiej znikały zmiany łuszczycowe nawet bez leczenia miejscowego, a nawroty nie pojawiały się, wysypka jednak zjawiała się wtedy, gdy chorzy przechodzili do pożywienia mięsnego. Dla dokładności i szybkości wyniku łączy B. leczenie miejscowe i wewnętrzne z jarską dyetą i z wyników jest zupełnie zadowolony. *Krzyształowicz.*

Jogiches. **O leczeniu naczyniaków elektrolizą.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 9). W ciągu r. 1906/7 usunął J. w dziecięcym szpitalu w Petersburgu 89 naczyniaków przy pomocy elektrolizy i na podstawie swego doświadczenia gorąco poleca ten sposób leczenia. Według J. jest elektroliza wskazana: 1) Do usuwania powierzchownych naczyniaków na twarzy niezależnie od ich wielkości; do usunięcia drobnych naczyniaków wystarcza nawet jedno lub kilka posiedzeń; przy większych naczyniakach trzeba posiedzeń nieraz znacznie więcej. W tych przypadkach przewaga elektrolizy przed sposobem chirurgicznym polega *a)* na tem, że nie potrzeba brać skóry z sąsiednich okolic dla pokrycia ubytku, *b)* że blizny prawie się nie kurczą, co ma ogromne znaczenie tam, gdzie naczyniaki graniczą z otworami: ust, nosa, oczu i t. d. 2) Do usunięcia naczyniaków błon śluzowych wewnętrznej powierzchni policzków, podniebienia i t. d., jak również naczyniaków, rozwijających się na miejscu przejścia skóry w błonę śluzową, naczyniaki warg, końca nosa, wejścia do pochwy, odbytu i t. d. 3) Do usunięcia naczyniaków, leżących głębiej pod skórą i bez ostrych granic, przechodzących w otoczenie. Operacya chirurgiczna jest w takich przypadkach wprost niemożebna wskutek braku pewnych granic; usunięcie zaś naczyniaków razem ze zdrową tkanką wywołuje zbyt wielkie oszpecenie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Fromme. **Leczenie zapalenia pęcherza moczowego u kobiet.** (*Tow. lek. w Halle* 19. II. 1908). F. omawia leczenie zapaleń i niezytów pęcherza moczowego u kobiet z wyłączeniem gruźlicy, trypra i kamieni. Zakażenie pęcherza powstać może drogą zstępującą z nerek, lub wstępującą n. p. przez nieczyste narzędzia. Sposób powstania wielu cierpień pęcherza jest jeszcze zupełnie ciemny. Należy tu n. p. zapalenie pęcherza, występujące często u kobiet starszych bez żadnej widocznej przyczyny. Tłómaczymy sobie powstanie jej osłabieniem zwieracza i samegoż pęcherza, który wskutek tego nie opróżnia się zupełnie, zalegający mocz rozkłada się, niedomykający się zwieracz przepuszcza drobnoustroje z przedsionka, a te w rozłożonym moczu znajdują dobre podłoże do rozwoju. U młodych kobiet takie samoistne zajęcie pęcherza należy do wielkich rzadkości, bo zwieracz działa u nich dobrze i pęcherz kurczy się należycie. Każde cierpienie pęcherza badać należy cystoskopem. Wszystkie zapalenia pęcherza leczy F. przedewszystkiem spokojem. Wewnętrznie podaje odwar z mącznicy niedźwiedziny (*fol. uvae ursi*), wody alkaliczne, urotropinę i poleca odpowiednią dyetę. Największy nacisk kładzie jednak na leczenie miejscowe, wprowadzając do pęcherza środki działające przez czas dłuższy odkażająco, a mianowicie 10 ctm.³ 10% mieszanki jodoformu z oliwą lub gliceryną, co 1—2 dni, odrzuca zaś właściwe przepłukiwania. Po ustąpieniu ostrych objawów, co zwykle najlepiej po 2—3 wkropleniach mieszanki jodoformowej, przechodzi F. do wkraplań 1—5% azotanu srebra, do szyi pęcherza. Kurczący się zwieracz wyciska roczyn na dno pęcherza; wkraplań tych robi F. zwykle 2—3, poczem osiąga zazwyczaj wyleczenie. — W dyskusyi poleca Penkert zamiast jodoformu (przykra woń), mieszankę kseroformową, Rothe płukania 1% fenolsalylem, Kneise zakładanie pręcików jodoformowych (0,1). *K.*

Lewen. **W sprawie plamistego zaniku skóry.** (*Monatsh. f. prakt. Derm.* T. 46, Nr 7). L. opisuje przypadek plamistego zaniku skóry, który wystąpił w czasie leczenia kiły świeżej u kobiety średniego wieku. Na skórze tułowia i kończyn pojawiły się liczne niebieskawe plamy od wielkości feniga do wielkości marki. Skóra w miejscach plam zanikła, cienka marszczyła się w drobniutkich fałdach. Poszczególne ogniska o ostrych granicach leżały nieco poniżej powierzchni prawidłowej skóry. W czasie leczenia nie dostrzegł L. w miejscach zajętych plamami żadnej zmiany w kierunku polepszenia lub pogorszenia. Wynik badania histologicznego jednego z większych ognisk był następujący: warstwa rogowa bez szczególniejszych zmian, warstwa jasna (*ito lucidum*) nieco szersza. W sieci Malpigiego komórki prawidłowe, bez śladów zwyrodnienia. W warstwie tej jednak widać przypłaszczenie brodawek, w pewnych miejscach nawet brak ich zupełny. Poniżej tej warstwy i w ostatnich jej szeregach znajdują się młode komórki łącznotkankowe. W głębszych warstwach zauważa się lekkie objawy zapalne, zanik włókien sprężystych, obfite unaczynienie i wytwarzanie się tkanki łącznej. W skrawkach, barwionych barwikiem Giemsy, krętków nie znaleziono. Za związkiem tych zmian z równoczesną kiłą przemawiałyby zdaniem autora: rozrost tkanki klejorodnej i obfite unaczynienie; przeciw temu związkowi przemawia z drugiej strony brak znaczniejszych nacieków. Ze względu jednak na to, że plamy zanikowe po pierwszem wstrzyknięciu miąższowem salicylanu rtęci wyraźniej występowały i sprawiały pewne swędzenie, okazując w ten sposób pewne podobieństwo do odczynu

Hernheimera przy wysypce kiłowej, nie wyłącza L. prawdopodobieństwa tego związku. *Stopczański.*

Neumann. **Z kazuistyki rybiej łuski** (*Ichtyosis. (Monatsh. f. prakt. Derm.* T. 46, Nr 7). Z trzech przypadków tej choroby, opisanych przez N., dwa dotyczyły dwóch sióstr, których matka również tem samem cierpieniem miała być dotkniętą. Obie siostry miały ten sam rodzaj tego cierpienia w postaci t. zw. *Ichtyosis follicularis.* U obu chorych zmiany na skórze wystąpiły w pierwszych latach życia, nie sprawiając jednak żadnych dolegliwości. Trzeci przypadek dotyczył 15-letniej dziewczyny, w której rodzinie nikt w podobny sposób nie chorował. U tej chorej skóra tułowia w całości prawie jest pokryta łuskami, które w dużych płatach się złuszczają; również i kończyny z wyjątkiem przedramion pokryte dużemi połyskującemi tabliczkami składającemi się z okrągławych łusek. W ciągu leczenia kąpielami, nacieraniami szarego mydła i lanoliny nastąpiło u tej chorej małe polepszenie. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w dniu 10. lipca 1908.

1) P. Głowackiemu, aptekarzowi, wychodźcy z r. 1863, uchwalono udzielić zasiłku na powrót do kraju.

2) Przyjęto do wiadomości list Dr Fronczaka z Buffalo w sprawie urządzenia Zjazdu lekarzy i aptekarzy polskich w Ameryce.

3) Nadesłane materyały do sprawy partactwa lekarskiego dołączono do zbiorów, gromadzonych przez Towarzystwo celem zwalczania partactwa.

4) Uchwalono zaprotestować przeciwko mianowaniu w jednej z grup Związku Polek w Chicago lekarzem egzaminatorem Irlandczyka, nie umiejącego nawet rozmówić się po polsku z badanymi. Towarzystwo zaznacza całą niesprawiedliwość takiego postępowania ze strony grupy, kiedy nawet prawo związkowe zastrzega wybór lekarza Polaka na egzaminatora, z wyjątkiem tych miejscowości, gdzieby lekarza Polaka nie było. Wobec tego, że grupa ta jest w Chicago, a lekarzy polskich jest tu dostateczna ilość, przeto potrzeby szukania lekarza Irlandczyka do polskiej organizacyi nie było, na co Towarzystwo lekarzy polskich zwraca uwagę opinii publicznej.

5) Na Sejm przemysłowców polskich wydelegowano w odpowiedzi na nadesłaną odezwę Dr Żurawskiego i Szwajkarta.

6) Obszerną dyskusyę wywołała sprawa udziału lekarzy w reprezentacyach publicznych. W dyskusyi podniesiono, że dziś ustrój społeczny rozwija się w ten sposób, iż życie ludzkie w ekonomii społecznej nabiera coraz to większej ceny. Sanitarne urządzenia i uprzedzanie wybuchu chorób zmniejszają śmiertelność i przedłużają życie człowieka, a lekarze powinni mieć w tych i podobnych sprawach najpoważniejszy głos, jako ludzie najbardziej w nich kompetentni. Tymczasem np. w radzie powiatowej niema żadnego lekarza od 14 lat, rada ta zaś ma w swoim zarządzie tak poważne instytucye lecznicze, jak szpitali powiatowy na przeszło 1600 chorych, dom dla obłąkanych na 1000 chorych, dom dla kalek i starców na 600 chorych i t. p. Oprócz tego rada załatwia mnóstwo spraw i urządzeń sanitarnych powiatu. Wpływ lekarzy w tym kierunku musi przyjść z czasem i u nas.

W dyskusyi zabierali głos Drzy: Czaki, Stupnicki, Szwajkart, Żurawski, Bozinch, Ostrowski, Boguszewski i inni.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Spostrzeżenia nad podniebiem tatrzańskiem.

Pzyczynek do geografii lekarskiej Polski.

Napisał

Stanisław Eljasz Radzikowski,

b. lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem, b. asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu we Lwowie.

Bardzo niewiele mamy spostrzeżeń nad rozsiedleniem chorób na obszarze dawnej Rzeczypospolitej. W podręcznikach lekarskich znaleść można uwagi, dotyczące rozmieszczenia chorób w rozmaitych krajach, najmniej jednak o Polsce.

Wdzięczny to temat do badania, zwłaszcza w jednej części Rzeczypospolitej, to jest w Galicyi, gdzie przedewszystkiem lekarze powiatowi, a w nowszych czasach utworzeni okręgowi mogą się zajmować z wielkim pożytkiem tą sprawą. Za granicą dawno zwrócono baczną uwagę na tego rodzaju spostrzeżenia i istnieją też tam takie dzieła, jak n. p. wspaniała geografia wola w Szwajcaryi przez Kochera.

Przebywając przez wiele lat pod Tatrami w Zakopanem, zebrałem nieco spostrzeżeń pod tym względem i tutaj je streszczam, zachowując sobie na później obrobienie szczegółowe tego przedmiotu.

I. Gruźlica. Naprzód dotknę gruźlicy płuc. Wiadomo, że dzisiaj już powszechnie zarzucono dawne mniemanie, szerzono przez twórcę nowej fizeoterapii, Brehmera z Gerbersdorfu, jakoby istniały okolice wysoko położone, zupełnie wolne od gruźlicy. Dzisiaj jest rzeczą pewną, że tej choroby nigdzie, gdzie ludzie żyją, nie brak.

Niemniej jednak gruźlica może się różnić w pewnych okolicach częstością występowania, oraz przebiegiem. I o tem właśnie chcę pomówić ze względu na klimat tatrzański.

Jak w każdej rzeczy, niezupełnie znanej, istnieją dwa skrajne przekonania wśród niektórych lekarzy o pojawianiu się gruźlicy w Zakopanem.

Istnienia jej zaprzeczać nie myślę, bo rzeczywiście wydarza się ona tak w Zakopanem, jak i we wsiach sąsiednich. Oczywiście mam tu na myśli tylko ludność miejscową, a nie przybyszów.

Choć się gruźlica wydarza, to trzeba jednak przyznać, że jest stosunkowo rzadką chorobą. Dokładnych liczb statystycznych podać nie można. Wyciągi z parafii nie na wiele się przydadzą, gdy chodzi o ułożenie statystyki suchot, albowiem oględzin zwłok dokonują z małym wyjątkiem we wszystkich wsiach oglądacze ludowi, którzy po ludowemu nazywają suchotami każdą wyniszczającą chorobę, więc n. p. cherę nowotworową i t. p. Oprzeć się tu więc na razie trzeba na doświadczeniach, zebranych w praktyce. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że gruźlica płuc nie jest częsta. Nie znaczy to, aby sami górale byli odporni, tylko warunki otoczenia nie sprzyjają zakażeniu. Ci sami ludzie, dostawszy się w niziny, w okolicznościach sprzyjających zakażeniu, dostają gruźlicy. I tak częstą przyczyną gruźlicy bywa u górali służba wojskowa, która przez wysiłki i złe warunki higieniczne sprzyja zakażeniu. Górale w wojsku często zakażają się gruźlicą, i wyszedłszy w trzecim roku służby na urlop do domu, zapadają w dalszym ciągu na tę chorobę. Dalej z okolic Podhala służą często w szpitalach i klinikach krakowskich posługaczki, które już z prawidła po kilku latach pobytu w tych zakładach zapadają na gruźlicę płucną.

Gruźlica szerzy się nieraz w jednej i tej samej rodzinie, co przez wzgląd na stykanie się ciągłe i sypianie wspólne łatwo zrozumieć.

Zauważyłem, że gruźlicy ulega z ludności zakopiańskiej najwięcej ludność Kuźnic, złożona z przybyszów, sprowadzonych z dalekich stron, wogóle z nizin, w części pochodzenia obcego (czesko-niemieckiego), która żyje w biedzie, i w o wiele gorszych warunkach higienicznych, niż ludność góralska.

W przebiegu gruźlicy w okolicach podtatrzańskich da się spostrzedz ciekawy objaw, a mianowicie, że u ludności miejscowej góralskiej krwotoki zupełnie się nie pojawiają. W żadnym z wielu spostrzeganych przypadków gruźlicy u górali krwotoków nie zauważyłem. W plwocinie zdarza się krew jedynie w postaci skąpej domieszki lub drobnych żyłek, do krwotoku przecież nie dochodzi. Wiąże się z tem spostrzeżenie uczynione przez wielu lekarzy w rozmaitych lecznicach górskich, że nigdy krwotoków nie widzieli w klimacie górskim u chorych takich, którzy ich już w domu nie mieli.

Z przypadków gruźlicy wśród przyjezdnych chorych zakopańskich ani w jednym nie spotkałem krwotoków, któreby wystąpiły po raz pierwszy w Zakopanem. Zdarzają się nawet bardzo znaczne krwotoki, lecz u osób, które już dawniej w domu krwotoki miewały [1]).

II. Zimnica. Zimnica miejscowa w Zakopanem i okolicy nie istnieje. W każdym przypadku zimnicy u ludności miejscowej można stwierdzić zawsze poprzedni pobyt chorego na nizinach.

[1]) Niezwykle ciekawy ten objaw, że krwotoku płucnego nie ma u ludności góralskiej, należy oczywiście wytłomaczyć, co sobie zachowuję na inny raz. Wymaga to dłuższej pracy.

Ciekawą jest rzeczą, że chory ten mógł przed kilku miesiącami jeszcze powrócić do gór i dopiero potem pod wpływem bezpośredniej przyczyny napady wystąpiły. Zdarza się mianowicie tak, że górale wychodzą na roboty w dalekie strony, w niziny, do Królestwa Polskiego, wogóle jak mówią »w doły na Lachy«, i wracają po dłuższym tam pobycie »na góry«, czyli Święta Bożego Narodzenia do gór. Z nastaniem wiosny przy robotach ziemnych naraz pojawia się zimnica. Napady te zazwyczaj po kilku dawkach chininy bezpowrotnie giną.

Osoby obce przybyłe do Zakopanego, mające już dawniej w sobie zarazki zimnicze, mogą dostać tutaj napadów pod wpływem jakiegoś czynnika szkodliwego, który wyzwala z ukrycia dawną chorobę. Wogóle jednak ponieważ miejscowa zimnica w Zakopanem nie istnieje, wysyłanie chorych na zimnicę do tego uzdrowiska jest uzasadnione.

III. Gościec, nerwobole. W Zakopanem i jego okolicy stosunkowo częsty jest gościec stawowy z następstwami, gościec mięśniowy, oraz nerwobole, a to z powodu wpływów klimatycznych. To też ostre postacie tych chorób nie nadają się do Zakopanego, a stan chorych może się tu nawet pogorszyć. Działa tu zwłaszcza szkodliwie wiatr halny, który wywołuje często nerwobole, oraz wpływa rozdrażniająco na usposobienie.

IV. Rany. Gojenie się ran odbywa się bardzo szybko i pomyślnie w Zakopanem. Jest tu widoczny wpływ czystości powietrza, gdy n. p. rana po nacięciu ropnia goi się o połowę szybciej, niż na nizinach.

V. Wole. Wole zdarzają się u ludności w Zakopanem, jednak są bardzo rzadkie, i co ciekawsze, że pojawiają się wśród wzgórz podgórskich, więc w paśmie Gubałówki, która już do Tatr nie należy. W parze z wolem idzie też matołectwo, tylko w pasmie Gubałówki pojawiające się niekiedy.

VI. Jaglica. Jaglicy miejscowej nigdy nie widziałem, a wiadomo mi, że górale z wojska puszczeni na urlop i stamtąd przynoszący jaglicę, tracą ją rychło i bez leczenia. Przedstawiwszy się pierwszy raz z objawami tej choroby lekarzowi powiatowemu, już za drugim lub trzecim razem nie okazują jaglicy.

VII. Krew, przemiana materyi. Podobnie, jak to w innych górach stwierdzono, przybywa również w klimacie zakopańskim ilościowo ciałek czerwonych krwi, o ile ze spostrzeżeń moich sądzić mogę.

Badania dotyczące przemiany materyi i zmian w tej sprawie pod wpływem klimatu tutejszego wymagają osobnych urządzeń, to też o tem dzisiaj tylko ogólnie sądzić można. Brak jakiejkolwiek pracowni chemiczno-lekarskiej nie pozwala na przedsiębranie badań dokładnych. Przyspieszenie przemiany niewątpliwie istnieje; ilościowych spostrzeżeń nie posiadam.

Z innych właściwości podniebia zakopiańskiego, czy tatrzańskiego, jeżeli się je obejmie szerzej, wspomnę o następujących objawach.

α) W Zakopanem sen pokrzepiający trwa krócej, niż na nizinach (sześć godzin zupełnie wystarcza).

β) Pot kroplisty nie istnieje, przynajmniej obfity na wycieczkach pot się ulatnia bez pozostawienia kropel znoju na skórze.

γ) Podniebie tatrzańskie wpływa na układ nerwowy silnie. podniecająco [2]).

δ) Ciepłota w pokoju w zimie musi być niższa, niż w nizinach, i tak 15—16° R. wydaje się już gorącem nie do zniesienia. Ja miewałem po 12° R. i zupełnie nie ziąbłem, czy pisząc, czy badając chorych.

Na tem kończę ten krótki szkic, który dawno spoczywał na tece, a który w końcu ogłaszam, aby zachęcić kolegów zakopańskich do spostrzeżeń, w których można dojść do wcale ciekawych wyników.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawę lekarzy szpitalnych z powodu artykułu Dra Porajewskiego porusza Dr Połochajło (Głos lek. 16), podnosząc, że nietylko prymaryuszom, ale i sekundaryuszom szpitali krajowych w Galicyi należy się poprawa bytu. Sekundaryusze pobierają tylko 1000 K. rocznej płacy, zajęci są zaś w szpitalu więcej, niż prymaryusze, bo są obowiązani dwa razy dziennie odwiedzać chorych i zastępować prymaryuszy w razie ich nieobecności. W czasie takiego zastępstwa musi sekundaryusz prowadzić także administracyę, chociaż z nią — niedopuszczony do komitetu administracyjnego szpitala — mało ma zresztą sposobności się zapoznać. Wreszcie sekundaryusz na prowincyi prawie nigdy nie dostaje się na stanowisko prymaryusza. *R.*

[2]) Przykładem nieznośne sprawy, które zaprzątają nieraz nasze społeczeństwo, a którychby nie było może na nizinach.

W sprawie popierania wyrobów swojskich podnosi Dr Klęsk (Głos lek. 16), że wyparcie pruskiego towaru (n. p. narzędzi), powinniby we własnym interesie ułatwiać fabrykanci nasi przez zniżenie cen, które obecnie nieraz są trzykroć większe, niż ceny wyrobów zagranicznych. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 5; zmarło osób 55 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 18 (9), zapalenia płuc 5 (3), płonicy 2 (1), czerwonki (1), cholery dzieci 6 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 2, (w tem obcych 2 — † 2), krztuśca 5 (—), płonicy 15 † 2 (8 † 1), odry 5 (—), czerwonki 1 † 1 (1 †), cholera dzieci 6 † 6 (3 † 3), duru brzusznego 5 (4). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na czas wyjazdu redaktora głównego »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dra Ciechanowskiego, objął czynności redakcyjne Doc. Dr St. Dobrowolski (Podwale 2).

Z różnych stron. Cholera poczyna w Rosyi (w gubernii astrachańskiej, samarskiej i t. d.) silniej się szerzyć; musimy więc wcześnie przygotować się wobec niebezpieczeństwa, które w pochodzie ku Europie najrychlej naszym ziemiom zagrozi.

— Partactwo lekarskie w Szwecyi próbują zwalczać zapomocą popularnych wystaw wędrownych, dotyczących tej sprawy.

— Jako temat międzynarodowego konkursu im. Hodgkinsa wyznaczono: »Stosunek powietrza atmosferycznego do gruźlicy«. Nagroda wynosi 500 dol.; wyjaśnień udziela Charles D. Walcott, sekretarz »Smithsonian Institute« w Washingtonie.

— Ze 125,000 lekarzy amerykańskich zmarło w r. 1907 — 2013, t. j. 161‰, najwięcej na choroby serca, potem na udar mózgowy, zapalenie płuc, nerek, gruźlicę, uwiąd starszy, nowotwory; natomiast choroby zakaźne zabrały wśród lekarzy amerykańskich stosunkowo mało ofiar.

Redaktor odpowiedzialny:

Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Xeroform Zupełnie nietrujący i niedrażniący, dający się wyjałowić **proszek do posypywania ran**. Przy **ranach jałowych** przeszkadza xeroform w grubej warstwie zlepianiu się rany i opatrunku, zatrzymaniu się wydzieliny, ropieniu w szwach i t. d. Przy **oparzeniach** ustępują natychmiast nieznośne poprzednio bóle i rana pokrywa się szybko naskórkiem przy skąpej wydzielinie wśród tworzenia się gładkich delikatnych blizn.

Collargol Znakomity lek w sprawach **septycznych**. Najskuteczniejszy przy wstrzykiwaniu **śródżylnem** i w postaci wlewań dających się łatwo zastosować. Do wlewań collargolowych początkowo duże dawki, 2 do 5 g. na 100 g. wody dziennie, później 0,5 do 1 g na 50 do 100 g. wody przez 2 do 3 tygodni.

Tannismut (Dwugarbnik bismutu). Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani **lek ściągający jelita**, łączący działanie bismutu i tanniny. **Działa tam gdzie inne środki zawodzą.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Jałowe szpatułki drewniane

do jednorazowego użytku 219

w paczkach po 50 sztuk, po 50 halerzy paczka. — Zamiast pędzli do pędzlowania gardła **wyjałowione pręciki z wacikami i bez wacików** w paczkach po 50 sztuk. Paczka pręcików bez wacików 25 halerzy, paczka pręcików z wacikami 30 halerzy.

Urządzenia kompletne aptek domowych dla lekarzy.

ANDRZEJ ADAMSKI: Krowodrze 133.

NATURALNE CZYSZCZENIE

ust i zębów sprawia PEBECO,

ponieważ pobudza czynność ślinianek. Pebeco przyśpiesza obieg krwi w zwiotczałej tkance i wzmacnia przezto dziąsła. Pebeco posiada długo odświeżający, wzmacniający smak i nawet przy stałem używaniu nie działa szkodliwie na zęby.

PEBECO

14 b

Beiersdorfa pastę na zęby z kalichloricum według Prof. Dra P. G. Unny

stosują lekarze i dentyści od prawie dwu dziesiątek lat stale i ze znakomitym skutkiem do pielęgnowania ust i zębów. Pebeco jest niezbędne przy stomatitis mercurialis i innych schorzeniach jamy, ust przy cuchnieniu z ust i dla namiętnych palaczy.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. Beiersdorf et Co., Chemische Fabrik, Hamburg.

Krewel & Co Fabryka chem., Köln a. Rh.

SANGUINAL

bardzo skuteczny, łatwo ulegający wessaniu i wygodny **przetwór krwi i żelaza** polecany najusilniej przez wielu **wybitnych autorów leczenia niedokrewności i blednicy** i ich następstw. — Po długoletniem stosowaniu wypróbowana postać podawania:

Pilulae Sanguinalis Krewel

jakoteż ich połączenia z **creosot., guajacol. carb., acid. arsenicos., chinin. mur., jod. pur., ichtyol., natr. cinamylic., extract. rhei., lecithin., vanadin., pentoxyd**

Liquor Sanguinalis Krewel

bardzo łatwo ulegający trawieniu płynny przetwór żelaza, szczególnie **do praktyki kobiecej i dziecięcej** stosowny. **Można otrzymać również** w następujących wypróbowanych połączeniach: **Liq. sanguinal. c. malto, liq. sanguinal. c. lecithin., liq. sanguinal. c. vanadin.** jakoteż jako smaczna

sanguinalowa zawiesina tranu 213 a

Taeniol według dra Goldmana, bardzo skuteczny, zupełnie nietrujący **środek czerwiogubny** zarówno przeciw tasiemcowi jakoteż przeciw tęgoryjcowi, gliście dżdżownicowatej i robaczkowej, wypróbowany. **Kołaczyki taeniolowe** dla dzieci, zamiast kołaczyków santoninowych.

Vaporin według dra Staedlera polecana gorąco do leczenia krztuśca, zupełnie nieszkodliwa, prosta w użyciu, sprawia w krótce zmniejszenie się liczby napadów.

Wdechiwania vaporinowe używane także zapobiegawczo.

Próbki i piśmiennictwo do rozporządzenia!

Skład jeneralny na Austro-Węgry: Alte k. k. Feldapotheke Wien I. Stephansplatz 8.

Rok XLVII. Kraków, dnia 29. sierpnia 1908. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dra St. Serkowskiego w Warszawie.

Chlorowanie, bromowanie i buddyzacya wody do picia.

Opracował

inż. J. Kruszewski.

(Dokończenie).

Pozostaje roztrząsnąć trzy jeszcze pytania. Pierwszym z nich byłaby sprawa szkodliwości lub nieszkodliwości dla ustroju. Opierając się nietylko na ogólnem świadectwie odnoszącego się do tej sprawy piśmiennictwa, ale i na własnem doświadczeniu stwierdzić mogę, że woda z dodatkiem 0,1 nadtlenku wodoru, przez dłuższy czas pita, żadnych, najmniejszych nawet zaburzeń w ustroju nie wywołuje.

Co do smaku takiej wody, to jest on lekko mdławy, ale wyraziłbym się, że z góry o dodatku H_2O_2 do pitej wody wiedzieć trzeba, by módz to zauważyć. Zapewnić mogę że osoby, o dodatku tym nie wiedzące, żadnej różnicy między wodą zwykłą, a w ten sposób wyjałowioną zauważyć nie mogły. Ogrzanie takiej wody do 40—50° niszczy zupełnie zły jej smak, który to środek jednak, jako kłopotliwy, celowi swemu nie odpowiada.

Piętą Achillesa byłby koszt oczyszczanej w ten sposób wody. Kupny, znajdujący się w handlu dwutlenek wodoru okazuje tak silne wahania swej procentowości, że bez poprzedniego jego rozbioru trudnoby było oznaczyć miarową ilość jego dodatku. Rozbiory stwierdzają średnio 2,8 do najwyżej 3% wagowych jego zawartości jako czystego H_2O_2. Przykrą również stroną jest wielka ilość zawartych w nim części stałych. Pod tym względem rozbiory stwierdzały aż do 93 gramów na litr różnych soli (przeważnie siarczanów). Za to dobrą jego stroną jest względna taniość, około 25 kop. za kilogram.

Obliczając więc koszt odkażania danej wody, za dodaniem do niej ilości dwutlenku wodoru, odpowiadającej formule H_2O_2 w stosunku 0,04%, dochodzimy do wniosku, że na odkażenie 10,000 litrów wody (studni) wydać musimy 34 rbs.

Doświadczenia w naszej pracowni wykonano z wodą utlenioną 30% Mercka. Naturalnie koszt tego przetworu przenosi wszelką ekonomiczną możliwość.

Przy odkażaniu wody powyższym sposobem w praktyce wskazanem by było, dodawać wyliczoną ilość dwutlenku wodoru, do większych ilości wody odrazu, a to dlatego, że z jednej strony skuteczność tego środka stoi w prostym stosunku do długości jego działania, a z drugiej strony on sam po pewnym czasie, samoistnie się rozkładając, pozbawia coraz bardziej wodę przykrego smaku.

Tablica 1 i 2.

W mlgr.	Dodano H_2O_2 %	Znaleziono H_2O_2	Przyjęto udział H_2O_2 w odczynie	Utlenione $KMnO_4$	O	Bakterye
Woda studzienna	—	—	—	26·8	6·7	Wyrosły
»	0·01	88	25	25·4	6·2	»
»	0·02	126	100	19·3	4·9	Nie
»	0·03	307	33	25·8	6·3	»
»	0·04	289	164	15·8	3·9	»
»	0 05	350	216	7·6	1·9	»
Woda ze ściekiem rynsztokowym	—	—	—	58·2	14·5	Wyrosły
»	0·01	61	52	34·6	8·7	»
»	0·02	130	196	27·6	6·9	»
»	0·03	205	135	25·6	6·4	»
»	0·04	292	161	17·13	4·2	Nie
»	0 05	309	257	9·1	2·2	»
Woda studzienna	—	—	—	37·3	9·3	Wyrosły
»	0·01	67	46	43·2	8·5	Nie
»	0·02	101	125	35·6	8·9	»
»	0·03	142	298	22·4	5·6	»
»	0·05	362	91	34·8	8·7	»
»	0 05	306	260	15·0	3·8	»
Woda + 20% ściek rynszt.	—	—	—	124·6	31·2	Wyrosły
»	0·01	42	71	116·3	29·1	»
»	0·02	96	130	102·3	25·5	»
»	0·03	109	231	86·1	21·5	»
»	0·04	108	345	42·2	10·6	Nie
»	0·05	202	364	41.2	10·3	»

Taalica 3.

Rodzaj wody	Dodano H_2O_2 %	Cześci stałe w w. g.	Strata po prazeniu
Studzienna	—	433	154
—	0·01	431	123
—	0·02	438	118
—	0·03	417	107
—	0·04	430	96
—	0·05	423	84
Studzienna + 5% rynsztok.	—	452	192
—	0·01	450	174
—	0·02	448	149
—	0·03	451	158
—	0·04	446	142
—	0·05	456	156

Zarówno, jak woda utleniona, tak i haloidy zdawna są znane jako silny środek utleniający. Chlor w obecności wody rozkłada ją, tworząc kwas solny i uwalniając tlen. Z drugiej strony chlor w stanie wolnym działa, jak wiadomo, niszcząco na ciała organiczne. Stosując obie te jego własności w praktyce, starano się już od dawna zastosować go do odkażania wody.

W kierunku tym istnieje również obszerne piśmiennictwo. Chlor, brom, (także jod), stosowano w powyższym celu według rozmaitych sposobów i metod, które ze swej strony najrozmaiciej są oceniane i krytykowane. I tu prawda leży pośrodku.

Odkażanie wody zapomocą halogenów może mieć praktyczne zastosowanie, ale w pewnych tylko warunkach.

Rozpoczynając od chlorowania, nadmienić należy, że chlor wolny do odkażania wody nie bywa stosowany. Otrzymywanie i przechowywanie go w stanie gazowym mijałoby się z celami praktycznymi. Proponowano więc jego sole, tak n. p. chlorek wapna. Odczynnik ten ma silną własność odkażającą; ujemna jego strona polega na wzmożeniu twardości danej wody. Inna sól chloru odpowiada bardziej swemu celowi. Jest nią podchloryn sodu NAOCl.

W teoryi odczyn przebiega idealnie dla danego celu. Tlen się uwalnia, utlenia części organiczne, pozostaje drobina nieszkodliwej soli kuchennej.

$$NAOCl = NaCl + O.$$

W praktyce rzecz się ma inaczej. Podchloryn sodu zawiera zwykle chlor wolny, który jakkolwiek korzystny dla odczynu, jednakże następnie trudno daje się usunąć. Otrzymujemy przytem związki NaCl, NaOCl, NaO_3Cl i t. d. których różnorodność nie pozwala na poprzednie dokładne określenie ilości soli, jaką należy dodać, a które przytem w smaku są arcyniemiłe. Wreszcie nadzwyczajna zmienność procentowości roztworu NaOCl utrudnia praktyczne jego zastosowanie w szerszym zakresie. W doświadczeniach wykonywanych w pracowni Dra Serkowskiego trzymano się początkowo ściśle danych, zawartych w piśmiennictwie. Okazuje się tymczasem, że nietylko podawana przez wielu autorów ilość podchlorynu jest niedostateczną, ale że i przy potrójnej jej ilości zarazki chorobotwórcze i gnilne żyją i rozwijają się dalej.

Hümermann i Deiter zalecają dodawanie podchlorynu sodu do wody, którą się ma odkazić, w ilości odpowiadającej 0,04 czynnego chloru, zapewniając zarazem, że wszelkie chorobotwórcze zarazki w ten sposób zostaną zniszczone. Otóż doświadczenia przez nas wykonane z podwójną ilością wspomnianego odczynnika, na rozmaitych, tak zakażonych ściekiem rynsztokowym, jak i studziennych wodach, oraz na wodach, zawierających chorobotwórcze (durowe) bakterye, dały zupełnie ujemne wyniki. Wszystkie bakterye we właściwym czasie wyrosły.

Dopiero dodatek 5-krotnej ilości podchlorynu sodu hamował zupełnie rozwój drobnoustrojów. Pomienione doświadczenia powtarzaliśmy kilkekrotnie z tymsamym zawsze wynikiem. Na zasadzie tych doświadczeń powiedzieć można, że dopiero 0,2 (zawsze na litr H_2O) czynnego chloru wystarcza do zupełnego zabicia wszelkich bakteryi. Jednakże odkażona w ten sposób woda, jest wskutek silnego zapachu i smaku chlorowego do picia niezdatna i usuwanie nadmiaru chloru zapomocą podsiarczynu sodu niewiele pomaga.

Wynika z powyższego, że chlorowanie wody, takiej, którąby następnie miała być jako ta sama woda użytą do picia, nie może mieć zastosowania, i że raczej służyć może ono tylko do odkażania studzien z warunkiem następnego usunięcia odkażonej wody. Dobrą stroną powyższej metody jest jej względna taniość. Koszt odkażania studni o 10,000 litrach nie przenosi 10 rbs.

Jeżeli już oznaczenie ilości części organicznych w obecności H_2O_2 napotykało na trudności, to są one w obecności chloru, bromu i jodu może jeszcze większe. Jasną jest rzeczą, że przed miareczkowaniem danej wody zapomocą nadmanganianu potasu należy halogen usunąć. Tymczasem usuwanie to, zapomocą tego, czy innego środka chemicznego zmienia zawartość części organicznych. Środkiem tym zaś nie może być azotan srebra, już z powodu tworzącej się saletry, która $KMnO_4$ odbarwia. Zastosowanie znowu tlenku srebra jest niepraktyczne, gdyż łączenie się jego z chlorem trwa bardzo długo, co pozbawia nas probierza co do czasu, w którym zawartość części organicznych się zmniejsza. Ostatnie doświadczenia z siarczanem srebra dały nieco lepsze wyniki. Siarczan srebra, umyślnie w tym celu przygotowany w pracowni, dodany do danej wody, w ilości przewyższającej nieco wyliczoną, usuwa halogen i pozwala na dosyć ścisłe określenie ilości pozostałych jeszcze części organicznych. Otóż okazuje się z szeregu odpowiednich doświadczeń, że zmniejszenie części organicznych zapomocą podchlorynu sodu jest bardzo nieznaczne i równomiernie z większą ilością dodanego odczynnika nie wzrasta. Odpowiednie doświadczenia, wykonane przy pomocy $KMnO_4$ potwierdzają wyniki z otrzymanych strat przy prażeniu. Dodać należy że ze względu na czas potrzebny do usunięcia halogenu, $KMnO_4$ działał na daną wodę najmniej 48 godzin (p. tabl.).

Bromowanie wód w zasadzie swej zupełnie jest do chlorowania podobne, z tą chyba różnicą, że w tym przypadku używamy halogenu wolnego.

Według przepisu Szumburga, bromowanie wód odbywa się zapomocą mieszaniny, składającej się z 220 części bromu, 200 części bromku potasu i 580 części wody. Kilogram takiej mieszaniny wystarczać ma na 16,000 litrów wody. Otóż w zaprawionej w ten sposób i w tym stosunku wodzie, bakterye rozwijały się bez przeszkody — i to w najrozmaitszych gatunkach wód, nawet używanych do picia; dopiero 6-krotna ilość owej bromowej mieszaniny wystarczała do zupełnego zabicia wszystkich bakteryi we wszystkich przypadkach, ale wtedy woda stawała się żółtą, o wyraźnym, gryzącym zapachu bromu, i pomimo jego usunięcia zapomocą siarczynu sodu (Na_2SO_3) była do picia niezdatną. Zmniejszenie się zaś części organicznych było równie nieznaczne, jak przy chlorowaniu, określenie ich zaś w tym wypadku jest z ich oznaczeniem przy obecności bromu, identyczne.

Zarówno chlorowanie, jak i bromowanie wód nie ma praktycznej doniosłości, i smak i zapach odkażonej w ten sposób wody nie pozwalają użyć jej do picia. Odkażanie

zaś wód ściekowych, kanałowych i t. d. powyższymi środkami byłoby zbyt drogie i dlatego w praktyce do użytku się nie nadaje.

To też, jak wyżej powiedziałem, chlorowanie i bromowanie może w jednym kierunku tylko znaleść zastosowanie a to jako odkażanie studzien i pomp, pod warunkiem, że następnie zupełnie usunie się odkażoną w ten sposób wodę.

Za łaskawą pomoc i kierownictwo składam Szan. Dr Serkowskiemu serdeczne podziękowanie.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr Karl Schleip. **Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik der Blutuntersuchung** (z 71 obrazkami w wielobarwnej, częściowo 17-barwnej litografii) 1907, VI + 140 str.

Atlas ten bardzo starannie wydany, najzupełniej zadowolni hematologa-klinicystę, który szukać w nim będzie obrazów krwi w toku różnych chorób krwi, nie zadowolni zaś hematologa-cytologa, uwzględniającego poza obrazem krwi, jako całością i szczegóły cytologiczne, a więc wpatrującego się z drobiazgową dokładnością w każdą komórkę krwi z osobna. Dla przykładu pozwolę sobie zwrócić uwagę na obrazek ósmy na czwartej tablicy. Są tam podobizny komórek przejściowych, a komórki te są tak narysowane, że najzupełniej przypominają myelocyty neutrofilne, bo cała protoplazma tych komórek zasiana jest ziarniną neutrofilną, podczas gdy komórki te w istocie mają nadzwyczaj skąpą ziarninę i to tak skąpą, że niektórzy autorowie komórkom tym ziarniny zupełnie odmawiają. Na tablicy 7. w fig. 14. są narysowane 3 limfocyty, jednakże oba górne trudno byłoby wyróżnić od wielkich jednojądrzastych leukocytów typu Ehrlicha, względnie komorek przejściowych. W pierwoszczy tych limfocytów widzimy ziarninę azurową, wynikłą z barwienia metodą Romanowskiego, jak o tem wspomina z dopisku autor. Ziarninę tę jednakże nazywa autor kwasochłonną. Ziarnina azurowa jednakże nie jest ziarniną kwasochłonną, bo azur jest barwikiem zasadowym, barwikiem jądrowym, a skoro ziarnina ta zabarwiona jest azurem, ergo jest zasadochłonną. Również nie można zaliczyć do zalet atlasu, że autor podaje obrazy krwi barwionej, uzyskane wyłącznie sposobem Leishmana. Nie da się zaprzeczyć, że metoda ta jest bardzo praktyczną, ale kto tylko latami barwi krew jednym sposobem, musi wreszcie jednostronnie widzieć. Wytknięte powyżej usterki odnoszą się do kilku ledwo tablic, poza tem atlas ten daje obrazy piękne i dokładne i w zupełności hematologa zadowalniające. W kłopot czytającego wprowadzić może także i nomenklatura różnych komórek. Autor często zamiast napisać myelocyt (tak mnie się zdaje przynajmniej) pisze »grosse Einkernige mit basophilem Protoplasma und zahlreichen neutrophilen Granula« (zob. str. 104, fig. 52 c.). Czem jednak na tej samej tablicy odróżnia się komórka, którą autor już sam myelocytem mianuje (fig. 52 b.) od komórki wyżej wspomnianej (52 c.), tego się trudno na obrazku dopatrzeć. Pierwszy raz spotykane w tym atlasie nazwy komórek »grosse homogene einkernige mit neutrophilem Protoplasma »unfertige Zelle« i t. d. Szkoda, że w objaśnieniach dodanych do tablic, jest styl tak bardzo lapidarny. *Stahr.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Külbs. **O chorobie Mikulicza.** (*Mitteil. aus d. Grenzgebiet. d. Med. u. Chirurgie* 1908, XVIII., 5). Jak wiadomo, wspomniane cierpienie cechują obrzmienia symetryczne obu gruczołów łzowych i gruczołów ślinnych, bez zajęcia równoczesnego gruczołów chłonnych, jakoteż bez jakiejkolwiek zmiany w mieszance krwi. W ostatnich latach opisano szczegółowo kilka takich przypadków, żaden jednak nie był zbadany histologicznie. Autor dopiero pierwszy miał sposobność zbadać przypadek tego cierpienia po śmierci i poddał też dokładnemu histologicznemu zbadaniu wszystkie gruczoły schorzałe i gruczoły chłonne. Przypadek ten dotyczył człowieka lat 21, którego przyjęto do kliniki w Kiel z powodu obustronnego obrzmienia okolic przyusznych, oraz gruczołów podszczękowych i łzowych. Zresztą gruczoły chłonne nie były zupełnie zajęte. W narządach wewnętrznych nie było zmian, mocz był bez białka. Śledziona była rozmiarów prawidłowych, badanie krwi nie wykryło nic nieprawidłowego. Jodek sodowy, podawany wewnętrznie po 3 gr. dziennie, oraz wcierania miejscowe szaruchy, poprawiły stan chorego, obrzmienia zwolna i stale malały tak, że po 7 tygodniach opuścił szpital ze znakomitą poprawą. W pół roku później chory otruł się lysolem. Badanie pośmiertne okazało, że wszystkie gruczoły chłonne są zdrowe, nietknięte, jeden tylko gruczoł chłonny na karku okazywał naciek w otoczce swej, zresztą mało charakterystyczny. A należy podkreślić, że gruczoł ten sadowił się w sąsiedztwie migdałka, okazującego liczne szczeliny. Śledziona okazywała zmiany ostre, które należy odnieść do gwałtownego zatrucia lyzolem. Na podstawie najdokładniejszego zbadania można było wykluczyć białaczkę wrzekomą. Zaś zmiany stwierdzone w gruczołach ślinnych i łzowych zupełnie nie przypominały nowotworu złośliwego, a brak gruzełków, komórek olbrzymich Langhansa, prątków Kocha i ognisk serowatych pozwalał na wykluczenie gruźiicy. Autor podkreśla, że nie ma żadnej podstawy do przypuszczenia, iż przyczyną sprawy była kiła, a mimoto przetwory jodu i rtęci okazały się skutecznymi. Skuteczność tych przetworów w chorobie Mikulicza stwierdzili i inni. — W końcu swej pracy podaje autor w krótkich zarysach historyę innego chorego, liczącego 45 lat, również dotkniętego obustronnem przewlekłem obrzmieniem gruczołów przyusznych. Obrzmienie to jednak było wrodzone i okazywali je i inni członkowie rodziny chorego. — Ciekawą jest rzeczą w tym przypadku, że w toku róży znikły obrzmienia przyusznych ślinianek, a potem znów zwolna zaczęły wracać i w $1^1/_2$ miesiąca po ozdrowieniu doszły pierwotnych swych rozmiarów. I inni autorowie spostrzegali to zjawisko w chorobie Mikulicza. Takie same obrzmienia, jak ten chory, mniej lub więcej wyraźnie okazywało siedmioro jego rodzeństwa: 5 braci i 2 siostry, ojciec jego i dwoje wnucząt. *Stahr.*

Schrötter. **W sprawie szmerów, powstających w zakresie tętnicy płucnej.** (*Wiener klinische Wochenschr.* 1908, Nr 27). U 57-letniej chorej, dotkniętej zapaleniem włóknikowem płuca prawego w dolnym płacie, słyszalny był z tyłu oprócz szmerów oddechowych oskrzelowych wybitny szmer skurczowy. Nie był on zresztą nigdzie na całej klatce piersiowej słyszalny, tylko wyłącznie z tyłu na wysokości ósmego żebra w odległości 2—3 palców od stosu kręgowego ku prawej stronie. Sekcya wykazała obok zapalenia płuca silne zbliznowacenie i pylicę gruczołów chłonnych tchawicowo-oskrzelowych i oskrzelowo-płucnych po obu stronach, zwapnienie poszczególnych gruczołów tchawicowo-oskrzelowych po stronie lewej, oraz wielokrotne przebicie gruczołów chłonnych do obu głównych oskrzeli, do oskrzeli pierwszego rzędu i do obu głównych gałęzi tętnicy płucnej, przy tejże rozgałęzieniu, a w następstwie zwężenie obu gałęzi tętnicy płucnej, a głównie gałęzi idącej do prawego płatu dolnego. Szmer skurczowy słyszalny za życia pochodził zatem ze zwężenia obu gałęzi tętnicy płucnej, a głównie ramienia zaopatrującego dolny płat prawego płuca. Zwężenie to wywołane było przez ucisk tkanki bliznowatej i pylicowo zwyrodniałej, sterczącej od wnęki płuca ku płatowi dolnemu. Okres zwątrobienia w płucu, dotkniętem zapaleniem, stanowił znakomite warunki dla rezonacyi i wzmożenia się szmeru. *Dr M. Blassberg.*

Schmidt. **O dotychczasowych wynikach stosowania leczniczego promieni Röntgena.** (*Berliner Klinik* 1907, Nr 229). Zaledwie 10 lat upłynęło od pierwszych usiłowań leczniczego stosowania promieni Röntgena, a już leczenie to zajęło wybitne, może nawet najwybitniejsze miejsce we współczesnem lecznictwie. Wprawdzie badania Riedera, Mühsama i Holzknechta wykazały niezbicie, że promienie Röntgena mają działanie bakteryobójcze, atoli do wywołania działania potrzeba znacznej ilości promieni Röntgena, której przy stosowaniu leczniczem bez szkody dla ustroju chorego użyć nie można. Co do wpływu tych promieni na tkanki zwierzęce, wiemy dziś, że szczególnie czułemi na wpływ promieni Röntgena są takie komórki ustroju, w których odbywa się nader żywa przemiana materyi (młode, szybko rosnące komórki, silnie bujające komórki chorobowe, dalej komórki niektórych narządów gruczołowych, jak: jąder, jajników, gruczołów łojowych i potnych, oraz gruczołu tarczowego i krokowego) .Dlatego n. p. przy naświetlaniu w białaczce właśnie młode postacie białych krwinek, mianowicie myelocyty bardzo

szybko znikają z krwi. Ta wrażliwość komórek o żywej przemianie materyi tłómaczy nam aczkolwiek niezupełnie wpływ leczniczy promieni Röntgena. — Schwarz przypuszcza, że lecytyna ustroju stanowi główny punkt zaczepienia dla promieni Röntgena. Przy działaniu tych promieni wchodzi w rachubę też specyficzna zdolność odczynu naświetlanej zdrowej lub chorej tkaniny. W zakresie chorób skórnych osiągnięto dotąd znakomite skutki przy przewlekłym wyprysku, w liszaju prostym przewlekłym Vidala (lichen simplex chronicus Vidal) w łuszczycy, w lichen ruber verrucosus, w figówce (sycosis), w trądziku pospolitym (acne vulgaris), w brodawkowatem zapaleniu skóry Kaposiego (dermatitis capillaris Kaposi), w wilku pospolitym (lupus vulgaris) i w gruźlicy, w woszczynie, w liszaju wyłysiającym, przy bliznowcach (heloid) i kankroidach skórnych, a nadto przy grzybicy guzowej (mycosis fungoides), znamieniu naczyniowem (naevus vasculosus), nadmiernem poceniu się rąk i nóg, oraz słoniowacinie twarzy. W dziedzinie chirurgii leczenie röntgenowe daje dobre wyniki przy gruźlicy gruczołów rozmiękłych i otwartych, w gruźlicy kości, wolu i przeroście stercza, oraz przy wenerycznej dymienicy (bubones). Stosować je należy w niedających się operować rakach i mięsakach. Dobre wyniki daje też naświetlanie mięśniaków macicy. W zakresie chorób wewnętrznych osiągnięto dobry skutek leczniczy przy białaczce, którą pierwszy Senn leczył. Wywołuje on poprawę stanu ogólnego i krwi, oraz malenie śledziony i gruczołów. Gottschalkowi udało się chorego z białaczką przez 5 lat zapomocą röntgenizacyi utrzymać we względnym stanie zdrowia. Bardzo korzystne i zachęcające wyniki daje leczenie promieniami Röntgena przy białaczce wrzekomej, oraz przy chorobie Basedowa. Widziano też pomyślny wynik przy symetrycznem schorzeniu gruczołów łzowych i jamy ustnej (Mikulicz-Kümmel), przy syryngomyelii, przy podagrze i gośccu, chorobie Addisona, jak również przy przewlekłym katarze oskrzeli i dychawicy oskrzelowej (astmie). *Dr M. Blasberg.*

Th. G. Janovsky. **O znakach rozpoznawczych ostrych zapaleń nerek.** (*Révue de médecine* 1908, Nr 8). W pierwszym rzędzie zwraca J. uwagę na pewną szczególną postać przygnębienia umysłowego, spostrzeganego przezeń w początkowym okresie zapalenia nerek. Nie jestto wprawdzie objaw nowy, bo znany jest jako wyraz zatrucia mocznicowego, ale nie podnoszono dotąd charakterystycznego pojawiania się wczesnego i oryginalnego charakteru tej depresyi psychicznej i apatyi zupełnej. Znika ona zwykle po 1—2 dniach zupełnie, a można ją często obserwować bez żadnych innych objawów, towarzyszących mocznicy. Objaw ten miał autor także sposobność obserwować na sobie samym. Podnosi on, że przejaw ten nie bywa stałym i że towarzyszy nie czynnościowym tylko, lecz anatomicznym zmianom w nerkach.

Nadto zwraca J. uwagę na częsty niestosunek między wielkością obrzęków tkanki podskórnej, a łagodnością sprawy w nerkach. Tłómaczy on to zjawisko w sposób następujący: Obrzęki zależą od mechanicznego rozepchnięcia tkanek przez płyn. Siła rozpychająca wywołuje zmniejszenie się elastyczności tkanek. To zmniejszenie się elastyczności zależy od wielu współdziałających czynników, jak: szybkość rozwoju puchliny, ilość nagromadzonego płynu, długość powstawania i trwania obrzęku, obfitość podściółki tłuszczowej podskórnej i zdolność regeneracyjna osobnicza tkanek, umożliwiająca powrót pierwotnych właściwości elastycznych. Jeżeli zatem osobnik jakiś utracił pierwotną elastyczność swych tkanek, to z wielkich obrzęków możemy wysnuć co najwyżej wniosek, że chory ten przechodził już zapalenie nerek z obrzękami, a nie oznacza to ani nawrotu choroby, ani pogorszenia sprawy w nerkach. Nadto zauważył J. często, że obrzęki choć nieznaczne, wywołują uczucie ciężkości kończyn i wcześnie przez to uczucie zwracają uwagę chorych. — W końcu podnosi J. jeszcze obecność trzeciego objawu w okresie ozdrowienia, a mianowicie duszności. Nie jestto duszność silna, lecz przykra i uporczywa i utrzymywać się może przez cały rok, a nawet dłużej. Występuje ona już w czasie, kiedy niema obrzęków, ani objawów mocznicowych, i powstaje przy każdym wysiłku fizycznym i psychicznym. Nie tłómaczy jej niedokrwistość, ani zmiany anatomiczne serca i naczyń krwionośnych, bo może się pojawiać zupełnie niezależnie od nich. — Jedynie tylko dałaby się ona wytłómaczyć pewnem znużeniem serca, które przez cały przeciąg ostrego zapalenia nerek pozostawało w stanie hypertonii, spowodowanej wzmożonem parciem w tętnicach.

Dr M. Blassberg.

Borie. **O objętości serca u dotkniętych blednicą.** (*Révue de médecine* 1908, Nr 8). U osobników, dotkniętych blednicą, często znachodzimy wybitne pomniejszenie wymiarów serca. Atoli wśród pewnych warunków może się u nich wręcz przeciwnie wytworzyć rozszerzenie serca. Wywołać je może przedewszystkiem niedowład mięśnia sercowego, spowodowany złem odżywieniem fizycznem i przygnębiającymi czynnikami moralnymi. Tak często napotykane u bledniczych zaburzenia przewodu pokarmowego, mogą również wywołać rozszerzenie serca. Wówczas wychodzi z błony śluzowej przewodu pokarmowego podnieta, która drogą odruchową przenosi się do naczyń włosowatych płucnych, powodując ich skurcz. Stąd powstaje wzmożone parcie w tętnicy płucnej i następowa rozstrzeń komory sercowej. — Także wpływy nerwowe, oraz nadwrażliwość przy maciennicy i neurastenii w drodze ciągłych podniet osłabiają mięsień sercowy i powodują ostatecznie następowe rozszerzenie się komór sercowych.

To rozszerzenie się komór sercowych u osobników bledniczych, bez względu na to, z jakich przyczyn powstaje, bywa zazwyczaj tylko czasowem i nie da się bezwarunkowo porównać z rozszerzeniem serca na tle wad zastawkowych, zwyrodnienia miąższu sercowego, oraz miażdżycy sercowo-nerkowej.

Dr M. Blassberg.

Dermatologia.

Winkelried Williams i F. G. Bushnell. **O opsoninach i leczeniu opsoninami niektórych chorób skórnych.** (*Monatsh. f. pr. Derm.* T. 46, 3—5). — Whitfield. **Metoda opsonin w leczeniu chorób skórnych.** — Eberts. **Szczepienie bakteryi metodą Wrighta dla leczenia schorzeń ropnych i gruźliczych skóry.** — Schamberg, Gildersleeve i Schoemaker. **Wstrzykiwania bakteryi w leczeniu chorób skórnych.** (*VI. Zjazd międzynar. dermat. w N. Yorku*, 1907). Badania odporności w chorobach zakaźnych doprowadziły do zastosowania metod klinicznych, które biorą w rachubę ochraniające własności krwi, jako środka leczniczego, aby módz w ten sposób bezpieczniej stosować tuberkulinę i inne szczepionki bakteryjne. W praktycznej części pracy spotykamy przedewszystkiem nazwiska Leishmana, Wrighta i Douglasa. Dwaj ostatni autorowie nazywają opsoninami pewne istoty, znajdujące się w surowicy i sokach ustroju i posiadające własności łączenia się z bakteryami, które przez to stają się mniej odporne na fagocytozę. Opsoniny zatem są innemi istotami, niż bakteryolyzyny, aglutyniny i antytoksyny, a z ich własności przypuszczać można, że należą do grupy fermentów. We krwi prawidłowej znajdują się opsoniny prawdopodobnie w równomiernej i stałej ilości. Sztucznie możemy zwiększyć ich ilość we krwi przez szczepienie obumarłych bakteryi i wtedy podnosimy siłę działania surowicy przeciw pewnemu gatunkowi bakteryi, n. p. gruźliczych, gronkowców i t. p., zatem tych, które szczepiono. Ale sztucznie wytworzone opsoniny różnią się nieco od znajdujących się w prawidłowej krwi, przedewszystkiem tem, że opsoniny krwi prawidłowej tracą swe własności uodporniające przy ciepłocie 60°. Wykrycie opsonin we krwi wymaga pewnego wyćwiczenia w metodzie, polegającej na zmieszaniu zawiesiny bakteryi z surowicą krwi badanego i ciałkami wysiękowemi. Po przechowaniu tej mieszaniny w cieplarce przy 37·5 C. przez 15 minut liczy się w preparatach ilość bakteryi, zawartą w 100 ciałkach wysiękowych. Wskaźnik opsonin (Opsonin-Index) jest ilorazem z ilości bakteryi w ciałkach wysiękowych człowieka zdrowego i ilości ich u człowieka chorego (n. p. na toczeń gruźliczy).

Winkelried, Williams i Bushnell opisują szczegółowo metody badania i wytwarzania szczepionki bakteryi, którą wstrzykuje się w różnych dawkach. Whitfield dochodzi do wniosku, że leczenie opsoninami jest, jak dotąd, jeszcze niepewne, gdyż wiadomości nasze w tym kierunku nie są jeszcze zupełne, dawało ono jednak już wyniki bardzo dodatnie, w pierwszej linii w mnogich czyrakach skóry. Przy figówce leczenie to było pomocnicze, szczególnie przy stosowaniu leczenia światłem. W przypadkach trądzika leczenie dawało bardzo różne wyniki. Korzystne działanie leczenia opsoninami spostrzegano w przypadkach ropni i owrzodzeń posocznicznych. Eberts otrzymał bardzo dobre wyniki przy trądziku (*acne indurata*), liszajcu (*impetigo*) i zakażeniach skóry gronkowcem, szczególnie zaś w czyrakach, i twierdzi, że pierwszy wskaźnik opsonin po wstrzyknięciu szczepionki pozwala na rokowanie, albowiem gdy jest nizki, szczepienie da najprawdopodobniej wynik korzystny. Schamberg, Gildersleeve, Schoemaker przekonali się także, że częstość i dawki szczepień powinno się oceniać wedle wskaźnika opsonin wśród leczenia, a nie wedle objawów klinicznych, wynik bowiem w pierwszym razie jest znacznie pewniejszy. Najlepsze i najpewniejsze wyniki leczenia otrzymywali ci autorowie także w przypadkach mnogich czyraków, mniej pewne w figówce i trądziku, niepewne w łuszczycy i liszaju rumieniowatym. Dalej stwierdzają, że wynik

leczenia jest pewniejszy, gdy do szczepień używamy bakteryi wyhodowanych z chorego, którego poddajemy temu leczeniu, niż gdy używamy takich samych bakteryi, otrzymanych z pokrewnych przypadków. Zwracają jednak uwagę prawie wszyscy autorowie, że metody zewnętrzne, używane do leczenia, są przecież bardzo dobrymi środkami pomocniczymi. *Krzyształowicz.*

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

Niedawno opuściło prasę dzieło młodego uczonego, prywatnego docenta prawa w Uniwersytecie Tomskim, N. J. Nowombergskiego [1]). Autor, chociaż z zawodu nie lekarz, oddał się pracom w zakresie, łączącym medycynę sądową i społeczną z nauką prawa. Cały szereg prac wstępnych i materyałów, skwapliwie zbieranych przez autora w ciągu lat kilku, złożył się na niniejsze dzieło [2]); nietylko wypełnia ono lukę w historyi medycyny rosyjskiej, będąc jednocześnie przyczynkiem do historyi kultury, lecz zarazem rzuca sporo światła na wpływy kulturalne, wywierane na pograniczne ziemie Rusi Moskiewskiej przez sąsiednią cywilizacyę polską, a po części także na stosunki na wschodnich kresach dawnej Rzeczypospolitej. Stąd też zdaje mi się zasługiwać na uwagę czytelnika polskiego więcej, niż inne prace rosyjskie z tego zakresu. Wadą dzieła jest niedość systematyczny układ i odbieganie od właściwego przedmiotu. Nie może nas też zadowolnić rozgraniczenie ustroju lekarskiego na historyczne działy w okresie Rusi Moskiewskiej do tych samych wypadków i osób. Pomimo tego jednak ma dzieło wielką wartość, jako bogaty zbiór źródłowych materyałów, nagromadzonych z iście benedyktyńską cierpliwością i dających całkowity obraz ustroju lekarskiego w dawnej Moskwie.

Pierwszym autorem historyi medycyny w Rosyi był Wilhelm Richter (3 tomy, 1814—1820) i na jego dzieło powoływali się aż do ostatnich czasów wszyscy pisarze. Oddzielne monografie o dawnej medycynie wydali coprawda w czasach ostatnich Florinskij, Czystowicz, Kuprianow, Zagorkin, Szpilewskij i inni, wszelako od czasu Richtera nie pojawiła się żadna obszerniejsza praca, obejmująca wszechstronnie dane, dotyczące historyi medycyny w Rosyi; przedsięwziął to dopiero Nowombergski, wyzyskując nietylko materyały, wydane już przez Departament lekarski, ale także nieznane źródła z archiwów ministerstwa dworu sprawiedliwości i spraw zagranicznych.

Autor rozpoczyna rzecz swą od czasów pierwotnej kultury, w których występuje samoleczenie, jako jeden z przejawów walki o byt. W okresie tym zabobonów i przesądów wierzono na Rusi Moskiewskiej, jak wszędzie w związek, istniejący pomiędzy światem żyjącym i zmarłym, a pośrednikami między światem żyjącym i duchami byli: szamani, znachorzy, czarodzieje, którzy nietylko mieli moc leczenia, lecz i przewidywania przyszłości, naprowadzania chorób, nieszczęść i śmierci. Jeżeli wykazywano niekiedy i praktyki empiryczne, oparte na racyonalniejszych spostrzeżeniach, to jednakże główną rolę odgrywały obrzędy magiczne i zaklinania. Tajemnica poddawania myśli i hypnoza były oddawna znane, zanim niemi zawładnęło nauka. Sztuka od starożytnych kapłanów-znachorów przeszła i do późniejszej chrześciańskiej kultury, jako resztki bałwochwalczego kultu, które i w naszych czasach żyją wśród ludu. Znachorzy, czarodzieje i wiedźmy oprócz mistycznych środków stosowali zioła, korzenie, maści, smarowidła i nastoje, których użycie nieraz łączyło się z obrzędem religijnym. Następnie do lecznictwa ludowego, przemieszanego z wiedzą empiryczną i resztkami wierzeń staro-pogańskich przyłączają się na Rusi Moskiewskiej wpływy bizantyjsko-chrześciańskie, co wszystko razem wytwarza pierwiastkową medycynę urzędową.

[1]) »Wraczebnoje strojenie w do-Pietrowskoj Rusi«. Tomsk 1907, str. 387.

[2]) Z tych oddzielnych prac przytoczę n. p.: »Materyały do historyi medycyny w Rosyi« (Tomsk, 1905, Petersburg, 1907), »Badania nad czarodziejstwem w Rusi Moskiewskiej w XVII. w.« (Petersburg, 1906), »Zarysy praktyki lekarskiej w Rusi Moskiewskiej w XVII. w.« (Petersburg, 1904), »Zarysy z historyi aptecznego prikazu w do-Piotrowej Rusi« (Petersburg, 1902), »Dochodzenie sądowo-lekarskie w do-Piotrowej Rusi« (Petersburg, 1906), »Podstawy walki z epidemiami w do-Piotrowej Rusi« (Petersburg, 1906) i t. d.

O czarodziejach po raz pierwszy znajduje się wzmianka w latopisie ruskim z r. 1024. Później wiadomości o czarach mnożą się, zyskują wiarę urzędową. Latopis z r. 1286 tłómaczy panującą wówczas zarazę tem, że Tatarzy umyślnie zatruli wodę, rzucając w nią serce ludzkie, zamoczone w truciźnie. Żona W. ks. Iwana Wasilewicza, rodem z Tweru, w r. 1467 miała umrzeć wskutek otrucia czarodziejskiemi ziołami. Sołomonia, żona Wasyla III., szukała rady na bezpłodność u czarodziejów. W. ks. Wasyl Iwanowicz według ks. Kurskiego, będąc już starym, szukał u czarowników leków dla zapłodnienia swej żony Heleny Glińskiej, i w tym celu posyłał aż do Korełów. W roku 1572, kiedy Iwan Groźny prosił 29. kwietnia sobór o pozwolenie na wstąpienie po raz czwarty w związek małżeński, przytaczał jako powody, że pierwsze trzy jego żony zgubili źli ludzie naszeptywaniem i czarami. Nadwornego lekarza tego cara, niemca Bomeli, ogłoszono »lutym Wołchnom«, a posądzeniom podobnym podlegało wielu. Znany uczony mnich, Sylwester Medwiedew w końcu XVII w., korzystał jeszcze z rad czarodzieja Dmitra Silina, który patrząc w słońce, rozpoznawał choroby brzucha, wróżył, zamawiał u dzieci przepukliny (gryzy) i t. d. Tenże sam czarodziej zgadza się za 5 tysięcy rubli rzucić chorobę na Carów Fedora i Piotra. Carowie moskiewscy żyją wciąż pod strachem, by nie być urzekniętymi (oczyma) lub otrutymi przez znachorów. Borys Godunow do przysięgi na wierność w r. 1598 nakazuje dodać słowa, że przysięgający przyrzeka nic złego nie czynić ani jemu, ani jego carskiej rodzinie, nie psuć odzieży, nie nasyłać czarów, ani nie podawać trucizn (ziół i korzeni) w jedzeniu i piciu; jeżeliby przysięgający dowiedział się, że ktoś to chce uczynić, powinien donieść o tem carowi. W późniejszych przysięgach wierności wymienione szczegółowiej są rodzaje czarów: urzeczenie (oczyma), zamawianie, nasyłanie z wiatrem, jak n. p. w przysiędze Dmitrowi Samozwańcowi z 12. czerwca 1605 r. i Wasylowi Iwanowiczowi Szujskiemu z 20. maja 1606 roku. W przysiędze pierwszej połowy XVII w.; składanej przez urzędników urzędu lekarskiego (»aptekarskij prikaz«) musiano uroczyście wyrzekać się wpływów czarta, ażeby przez niego nie przyczyniać chorób i nieszczęść osobie cara i jego rodzinie.

Wiek XVII. jest przedewszystkiem wiekiem procesów o czary. Wzmocniona władza państwowa w Moskwie występuje uzbrojona w środki represyjne, porzucając dawne sposoby walki, listy pasterskie, kazania, modły i t. d. Wiek ten aż do ostatnich czasów dla braku materyałów był mało zbadany; nasz autor podaje w tym względzie wiele nowych danych. Promienie światła, które choć częściowo wkraczały do Moskwy, wytwarzały prawdziwsze pojęcia o przyrodzie, razem z krzewieniem nauki o duszy i śmierci łamały powoli poprzednią wiarę w strach nadprzyrodzony, osłabiały siłę znachorów i czarodziejów; przy tem duchowieństwo zaszczepiało wśród ludu pogląd, że znachorzy są pośrednikami i sprzymierzeńcami szatana, wroga chrześcijaństwa. Ta ewolucya psychologii znachorstwa przygotowywała grunt do walki i stopniowo przechodziła od duchowieństwa do ludu, dworów książęcych, wreszcie i do rządu, który, idąc w myśl całej ludności, wziął się do wytępiania znachorów i czarodziejów.

Już za czasów Włodzimierza św. można dopatrzeć się początków tej walki. Ustawa o sądach cerkiewnych, ułożona przez teologów greckich, wychowanych już na zasadach postanowień soborów, uważała czarodziejstwo za odstępstwo od chrześcijaństwa. Autor przytacza cały szereg przypadków, w których lud pod wpływem tego zapatrywania, sam czynił sąd nad winnymi. W r. 1024 w Suzdali, a w r. 1071 w Rostowie zamordowano rzekomych czarodziejów. Sw. Cyryl w XII w. w naukach swych potępiał leczenie się u nich, w r. 1227 Nowogrodzianie spalili 4 czarodziejów. W r. 1410 metropolita Focyusz nakazywał wiernym, aby nie udawali się do znachorów i czarodziejów. W r. 1411 podczas »czarnej śmierci« spalono 11 kobiet, posądzonych o czary. W r. 1498 W. Książe kazał potopić baby, chodzące z ziołami. Postanowienie »Stogłowego soboru« 1551 r. nakazuje książki heretyckie palić, zabrania leczenia się u znachorów, a ci, co to czynią, mają podpadać »opale« i odłączeniu od kościoła. W r. 1632 pskowski wojewoda nakazuje, aby biegli z Litwy »nie zamawiali na chmielu, bo tem naprowadzą morowe powietrze« i na tej zasadzie wzbroniono handlować chmielem litewskim. Dalej ukazy z r. 1649 i 1673 zabraniają zajmować się czarami, bo one odszczepiają »od prawdziwej wiary prawosławnej«. W końcu walka z czarodziejstwem staje się monopolem władzy państwowej, która trwa cały wiek XVII i przechodzi do okresu cesarskiego. Okrucieństwa, jakich się dopuszczano, nie ustępują zgoła tym, które krwawem piętnem legły na cywilizacyi Europy zachodniej; autor zbija twierdzenia dotychczasowych pisarzy, że

Ruś moskiewska z powodu różnych szczególniejszych warunków miała być wolną od prześladowania czarodziejów. W walce z czarami używaną tu była również indagacya, tortury i palenie na stosach. Władza przyjmowała w indagacyach sądowych nie tylko czynny udział, lecz była organizatorką i kierowniczką walki z czarami. Obwiniony o czary podlegał torturom, a przesiedziawszy najprzód w więzieniu, bywał zsyłany, lub palony na stosie. Autor przytacza wiele przypadków, w których takie wyroki wydano na chorych umysłowych; samo podejrzenie o stosunek z nieczystymi duchami srodze było karane, osadzeniem na lata całe w klasztorze, postami i modlitwą. Najbardziej srogo karano podejrzanych o zamach na rodzinę carską. Znany jest, długi proces z r. 1639 z czasów W. ks. Aleksieja Michajłowicza w którym niejaką Łamanową obwiniano na mocy zeznań świadków, że jakoby zamawiała »na sól i mydło«, a następnie spaliwszy kołnierz kobiecej koszuli, popiołem tym posypywała miejsce, przez które żona cara miała przechodzić, czego następstwem był cały szereg nieszczęść w domu carskim; carowa stała się smutną i niedomagała, carewicz ks. Iwan Michajłowicz i inni z ich rodziny zmarli, mało tego, carowa z pogorszeniem zdrowia mniej kochała swego małżonka. Ukaz z r. 1648 ogłasza, że czarodziejów i baby, nasyłające choroby na dzieci i dorosłych, należy prześladować, bić batami, a tych, którzy 3 lub 4 razy będą za czary skazani, zsyłać do miast ukrainnych. Te surowe środki nie wykorzeniły jednak czarodziejstwa, przeciwnie objęło ono całe państwo, w którem wciąż przybywało gorejących stosów. W r. 1591 w Astrachaniu na mocy ukazu carskiego spalono czarodziejów, którzy mieli nasłać chorobę na krymskiego carewicza Muzat-gireja. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

„Bąblowiec“ szerzy się w Argentynie z gwałtowną szybkością. W ostatnich 30 latach leczyło się tylko w szpitalach w Buénos-Ayres 3237 osób na to cierpienie. Pierwszy przypadek bąblowca stwierdzono w szpitalach argentyńskich w r. 1877 i od tego czasu z roku na rok coraz więcej tych chorych zgłasza się do leczenia — w r. 1907, liczba ta dosięgła 395. Część tych chorych pochodzi z prowincyi Buénos-Ayres, ale można ich często spotykać i w szpitalach prowincyonalnych. Przyczynę tak częstego zapadania na tę chorobę upatrują w nadzwyczajnej obfitości owiec i psów na przestrzeni republiki i w braku dozoru sanitarnego nad rzeźniami, które z bardzo nielicznymi wyjątkami są w opłakanym stanie. Najczęściej zapadają ludzie młodzi między 20. a 30. rokiem, chociaż nie oszczędza i dzieci nawet i trzyletnich. Władza zamierza wprowadzić w celach ochronnych obowiązkowy dozór sanitarny rzeźni, zakaz wprowadzenia do rzeźni psów, palenie chorych narządów zwierzęcych, zabijanie wałęsających się psów i t. p. *Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16. do 22. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 47, nieżywo 5; zmarło osób 55 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 6 (—), zapalenia płuc 9 (—), płonicy 1 (—), czerwonki (1), cholery dzieci 5 (—). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 22. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 (w tem obcych 4), krztuśca 4 (—), płonicy 13 † 1 (4 † 1), odry 7 (—), duru brzusznego 6 (2), cholery dzieci 5 † 5 (—). *Dr Sch.*

W sprawie szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Krajowe szpitale w Krakowie i we Lwowie nie mają osobnych oddziałów dla dzieci, chociaż na kraju ciąży obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej chorym, w każdym znajdującym się wieku. Chorą dziatwą zaopiekowały się w obu miastach filantropijne »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci«, stwarzając osobne szpitale, w Krakowie im. św. Ludwika, we Lwowie im. św. Zofii. Szpitale te, przejmując na siebie zadanie, które właściwie kraj wypełnić powinien, uzyskały subwencye z funduszów krajowych. W przekonaniu, że ta pomoc kraju będzie nietylko stałą, ale i dostateczną, dały się oba Towarzystwa nakłonić do założenia szpitali większych, przeszło 100 łóżek obejmujących.

Oczekiwania obu Towarzystw nie całkiem się spełniły. Oszczędność, która w dziale sanitarnych wydatków kraju weszła już niemal w przysłowie, dawała się obu szpitalom dziecięcym dotkliwie odczuwać, a konieczne podwyższenie dotacyi krajowej nie bez trudu szpitale zyskiwały. Ostatecznie jednak Towarzystwo lwowskie przy zwiększonych wydatkach znalazło się w położeniu takiem, że dla ocalenia szpitala konieczne stało się całkowite objęcie go przez kraj, co wobec statutów lwowskiego Towarzystwa odrazu mogło nastąpić, a wobec finansowych kłopotów Towarzystwa lwowskiego było jedynem wyjściem. Towarzystwo krakowskie zaś, zmuszone coraz więcej dokładać do wzrastających z roku na rok rzeczywistych kosztów leczenia i utrzymania chorych dzieci, ograniczone zostało w wykonaniu innych swych, poza utrzymywaniem szpitala krakowskiego ciążących na niem zadań i zagrożone w nieodległej przyszłości niebezpieczeństwem znacznych niedoborów.

Ten stan rzeczy musiał też wzbudzić poważne obawy o przyszłość Towarzystwa krakowskiego, którego działalność nie może być jednostronnie skrępowana. Ustępujący dyrektor szpitala krakowskiego, a obecnie honorowy jego kurator, prof. dr Jakubowski, przedłożył w tym przedmiocie komitetowi Towarzystwa opieki szpitalnej nader wyczerpujące sprawozdanie, tem wymowniejsze, że oparte na ściśle przedmiotowych zestawieniach liczbowych.

Treść sprawozdania tego jest następująca: Umowy, zawarte przez Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z Wydziałem krajowym co do utrzymywania i leczenia w szpitalu św. Ludwika chorych dzieci, przesyłanych przez Zarząd szpitala św. Łazarza, kończą się 31 grudnia 1908. Wobec tego należało zbadać, czy Towarzystwo umowy te może na dotychczasowych warunkach odnowić.

W ostatnich latach zaszły znaczne zmiany w stosunkach szpitala i w wewnętrznych stosunkach Towarzystwa, a mianowicie: 1) ogólne podrożenie artykułów żywności itd. (o 20—30%), oraz zwiększone wymagania personalu szpitalnego co do wynagrodzenia, 2) nowsze wymagania sanitarne, wpływające na zwiększenie się wydatków w szpitalu, 3) mnożenie się w kraju coraz nowych Towarzystw dobroczynnych, usuwające na drugi plan dawniejsze tego rodzaju instytucye, wskutek czego i Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie nie może już liczyć, jak dawniej, na wydatne dochody z ofiarności publicznej.

Ta ofiarność publiczna dozwoliła Towarzystwu w pierwszem dziesięcioleciu jego istnienia założyć szpital św. Ludwika w Krakowie, a następnie kolonię leczniczą w Rabce. Zawierając wtedy umowę z Wydziałem krajowym o leczenie dzieci chorych w zastępstwie kraju i z Ministerstwem oświaty o utrzymanie kliniki pedyatrycznej, liczyło Towarzystwo na to, iż z wynagrodzeń, wpływających od Wydziału krajowego i Ministerstwa, pokryje potrzeby bieżące szpitala, a z ofiarności publicznej zbierze fundusz żelazny i zyska środki na dalsze inwestycye. Jednakże już w II. dziesięcioleciu istnienia szpitala potrzeby bieżące szpitala pochłaniać poczęły wszystkie dochody Towarzystwa, a w III. dziesięcioleciu zagrażają już Towarzystwu niedobory, które w ostatnich 2 latach musi Towarzystwo pokrywać z funduszów dyspozycyjnych, z trudem zebranych w poprzednich 30 latach, ponieważ wynagrodzenia za leczenie dzieci od Wydziału krajowego nie stoją w stosunku do ponoszonych niezbędnych wydatków.

Przyczyną tego niestosunku jest w pierwszym rzędzie system oszczędności, stosowany przez Wydział krajowy przy każdem odnawianiu umowy z Towarzystwem. Wprawdzie do budżetu krajowego wstawia się corocznie na leczenie chorych dzieci kwota, odpowiadająca taksie dziennej po 1·26 kor. za dziecko, a wypłacana do kasy krajowego szpitala św. Łazarza. Jednakże taksy tej Towarzystwo nigdy w całości nie otrzymywało, znaczny bowiem odsetek potrącany bywa na rzecz szpitala św. Łazarza na pokrycie »wydatków administracyjnych«.

Potrącenia te, jak wskazuje szczegółowo przez prof. Jakubowskiego zestawiona tabela, bywały w niektórych latach bardzo znaczne, a dochodziły często 7—9 tysięcy koron na rok (1886—1895, 1897, 1904); w r. 1892 wyniosły nawet 10.743 k. Wogóle zaś w ciągu 31-letniego trwania umowy Towarzystwa z Wydziałem krajowym potrącono Towarzystwu tytułem kosztów administracyjnych ogromną kwotę prawie dwustu tysięcy kor. (197.905·80).

Bez tych potrąceń mogłoby było przeto Towarzystwo zaoszczędzić kapitał dość znaczny, by z jego odsetek pokrywać obecne niedobory. Gdyby nadal potrąceń tych nie było, t. j. gdyby Towarzystwu wypłacano pełną taksę po 1·26 kor. na dzień i chorego, to i tak nie mogłoby Towarzystwo obowiązać się do prowadzenia szpitala w dotychczasowych rozmiarach, ponieważ już w r. 1907 kosztowało utrzymanie jednego dziecka 1·66½ k. dziennie, t. j. o 40½ h. więcej, niż pełna taksa krajowa, nie licząc nawet amortyzacyi budynków i inwentarza.

Wobec tego jedynem wyjściem z trudnego położenia jest dla Towarzystwa albo sprzedanie albo wydzierżawienie realności szpitala św. Ludwika krajowi na krajowy szpital dla dzieci. W Niemczech i Austryi coraz częściej przejmują kraje lub gminy obowiązek pielęgnowania chorych dzieci, który w zastępstwie kraju czy gminy spełniały przedtem odpowiednio subwencyonowane szpitale prywatne. Takie zastępowanie kraju lub gminy przez prywatne instytucye jest obecnie tylko tam możliwe, gdzie instytucye prywatne mają hojną pomoc z funduszów publicznych. Warto porównać n. p. uposażenie szpitala krakowskiego z uposażeniem szpitala dla dzieci w Lipsku, w którym ruch chorych jest niewiele większy. I tak, krakowski szpital św. Ludwika leczył w roku 1907 1221 dzieci w 35.680 dniach, wydając po 1·66½ kor. na chorego dziennie, otrzymywał zaś od kraju 48.847·80 kor., od rządu (na utrzymanie kliniki) 7000 kor. — Szpital w Lipsku leczył w r. 1905 1651 dzieci w 41.669 dniach, wydając dziennie po 4·02 marek na dziecko, dochody zaś jego wynosiły: z opłat za leczenie 68.189, z subwencyi rządowej 30.000, z subwencyi miejskiej 60.000 marek, nie licząc odsetek od kapitałów, ofiar, składek itp. Nic więc dziwnego, że szpital lipski przy hojnym wydatku na utrzymanie chorych (4 marki) miał jeszcze 27.428 mk. nadwyżki, gdy szpital krakowski przy najusilniejszej oszczędności (wydając tylko po 1·66 k.), zamknął rachunki za r. 1907 niedoborem 2.392 k., a na rok 1908 przewiduje niedobór 5.603 k.

Gdyby kraj nabył realność szpitala św. Ludwika (obejmującą 7538 m²) z budynkami (mieszczącymi 130 ubikacyi) i inwentarzem (dla 154 osób) za kwotę szacunkową 450.00 k., lub opłacał 5% czynsz dzierżawny od tej kwoty t. j. 22.500 kor., wówczas mogłoby Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci rozwinąć działalność swą w zakresie innych swych zadań, a przedewszystkiem zamienić letnią kolonię leczniczą w Rabce na stałe, cały rok otwarte sanatoryum dla dzieci zołzowatych i zagrożonych gruźlicą.

Umowę z Wydziałem krajowym o utrzymywanie szpitala w dotychczasowy sposób mogłoby w tych warunkach Towarzystwo odnowić tylko na krótki okres czasu i to nie za wynagrodzeniem ryczałtowem, ale za opłatą przynajmniej po 2 kor. dziennie za utrzymanie jednego chorego. Utrzymanie dzienne kosztuje we wszystkich innych szpitalach dziecięcych w Austryi przeszło 2 k. (Graz 2·76, Peszt 3·55, Berno 2·87 i t. p.). Nawet zaś przy opłacie 2 kor. dziennie za dziecko nie mogłoby Towarzystwo zmienić obecnych ujemnych stosunków w szpitalu, do których należą: bezpłatna praca dyrektora i operatora, zbyt skromna płaca prymaryusza (2400 kor.) i sekundaryuszy (po 1200 k.), zupełny brak personalu administracyjnego (całą kancelaryę prowadzą bezpłatnie dyrektor i prymaryusz), bardzo nizka płaca służby, brak zabezpieczenia personalu szpitalnego na starość, brak funduszów na konieczne w szpitalu inwestycye i t. d.

Wobec stosunków, przedstawionych w powyżej streszczonem sprawozdaniu prof. dra Jakubowskiego, uchwaliło Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie przed paru miesiącami — : 1) nie odnawiać nadal umowy z Wydziałem krajowym w dotychczasowej postaci, lecz zmierzać do sprzedania lub wydzierżawienia krajowi realności szpitala św. Ludwika wraz z inwentarzem ; 2) uzyskane stąd dochody obrócić na przekształcenie kolonii rabczańskiej w stałe sanatoryum ; 3) gdyby układy z Wydziałem o sprzedaż lub dzierżawę szpitala krakowskiego nie ukończyły się do końca roku 1908, w takim razie przedłużyć tymczasowo umowę na rok lub dwa za wynagrodzeniem po 2 k. za dzień leczenia.

Nie ulega wątpliwości, że powzięte przez Towarzystwo postanowienia są dla Towarzystwa jedynem możliwem wyjściem z trudnego położenia. Gdyby zadania Towarzystwa kończyły się na utrzymywaniu szpitala krakowskiego, w takim razie możnaby zapewnić byt tego szpitala przez proste oddanie go krajowi. Ale wobec innych swoich celów, które Towarzystwo dotąd częściowo tylko wypełniać mogło, niema ono prawa czynić darowizny, nie może łamać woli ofiarodawców, dziś już nieżyjących i naruszać funduszów, umieszczonych dziś w realności i budynkach szpitala św. Ludwika. Obowiązek opieki nad choremi dziećmi, przypadający krajowi, wypełniony być musi w tej czy innej formie; byłoby rzeczą najprostszą, gdyby przytem dzisiejszy szpital dziecięcy został przez kraj zakupiony lub wydzierżawiony, w przeciwnym bowiem razie wypadłoby chyba zbudować osobny nowy pawilon przy szpitalu św. Łazarza, co — pominąwszy już brak gruntów budowlanych, z dzisiejszą realnością szpitala św. Ludwika porównanie wytrzymujących, — pociągnęłoby za sobą chyba jeszcze większe koszta.

W obecnej dobie, — gdy w całej Europie rozpoczął się potężny ruch w kierunku opieki nad dziećmi, — nie może i nie powinien kraj nasz pozostać obojętnym; należy poprzeć usiłowania utworzenia nieistniejącego dotąd u nas stałego sanatoryum górskiego dla dzieci. Ale nie mówiąc już nawet o moralnym obowiązku kraju w tym kierunku, zważyć należy, że poparcie tej sprawy stanowi zarazem stosunkowo jeszcze najkorzystniejsze pod względem finansowym rozwiązanie sprawy krajowego szpitala dla dzieci w Krakowie. Skoro bowiem Towarzystwo z powodu niedostatecznych funduszów nie może nadal kraju w tym względzie wyręczać, musi kraj sam własny szpital dziecięcy utworzyć. A gdy względy finansowe znacznie tu muszą zaważyć na szali, przeto zakupno lub wydzierżawienie obecnie istniejącego szpitala przez kraj tem mniej natrafiać powinno na trudności, że, ułatwiając utworzenie sanatoryum dla dzieci, będzie zarazem załatwieniem sprawy szpitala najpraktyczniejszem, najszybszem i stosunkowo — najtańszem.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 7. sierpnia b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, na którem przedmiotem obrad była sprawa posady lekarskiej w Stowarzyszeniu drukarzy. Zaproszono na posiedzenie dwóch członków Zarządu tegoż Stowarzyszenia i Dra G., zamianowanego lekarzem Stowarzyszenia.

Członkowie tegoż Zarządu przedstawili swoje warunki. Po szczegółowej dyskusyi osiągnięto porozumienie w myśl postulatów Izby, a Wydział tejże zezwolił Drowi G. objąć wymienioną posadę.

W dniu 11. sierpnia na odbytem posiedzeniu Wydziału Izby załatwiono szereg drobnych spraw i odczytano nadesłane przez Izbę szląską pismo magistratu miasta Cieszyna w sprawie Dra Bukowskiego, jako odpowiedź na interwencyę Izby krakowskiej, w którem to piśmie zawiadamia wymieniony magistrat, iż Dr B., jak zeznają naoczni świadkowie, nie dopuścił się żadnych niekulturalnych postępków podczas znanych zajść w Cieszynie i że wogóle jest bardzo porządnym i ludzkim człowiekiem.

— Dowiadujemy się, iż po ustąpieniu dotychczasowego redaktora »Kalendarza Lekarskiego« kol. Cybulskiego jeszcze w lipcu b. r. wydawnictwo dalsze »Kalendarza« zostało powierzone przez Tow. lek. krak. kol. Doc. K. Glińskiemu (Kraków, Collegium medicum) i że »Kalendarz Lekarski« pod nową redakcyą ukaże się w handlu w listopadzie b. r.

— Z powodu Jubileuszu Cesarskiego otrzymali order: »Signum laudis« między innymi lekarze pułkowi: Dr Biliński, Dr Ortyński i Dr Iwanicki.

— W Krynicy 15. b. m. odbył się wiec, zwołany w sprawie uzyskania pomocy krajowej dla zdrojowiska, na którym wygłoszono następujące odczyty: Dr Mayer z Krynicy: »O niedostatkach Krynicy«. Poseł L. Germann: »O Towarzystwie budowlanem«. Dr Kmietowicz: »O kredycie inwestycyjnym na Krynicę i sprawach podatkowych«. Prof. Wierzejski: »Życzenia gości kąpielowych«. Uchwalone rezolucye oddano prezydyum wiecu do ostatecznego rozpatrzenia i poczynienia kroków celem ich urzeczywistnienia. W skład prezydyum weszli: Dr Tatarczuch (Lwów), poseł Seyda (Poznań) i adwokat Skłodowski (Łomża).

Lwów. 17. b. m. odbyło się otwarcie I. kursu dla położnych. Kurs ten, w którym biorą udział na razie tylko położne ze Lwowa, powstał dzięki inicyatywie lwowskiego Tow. ginekol., prowadzi go Dr Czyżewicz jun. przy czynnem współudziale Prof. Raczyńskiego i Dra Progulskiego. Położne zapisane na ten kurs czterotygodniowy przebywają stale w szkole położnych, gdzie otrzymują całe utrzymanie i pewien dodatek na własne potrzeby. Pierwszy to kurs w Austryi, gdzie położne po kilku

latach praktyki mają sposobność praktycznego przypomnienia i zaznajomienia się z postępem nauki. Bardzo doniosłe znaczenie takiego kursu dla społeczeństwa powinno się stać bodźcem dla przymusowego wprowadzenia podobnych kursów we wszystkich austryackich szkołach położnych.

— Z powodu płonicy szerzącej się we Lwowie, uchwaliła Rada szkolna krajowa odroczyć w szkołach ludowych termin ich otwarcia do 15. września.

— Dr Schreiber otrzymał zaproszenie od Prof. antropologii Columbia University w Nowym Jorku do przeprowadzenia badań antropologicznych nad ludnością wiejską, chłopską i żydowską w Galicyi wschodniej na koszt Stanów Zjednoczonych. Wyniki badań mają służyć w celach docieczenia, o ile zmiana klimatu wpływa na wychodźców.

Warszawa. Dyrektorem Instytutu weterynaryjnego warszawskiego mianowany został Prof. Lange z Kazania.

Z różnych stron. Liczba studentów medycyny na wszystkich austryackich uniwersytetach wynosiła ogółem 3270 w ubiegłem półroczu szkolnym, z tego przypada na Wiedeń 1428, Insbruk 180, Grac 290, Praga, un. niemiecki 244, un. czeski 446, Lwów 242 i Kraków 440.

Mianowani: 1. Moeler Prof. farmakognozyi we Wiedniu; 2. Garten Prof. fizyologii w Giessen; 3. Orchański Prof. neurologii w Charkowie; 4. Troicki Prof. chorób dzieci w Charkowie; 5. Czujewski Prof. farmakologii w Kazaniu; 6. Pobiedyński Prof. położnictwa w Moskwie; 7. Collom Prof. chorób zakaźnych w Cambrige; 8. Meyer Prof. psychiatryi w Baltimore.

Zmarli: Juliusz Trapp Prof. akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu; Dr Tomaszewski w Petersburgu; Prof. Olivier w Rouen; Prof. Hervones w Nantes; Prot. Mongommery w Chicago.

Redakcya otrzymała: Seidel (z kliniki Crédégo): Die Behandlung septischer Erkrankungen mit Kollargolklysmen.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w sierpniu 1908:

Gazeta lekarska Nr 30: Nusbaum H.: Henryk Hoyer, jako filozof. Pruszyński: W sprawie stosowania adrenaliny. Puławski (dok.). — Nr 31: Hellin: O przyczynie powstawania ciąży mnogiej. Kopytowski: Zastosowanie cynku metalicznego w proszku przy leczeniu owrzodzeń na częściach płciowych. — Nr 32: Handelsman: Badania doświadczalne i chemiczne nad choliną i o jej znaczeniu w powstawaniu drgawek epileptycznych. Hellin (c. d.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 31: Endelman: Przyczynek do sprawy wrodzonych porażeń mięśni ocznych. Kopytowski (dok.). — Nr 32, 33: Goldbaum: W sprawie fosfaturyi i powstawania kamieni fosforanowych. Krauze: W sprawie pęknięcia pęcherzyka żółciowego do jamy brzusznej. — Nr 34: Kopczyński: O porażeniu Brown-Séquarda ze stanowiska klinicznego i anatomo-patologicznego. Wasserthal: Modyfikacya próby Gerhardta na kwas acetooctowy w moczu (w postaci próby pierścieniowej).

Tygodnik lekarski Nr 31: Tomaszewski (dok.). Turzański (dok.). — Nr 32 i 33: Nowicki: Patogeneza i etyologia zapalenia wyrostka robaczkowego. Czernecki: Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska medycyny wewnętrznej. — Nr 34: Kohlberger: O opiece nad obłąkanymi w Polsce, a w szczególności w Galicyi. Czyżewicz: Zapalenie wyrostka robaczkowego u kobiet.

Nowiny lekarskie Nr 8: Bujwid: Treściwe uwagi o badaniu wody z podaniem sposobów. Krzyształowicz (c. d.). Panieński (dok.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 4—5: Malinowski: Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i błonach śluzowych.

Kronika dentystyczna Nr 8: Gońka: Czy adrenalinę można uważać za środek przeciwzapalny przy zapaleniach ozębnej? Kon-Feldblumowa: Dwa przypadki rzekomej choroby nerwowej.

Zdrowie Nr 7—8: Mogilnicki: Pasteuryzacya czy sterylizacya mleka. Sokołowski (dok.). Jaworski J.: Ochrona i ubezpieczenie macierzyństwa.

Przegląd higieniczny Nr 8—9: Hornung: Stan karmienia piersią w obrębie m. Lwowa i okolicy. Wiśniewski i Madeyska: Wzrost młodzieży szkół ludowych m. Lwowa. Bruchnalski (dok.).

Głos lekarzy Nr 15: Opieński: Cieniom przyjaciela ś. p. Dra A. Langiego. Wątorek: Galicyjska Kasa dla chorych we Lwowie. Fromageot: W sprawie tajemnicy lekarskiej. Mikołajski: Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Porajewski: Lekarze szpitalni. — Nr 16: Waligórski: W sprawie kalendarza lekarskiego. — W sprawie sekcyi socyalno-politycznej w ministerstwie handlu. — Połochajło: Lekarze szpitalni. — Rozporządzenie ministerstwa handlu w sprawie ochrony robotników malarskich od zatrucia ołowiem.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. (»Med. Bl.« 1905, 10). W sprawie leczenia nerwic kozłkiem (waleryaną), donosi Dr J. Flesch, iż w kilku przypadkach ambulatoryjnych wiedeńskiej polokliniki, jakoteż w praktyce prywatnej, osiągał przeważnie w nerwicach przewodu pokarmowego i nerwicach naczynioruchowych, dobre wyniki podając walofinę. Z historyi chorób wynika, że walofina działa szczególnie szybko tam, gdzie pożądane jest działanie przeciwskurczowe. Wspomnieć należy, że F. zastosował walofinę w 2 przypadkach drgawek u dzieci w lawatywie, 5 kropel na 150 gr. wody, ze skutkiem zadowalniającym. *S. W.*


· ODZNACZENIA ·
KRAKÓW - LWÓW - PARYŻ - WIEDEŃ

Rok XLVII. Kraków, dnia 5. września 1908. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Acetonurya w ciąży [1]).

Podał

Dr L. Friedmann (Kraków).

W nowszych czasach spotykamy się coraz częściej z zapatrywaniem różnych autorów, że ciąża mimo, iż jest sprawą fizyologiczną, daje niejednokrotnie powód do samoistnego zatrucia ustroju matczynego *(autointoxicatio)* jadami, czyto w samym ustroju matki, czy w ustroju płodu się wytwarzającymi. Jady te wywołują, zależnie od stanu i odporności ustroju kobiety ciężarnej, rozmaity odczyn w jej ustroju, który, o ile on jest poważniejszy, medycyna dzisiejsza, nie znając jeszcze dokładnie istoty tych spraw, rozróżnia obecnie jako rozmaite postacie chorobowe, nadając im nazwy przeważających objawów chorobowych, n. p. wymioty niepowściągłe, drgawki porodowe, nerka ciężarnych, ostry żółty zanik wątroby i t. p., a które to sprawy są prawdopodobnie tylko wyrazem działania różnych jadów o różnem nasileniu na ustrój ciężarnej, a w szczególności na rozmaite jej narządy.

Wobec tego stanu rzeczy sądzę, że będzie na czasie ogłoszenie przypadku acetonuryi w ciąży, który miałem sposobność spostrzegać przed kilku laty, a który ze wszech miar na uwagę Kolegów zasługuje, gdyż ogłaszanie tego rodzaju przypadków może się z czasem przyczynić do wyświetlenia tej ciemnej sprawy.

3. lipca 1904 przybyła do Krakowa p. R. Z. z R. w trzecim miesiącu ciąży, której lekarze w R. zalecili przerwanie ciąży z powodu uporczywych, nieustających wymiotów. Rodziła ona dotychczas 8 razy prawidłowo. Od 10 tygodni jest w ciąży, od 2 tygodni nie znosi ani płynnych, ani stałych pokarmów z powodu ciągłych wymiotów, które ją w wysokim stopniu wycieńczyły tak, że chora bardzo schudła i czuje się bardzo osłabioną.

Badanie stwierdza bladość skóry i widocznych błon śluzowych, odżywienie podupadłe, tętno 110—116, ciepłotę prawidłową, trzeci miesiąc ciąży. Chora nie znosi nawet wody, którą natychmiast po przełknięciu wymiotuje. Chora leży, gdyż nie może się utrzymać na nogach z osłabienia. W narządach wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian chorobowych. Najciekawsze dane jednak przedstawia badanie moczu, które w krótkich odstępach czasu przeprowadzane dało wyniki, zestawione poniżej w formie tablicy (str. 468).

Jak z tej tablicy widoczna, znajduje się przez cały czas w moczu wzmożona ilość acetonu i kwasu acetooctowego, białko i cukier, z początku dające się stwierdzić, znikają w ciągu choroby, a równolegle z białkiem zmniejsza się ilość wałeczków szklistych tak, że w ostatniem badaniu ich już nie ma. Mocz z początku kwaśny, staje się powoli obojętnym i w końcu oddziaływa alkalicznie. To zjawisko należy przypisywać prawdopodobnie wpływowi leczenia (lawatywami alkalicznemi). Żadnej zmianie nie ulega natomiast w ciągu choroby ilość wydzielanego acetonu i kwasu acetooctowego.

Przez cały czas śledzenia przebiegu, t. j. przez 20 dni, utrzymują się uporczywe wymioty. Ponieważ chora nic przełknąć nie może, żywi się ją lawatywami odżywczemi (mleko, jaja, wino, somatoza) i alkalicznemi (*natrium citr.* i *natr. bicarb.* + *Tinctura opii*, aby zapobiedz rozwolnieniu). Mimo leczenia stan ogólny się nie poprawia, przeciwnie pogarsza się. Wobec tego stanu rzeczy postanawia w tym celu zwołana narada kilku kolegów (ś. p. Prof. Jordan, Prof. Pareński i kol. Krongold) niezwłoczne przerwanie ciąży.

Wobec tego, że operacya przerwania ciąży miała ciekawy przebieg, opiszę ją szczegółowiej. Trwała ona 3 i pół doby. 23. lipca rano wprowadziłem przy użyciu możliwie jak największej aseptyki i antyseptyki pręcik blaszecznicy, doskonale wyjałowionej, do szyjki macicy (macica obecnie ciężarna w IV. miesiącu). Wieczorem tego samego dnia usunąłem dość napęczniały pręcik blaszecznicy i założyłem na jego miejsce do szyjki mały balonik Barnesa. Wśród nocy wypadł balonik z szyjki i znalazł się nazajutrz t. j. 24. lipca w pochwie, a szyjka macicy nie była rozszerzona na tyle, aby palec przepuścić. Obawiając się ponownego zawodu z balonikiem, założyłem jedną świeczkę do jamy macicy, a gdy ta do rana dnia następnego (t. j. 25. lipca) po 24 godzinach żadnych bolów nie wywołała, wprowadziłem obok niej drugą świeczkę. Obie świeczki leżały dalszą dobę (t. j. do rana 26. lipca) i zdziałały jeno to, że po ich wyjęciu szyjka przepuszczała z trudnością jeden palec do jamy macicy. Na błonie śluzowej szyjki pojawiły się szare naloty, w miejscach, gdzie świeczki leżały i uciskały. Wobec tego, że trzy doby przeszły z tak małym skutkiem, a stan chorej z każdym dniem się pogarszał, postanowiłem, z obawy przed zakażeniem, łatwem przy przeciągających się operacyach, sprawę przyspieszyć. Za poradą ś. p. Prof. Jordana starałem się jaje, a raczej dolny jego biegun, oddzielić palcem na jak największej przestrzeni od ściany macicy, następnie przebiwszy błony i wypuściwszy wody, założyłem z trudnością do jamy macicy mały kolpeurynter Brauna i obciążyłem go ciężarkiem funtowym, aby wywołać bole i zapomocą kolpeuryntera uczynić szyjkę o ile możności dla jaja drożną. Postępowanie to miało ten skutek, że bole rzeczywiście wystąpiły i w następstwie ich wysunął się po kilku godzinach kolpeurynter. Po wypadnięciu kolpeuryntera jednak bole ustały tak, że gdy po godzinie nadaremnego czekania na poród jaja samoistny, chorą zbadałem, znalazłem ku memu zwątpieniu szyjkę ledwie nieco szerszą, niż dla jednego palca. Stan coraz gorszy chorej, tętno liche, nikłe, nagliły do działania; postanowiłem chorą za wszelką cenę natychmiast rozwiązać. Zahaczywszy przednią wargę maciczną kulociągiem, który asystujący kolega przytrzymywał, wprowadziłem palec wskazujący prawy do jamy macicy, przyczem palec wprowadzony odczuwał za ujściem zewnętrznem macicy na długość członka palca oddalone ujście wewnętrzne, oba ujścia w postaci pierścieni, lekko palec uciskających, odgraniczających szyjkę. Poza ujściem wewnętrznem znajdowała się obszerna jama macicy, odpowiadająca rozmiarami wielkości jamy macicy w IV miesiącu ciąży, w której czułem łożysko i błony częściowo odklejone. Palec nie mógł jednak przyciągnąć ich ku szyjce, aby je wydostać, już to dlatego, że były one silnie przytwierdzone, już dlatego, że usuwały się przed oślizłym palcem

[1]) Według odczytu wygłoszonego na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Tabela badań moczu.

Data	3. VII. 1904	6. VII.	8. VII.	10. VII.	11. VII.	14. VII.	17. VII.	19. VII.	22. VII.
Oddziaływanie .	kwaśne	kwaśne	kwaśne	słabo kwaśne *) prawie obojętne	obojętne	obojętne	słabo alkaliczne	obojętne	alkaliczne
Mocznik . . .	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy		prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy		zwiększony
Kwas moczowy .	zwiększony	zwiększony	moczany zwiększone		moczany zwiększone	moczany zwiększone	moczany zwiększone		moczany zwiększone
Chlorki . . .	zmniejszone	prawie brak	zmniejszone	nie badano	prawidłowe	prawidłowe	nieco zmniejszone	nie badano	prawidłowe
Fosforany { ziem. / potas.	zwiększone	zmniejszone prawidłowe	zwiększone prawidłowe		prawidłowe	zmniejszone prawidłowe	prawidłowe zwiększone		zwiększone
Siarkany . . .	zwiększone	zwiększone	prawidłowe		prawidłowe	nieco zmniejszone	prawidłowe		prawidłowe
Urochrom . . .	zwiększony	zwiększony	prawidłowy	zwiększony	zwiększony	zmniejszony	zmniejszony	zmniejszony	prawidłowy
Indykan { skatol / indol	brak silnie zwiększony	brak silnie zwiększony	śladzik brak	nie badano	brak prawidłowy	brak	brak wybitnie zwiększony	nie badano	prawidłowe
Białko	obecne 0·03%	brak	brak		brak	brak	brak		0·003%
Cukier	obecny 2·1%	ślad 0·2%	brak	brak	0·2%	brak	brak	0·2%	brak
Aceton . . .	wybitnie zwiększony	nader silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony
Kwas acetooctowy	zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony	nieco zwiększony	silnie zwiększony	silnie zwiększony
Barwiki żółciowe	wybitnie zwiększone	zwiększone	brak		brak	brak	brak		prawidłowe
Urobilina . . .	zwiększona	zwiększona	prawidłowa		prawidłowa	prawidłowa	nieco zwiększona		prawidłowe
Odczyn dwuazowy	ujemny	ujemny	ujemny	nie badano	ujemny	ujemny	ujemny	nie badano	ujemna
Krew	brak	brak	brak		brak	brak	brak		brak
Osad	Liczne smugi śluzu, nabłonki płaskie, liczne wałeczki szkliste, nieliczne kryształy kwasu moczowego, leukocyty, bakterye.	Nader liczne wałeczki szkliste, liczne nabłonki nerkowe, nieliczne prawidłowe nabł. płaskie dróg moczowych, pojedyncze leukocyty.	Pojedyncze wałeczki szkliste, nabłonki nerkowe, smugi śluzu i prawidłowe nabłonki płaskie dróg moczowych.	—	Nieliczne wałeczki szkliste, liczne prawidłowe nabłonki płaskie dróg mocz., pojedyn. leukocyty, kryształy kw. mocz. i nabłonki nerkowe.	Pojedyncze wałeczki szkliste, kryształy kwasu mocz. szczawianu wapniowego, leukocyty, liczne prawidłowe nabłonki płaskie dróg moczowych.	Pojedyncze wałeczki szkliste, kryształy kwasu mocz., bakterye, liczne prawidłowe nabłonki płaskie dróg mocz. i smugi śluzu.	—	Fosforan amonowomagnowy i wapniowy obficie. Liczne prawidł. nabłonki płaskie dróg moczowych i bakterye.

*) Wpływ leczenia lawatywami alkalicznymi.

i nie mogłyby nawet w całości obok palca wydostać się przez szyjkę. Mimo, że poprzednio, przy przebijaniu jaja czułem palcem części ciała płodu, poruszającego się w wodach, że chora łóżka nie opuszczała, więc płodu niespostrzeżenie urodzić nie mogła, tym razem płodu palcem, ku memu zaniepokojeniu, w żaden sposób w jamie macicy, mimo dokładnego poszukiwania znaleźć nie mogłem. W przekonaniu, żem się może pierwszym razem pomylił i że mam przed sobą jakąś nieprawidłowość jaja, postanowiłem w każdym razie łożysko i błony usunąć. Zabrałem się do tego przy pomocy tępych kleszczyków Wintera; niestety łożysko darło się w kawałki i kontrolując często palcem zawartość jamy macicy z obawy przed uszkodzeniem macicy narzędziem, byłem zmuszony łożysko i błony wydzierać po kawałku.

Trwało to blisko pół godziny, gdy w przekonaniu, że już usunąłem resztę łożyska, przyczepionego silnie do dna macicy, wprowadziłem palec jeszcze raz dla kontroli do jamy macicy i spostrzegłem, że z dna jamy sterczy jeszcze część łożyska, obok której ujawnił się otwór, drożny dla końca palca, w którym częściowo ta część łożyska tkwiła; otwór ten prowadził do jakiegoś zaułka, w którym palec wyczuwa przy naciskaniu dna macicy od strony powłok brzusznych drugą ręką, jakoby płód. Przy pomocy łyżeczki, wprowadzonej obok palca do jamy macicznej, uchwyciłem między palec a łyżeczkę tę resztę łożyska i oderwawszy, usunąłem ją. Teraz odsłonięty ów otwór zupełnie przepuszczał wygodnie koniec palca, z otworu wypadła rączka płodu, a palec, wsunięty o ile się to dało w otwór, znalazł tam mały zaułek, który niczem innem nie był, jak małą, skurczoną, właściwą jamą trzonu macicy; leżał w niej płód w położeniu poprzecznem w najwyższym stopniu ściśnięty i zatrzymany tam przez ściągnięty pierścień skurczowy, który jako bardzo silna i mięsista obrączka palec obciskał. Jama zatem poprzednio opisana, obszerna, była tylko dolnym odcinkiem macicy, znacznie przez balon rozszerzonym. Zoryentowawszy się w tych niezwykłych stosunkach i uspokoiwszy wreszcie swe wątpliwości, usunąłem wśród znacznych trudności jużto łyżeczką, jużto kleszczykami płód kawałkami, gdyż pierścień skurczowy nie przepuszczał w całości nawet oderwanej główki. Po wypróżnieniu macicy przestrzykałem ją płynem przeciwgnilnym. Przez cały czas operacyi (blisko $1\frac{1}{2}$ godziny) chora nie wiele stosunkowo krwawiła.

Nieprawidłowości powyższe w mechanizmie porodowym zostały niewątpliwie wywołane przez użycie kolpeuryntera, który wywołując bole porodowe, rozciągnął w wysokim stopniu dolny odcinek macicy. Obok kolpeuryntera nie miał już miejsca w dolnym odcinku płód; został on zatrzymany w jamie trzonu macicy skurczonej powyżej pierścienia skurczowego, w którym część łożyska uwięzła, zamykając w ten sposób jamę trzonu. Wskutek obciążenia i elastyczności ścian balonu gumowego został on przez nierozwartą odpowiednio szyjkę przeciągnięty, stwarzając w ten sposób owe niezwykłe stosunki.

Już nazajutrz po opróżnieniu macicy, stan chorej znacznie się poprawił; chora przyjmuje płynne pokarmy, a w dwa dni później i stałe. Badanie moczu, dokonane na trzeci dzień po operacyi, wykrywa ledwie ślad acetonu, który z końcem tygodnia zupełnie znikł.

Stan ogólny chorej z każdym dniem lepszy, chora nie miała ani razu gorączki, a w 10. dniu już wstaje i wraca powoli do zupełnego zdrowia.

Przypadków podobnych, gdzieby obok uporczywych wymiotów, mocz zawierał znaczną ilość acetonu i kwasu acetooctowego, znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie bardzo niewiele. W nowym obszernym podręczniku położnictwa Winckla, przyznaje Rosthorn w artykule, omawiającym acetonuryę, że o tych sprawach bardzo mało dotychczas wiemy. Stan taki dawał mu kilkakrotnie wskazówkę do przerwania ciąży. Niektórzy autorowie odnosili wydzielanie się acetonu i kwasu acetooctowego do wyniszczenia ustroju, jakie zazwyczaj w tych stanach napotykali. Temu zapatrywaniu jednak przeczą doświadczenia Scholtena, który znalazłszy wzmożoną acetonuryę u położnic po cięższych porodach, podawał rodzącym na początku porodu duże ilości mleka, jaj i plasmonu, chcąc zapobiedz tym sposobem wycieńczeniu, pozostałemu przez nieprzyjmowanie pokarmów podczas porodu. Nie miało to jednak żadnego wpływu na ilość wydzielającego się acetonu.

Nieco więcej wiemy o samej acetonuryi, co do której Rosthorn, opierając się na pracy Stolza[2]) ze swej kliniki, twierdzi, że wydzielanie się nieznacznej ilości acetonu jest w ciąży zjawiskiem fizyologicznem; wzmożone wydzielanie się acetonu znaleziono w 28% przypadków (na 97 badanych) w rozmaitych okresach ciąży, a stan ten nie wywoływał żadnych poważnych objawów chorobowych i przemijał nieraz po kilku dniach. Ilość acetonu wzmagała się najczęściej podczas porodu i tuż po porodzie, przyczem wzmożona praca porodowa, (przy cięższych porodach) miała ilość acetonu powiększać. Zapatrywanie to potwierdzają doświadczenia Scholtena[3]), który przypisując wzmożoną acetonuryę wzmożonej pracy mięśniowej macicy i całego ciała i połączonemu z tem zużywaniu się węglowodanów, zdołał przez podawanie rodzącym w kilku przypadkach dużych ilości cukru na początku porodu zapobiedz powstawaniu acetonuryi w połogu.

Z tem wszystkiem nie bardzo się jednak zgadza mój i podobne opisane przypadki, gdzie chyba nadmiernego wydzielania się acetonu i kwasu acetooctowego nie możnaby przyjąć za zjawisko fizyologiczne.

Zastanawiając się nad moim przypadkiem, nie mogę oczywiście wysnuwać z niego szerszych wniosków; widząc jednak jak szybko minął ten ciężki stan ciężarnej, (która 8 ciąży przedtem dobrze zniosła), po usunięciu jaja, dochodzę do przekonania, że w tym przypadku jaje wydzielało jakąś truciznę, która wywoływała te zmiany, bo z usunięciem źródła tego zatrucia t. j. jaja, groźne objawy szybko ustąpiły.

Uważałem za stosowne przypadek mój obecnie ogłosić, gdyż sprawa wymiotów niepowściągłych, do których i mój przypadek niewątpliwie zaliczyćby należało, nie schodzi wogóle obecnie z porządku dziennego. Większość autorów zgodziła się na to, że istnieją rozmaite przyczyny wymiotów niepowściągłych; zależnie od etyologii podają różne nazwy i podziały. I tak proponował Czyżewicz na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie nazwy: 1) *Hyperemesis vera* dla wymiotów powstałych na tle samozatrucia i 2) *H. spuria* dla wymiotów o innem tle.

Dalej od niego idzie Wiliams[4]), który dzieli wymioty uporczywe na: 1) Wymioty na tle odruchowem (zmiany w położeniu macicy, guzy jajnikowe, niektóre postacie zapalenia błony śluzowej macicy, nieprawidłowości jaja, n. p. zaśniad, nadmiar potoku, ciąża mnoga), 2) Wymioty na tle nerwowem (histerya), i 9) Wymioty na tle samozatrucia (wydzielina ciałka żółtego, jajnika, przewodu pokarmowego, na tle zmian w wątrobie i t. p.).

Najdalej poszedł amerykański autor Edgar[5]), który uważając wymioty niepowściągłe, drgawki porodowe, ostry zanik wątroby i t. p. stany chorobowe w ciąży jedynie za objawy samozatrucia ustroju ciężarnej w rozmaitym stopniu, odróżnia osiem typów t. z. toksaemii, pod które rozmaite

[2]) Stolz: Die Acetonurie in d. Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbette als Beitrag zur physiologischen Acetonurie. Arch. f. Gynäkologie. B. LXV. Hft. 3.

[3]) Scholten: Über puerperale Acetonurie. Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkol. B. III. Hft. 3.

[4]) I. Whitridge Wiliams: Hyperemesis gravidarum. Zentralbl. f. Gyn. Nr 30. 1905.

[5]) Clifton (Edgar I.): Clinical Types of Pregnancy Toxaemia Surgery, Gynacology and Obstetries. July 1905.

te stany podporządkowuje i przypadkami z praktyki objaśnia. Myśl to niewątpliwie racyonalna; czy się jednak utrzyma, to przyszłość dopiero okaże, jeżeli i o ile te trucizny bliżej poznamy. Praca Edgara, na którą zwrócił mi uwagę Prof. Rosner zasługuje w każdym razie na dokładniejsze uwzględnienie.

Z okulistyki sądowej.

Podał

Doc. Dr Adam Szulisławski.

Piśmiennictwo nasze w zakresie okulistyki sądowej jest bardzo ubogie. Świetny niegdyś jego początek i rozwój, przerwał się i skończył ze śmiercią swego twórcy, nieodżałowanej pamięci Leona Halbana, b. profesora medycyny sądowej we Wszechnicy Jagiellońskiej. Odtąd tylko *rari nantes in gurgite vasto*. Bardzo mało, prawie nic. Nie licząc już szkody, która wynikła z literackiego zaniedbania tak ważnego i obszernego działu medycyny sądowej pod względem czysto naukowym, zdaje się, że pod względem praktycznym odbiło się to zaniedbanie w sposób nader niekorzystny na zastosowaniu okulistyki sądowej w praktyce, t. j. powiedzmy wyraźnie, na orzeczeniach sądowo-lekarskich, które wydają lekarze znawcy sądowi, nie okuliści.

Dziwne też one bywają te orzeczenia, nieraz bardzo dziwne. Jest to bolączka, której raz dotknąć koniecznie potrzeba, a nie dziwić się i nie zżymać, gdy to, co po przecięciu wypłynie nie będzie *pus bonum et laudabile*. Potrzeba ostatecznie śmiało i bez skrupułów powiedzieć, co i jak jest i jak temu zaradzić.

Każdy to wie i tłómaczyć tego nie trzeba, że pierwszym i najważniejszym warunkiem orzeczenia lekarskiego musi być dobry wywód oględzin, t. j. dokładne zbadanie uszkodzonego, dobre rozpoznanie i jasne, a niedwuznaczne przedstawienie tego, co się widziało i zbadało. Tymczasem jakież bywają te wywody oględzin? Toć często z każdego niemal zdania wieje niepewność, z każdego prawie słowa wyziera dowód, że ten, kto to pisał, badać nie umiał, że często nie widział tego, co koniecznie trzeba było zobaczyć, często nie zdawał sobie sprawy z tego, co widział, — miał świadomość, że nie wie, co o tem sądzić, a wstydził się przyznać do tego. I prawdę rzekłszy, inaczej być przecież nie może. Wszakżeż do dokładnego zbadania narządu wzrokowego potrzeba koniecznie, nieodwołalnie i w każdym przypadku zbadać nietylko to, co gołem okiem na częściach dostępnych zewnętrznemu badaniu widzieć można, lecz trzeba badać przy ogniskowem oświetleniu, zapomocą lupy, dno oka wziernikiem, określić ściśle sprawność czynnościową każdego oka z osobna, jego budowę, refrakcyę, akomodacyę i t. d. Trzeba mieć do tego odpowiednie przyrządy, a przedewszystkiem trzeba to umieć zrobić i trzeba umieć te wyniki badania należycie wyzyskać, a więc mieć oprócz wykształcenia okulistycznego, także doświadczenie i spokój i pewność sądu. Wówczas dopiero posiada się warunki konieczne, aby zrobić prawdziwe i dobre rozpoznanie. Lecz dla lekarza sądowego to dopiero początek. On musi się zastanowić nad tem i rozstrzygnąć, jakie było źródło i jaka przyczyna tych zmian, które istnieją i które stwierdził, — czy powstały one po urazie, czy niezależnie od urazu, określić czas, kiedy powstały, czy w ten, czy w inny sposób, czy zadane były tem, czy owem narzędziem, — lub też, czy w danym przypadku na podstawie badania lekarskiego i ze stanowiska lekarskiego nie da się wogóle to rozstrzygnąć. Ale to trzeba powiedzieć wyraźnie i nie wstydzić się wyznać, że się czegoś nie wie. Prawda, że to jest najtrudniejsze. Bo chcąc mieć tę pewność, czego wolno nie wiedzieć, a co powinno się koniecznie wiedzieć, trzeba posiadać doskonałą znajomość przedmiotu. Oto jądro rzeczy i przyczyna, dla której wielu znawców nieokulistów, niepewność rozpoznania i sądu, zastępuje zdumiewającą pewnością siebie. A stąd wyniki jakie? Oto takie, że wcale nie należą do rzadkości orzeczenia n. b. zredagowane w tonie tak kategorycznym, że dla laika usuwają one niemal wszelki cień wątpliwości, w których to orzeczeniach »według najlepszej wiedzy i sumienia« i »pod przysięgą« się stwierdza n. p. samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z trwałem osłabieniem wzroku, lub innymi skutkami, przewidzianymi w § 156a) u. k. (kara od 5—10 lat ciężkiego więzienia), gdzie nie ma ani śladu jakiegokolwiek obrażenia, a wszystkie istniejące zmiany są n. p. wrodzone [1]), lub powstały nie z powodu urazu, lecz skutkiem zapalenia nieurazowego, albo też są wprawdzie następstwem urazu, lecz jakiegoś dawniejszego, a w każdym razie nie tego, który poszkodowany jako przyczynę swego kalectwa, czy choroby podaje. A jakżeż łatwo byłoby tego uniknąć! Oto gdy lekarz, wezwany do wydania orzeczenia w przypadku, w którym po zbadaniu uszkodzonego i dokładnem naturalnie opisaniu tego, co stwierdził, uzna, że z natury rzeczy nie mógł wyczerpać wszystkich sposobów badania, powinien wyznać to otwarcie i wyraźnie powiedzieć sądowi, że z tych a tych przyczyn konieczne jest badanie specyalne, n. p. zapomocą przyrządów, których nie ma i że dlatego należy wezwać okulistę, czy też uszkodzonego posłać do okulisty. Takie pokierowanie sprawy nie może przynieść lekarzowi uszczerbku pod żadnym względem, a sprawiedliwości dobrze się przysłuży. Nie należy też myśleć, aby sądy prowincyonalne mimo to mogły zaprzestać wzywania lekarzy nieokulistów do uszkodzeń ocznych. Będą musiały i nadal, tak samo jak dotychczas, to czynić, — gdyż okulisty na każde zawołanie i w każdej miejscowości mieć nie będą mogły, a każdy sędzia dokładnie rozumie, jak bardzo wiele zależy na tem, aby uszkodzonego zbadać i znalezione zmiany opisać ile możności jak najrychlej po zadaniu uszkodzenia, jak dalece wpłynąć to może na tok dalszego śledztwa i jak silnie zaważyć na ostatecznym jego wyniku. Ile zaś z takiego wywodu wczesnych oględzin może skorzystać później okulista, dowodzić nie trzeba, choćby nawet te oględziny nie zawierały wcale badania wziernikowego, a dawały prosty opis zmian zewnętrznych, — ale opis prawdziwy, a nie bałamutny, — oraz z grubsza tylko badanie pola widzenia palcami i bystrości wzroku, lecz wykonane na każdem oku z osobna i w sposób ogólnie w okulistyce przyjęty [2]). W tym celu powinien każdy lekarz sądowy mieć tablice i druki Snellena (litery

[1]) Szulisławski: »Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 a) u. k.« Dodatek. Przypadek V. »Przegląd lekarski« z r. 1902.

[2]) Obszerniej w którymkolwiek podręczniku okulistyki, krótko, ale i to prawie wystarczy, w Krakowskim Kalendarzu lekarskim.

i znaki dla analfabetów). Pewnem jest, że obecnie ma je niestety bardzo niewielu.

Ważną także częścią wywodu są wywiady. Zbierać je należy z największą ostrożnością i pamiętać, że obowiązkiem lekarza sądowego jest oddzielić plewę od ziarna, t. j. nie przyjmować bezkrytycznie wszystkiego, co poszkodowany jako powód uszkodzenia podaje, lecz oświetlić jego zeznania ze stanowiska lekarskiego tak, aby dojść do prawdy, lub choćby do największego prawdopodobieństwa. W przytoczonym poniżej przykładzie zobaczymy, że to nie jest bynajmniej rzecz bez znaczenia.

Niemniej ważne jest również jaknajbardziej drobiazgowe badanie wszystkich aktów (nietylko orzeczeń lekarskich), gdyż i tam natrafić możemy na szczegóły niemałej wartości, a powtóre, tylko w ten sposób możemy uzyskać ogólniejszy pogląd na sprawę i objąć całość. Wogóle zasadą powinno być nie pomijać niczego, najdrobniejszego nawet na pozór szczegółu, gdyż po namyśle i należytem ocenieniu może się on okazać nader ważnym, niekiedy nawet rozstrzygającym, powtóre ściśle indywidualizować, a strzedz się szablonu, trzymać się bezwarunkowo jasno wytkniętego, swego lekarskiego zadania, t. j. bezstronnego ocenienia danego przypadku pod względem sądowo-lekarskim, a nie popadać pod żadnym warunkiem w rolę obrońcy lub oskarżyciela, a nadewszystko wszędzie i zawsze pamiętać, że *„in dubiis mitius“*.

Wszystkie te wyżej przytoczone względy, a w szczególności owe lekarskie orzeczenia, które przez długi szereg lat czytać i oceniać byliśmy zmuszeni, stały się ostatecznym powodem postanowienia, aby to pole, od tak dawna leżące odłogiem, wedle sił i możności, na nowo zacząć uprawiać, wyzyskać odpowiednie przypadki, które nastręczają się w praktyce sądowej, należycie je rozebrać, krytycznie oświetlić i wyjaśnić. Przytem znajdzie się z pewnością i niejednokrotnie sposobność do podniesienia ogólniejszej uwagi lub wypowiedzenia zasadniczego zdania w tej lub owej sprawie.

Chcąc zapewnić sobie jaknajwiększą swobodę słowa, co jest konieczne, a z drugiej strony uniknąć zupełnie stanowczo wielkiej przykrości uczynienia komukolwiek krytyką naszą, nie powiadamy ujmy lub szkody, lecz choćby tylko nieprzyjemności, podawać będziemy przykłady nasze bezimiennie, nie wypisując nawet pierwszych liter nazwisk. Znaczyć będzie: P. = poszkodowany, O. = oskarżony, N = nazwa miejscowości.

Rozpoczynamy następującym przykładem:

I. Przypadek, czy zbrodnia.

Dosłowny [3]) odpis protokołu oględzin z d. 19. października 1901. P. sługi dworskiego w N., wykonany przez dwu znawców w N.

»Mężczyzna, l. 25 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony podaje, że dnia 14. października 1901 r. uderzył go O. tak silnie ręką w lewe oko, że odrazu puściła mu się krew z oka, przyczem uczuł silnego bolu (*sic!*) i od tego czasu na to oko nie widzi. Badanie dzisiejsze wykazuje:

1) Powieka górna lewego oka jest bardzo silnie obrzękła, tak, że zacieśnia w znacznym stopniu szparę międzypowiekową. Na powierzchni jest powieka ta sinawo-czerwono zabarwiona, a nadto daje się stwierdzić w zewnętrznym kącie guz wielkości laskowego orzecha, przesuwalny, nad którym skóra okazuje prawidłowe zabarwienie.

2) Powieka dolna lewego oka zasiniona i lekko obrzękła.

3) Spojówka powiekowa, jakoteż gałkowa okazuje bardzo znaczne rozpulchnienie i silne jednostajne nastrzyknięcie krwią — w dolnym i zewnętrznym odcinku tworzy spojówka gałkowa do około rogówki wałowate zgrubienie (*chemosis*).

4) Rogówka okazuje pęknięcie, przebiegające od górnego brzegu i wewnątrz, ku dołowi i zewnątrz i kończy się na odległość około 3 mm. od zewnętrznego brzegu rogówki. W dolnej połowie tego pęknięcia widać sterczące na zewnątrz ciało wielkości średniego grochu w górnej części ciemno-czerwonego koloru, w dolnej zaś białe i przeźroczyste, przedstawiające się jako wypadnięta tęczówka i część soczewki. — Na górno-zewnętrznym odcinku rogówki widać zaćmę barwy szarawo-białej wielkości małego grochu, a tuż na zewnątrz od tej zaćmy widać wynaczynienie krwi barwy ciemno-czerwonej, wielkości główki od szpilki.

5) Oko prawe okazuje nieznaczne zaćmienie rogówki w wewnętrzno-górnym odcinku, wielkości ziarna prosa. Powieki zaś tego oka, jak i spojówka żadnych zmian chorobowych nie okazują.

6) Bystrość wzroku na oku lewem zupełnie zniesiona, a także i poczucie światła bardzo znacznie upośledzone.

7) Zresztą nie spostrzega się na ciele badanego żadnych innych śladów uszkodzenia lub obrażenia.

Orzeczenie:

I. Badany odniósł pęknięcie rogówki lewego oka z następowem wypadnięciem tęczówki i soczewki.

II. Obrażenia te połączone są z trwałem upośledzeniem wzroku, stanowiąc ciężkie uszkodzenie ciała.

III. Obrażenia te powstały skutkiem urazu zadanego ze znaczną siłą narzędziem twardem, tępem, prawdopodobnie przez drugą osobę.

IV. Uszkodzenie oka wymaga zabiegu operacyjnego, który musi być dokonanym przez okulistę, ale nawet i w tym wypadku nie jest wykluczoną możliwość przyłączenia się ropnego zapalenia całego oka, a w dalszem następstwie sympatycznego zapalenia drugiego oka.

V. Niezdolność do pracy zawodowej w najpomyślniejszem leczeniu potrwa najmniej (cztery tygodnie) około 30 dni.

VI. Uwzględniając stwierdzane na obu rogówkach, a zwłaszcza bardzo znaczną zaćmę rogówki lewej (uszkodzonej), przyjąć musimy w danym wypadku t. zw. osobnicze usposobienie w tem znaczeniu, ze zaćmiona rogówka w tym stopniu, jak w danym wypadku na oku lewem, jako mniej sprężysta łatwiej ulegnie pęknięciu z urazu, niż rogówka zdrowa.

Prokuratorya Państwa wnosi, aby »zażądać od specyalistów okulistyki fachowego orzeczenia na podstawie aktów, czy w danym przypadku nastąpiło trwałe osłabienie wzroku, w identycznym bowiem przypadku w sprawie O. o zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała [4]), w której wniosła Prokuratorya akt oskarżenia z 19. II. 1901, okuliści byli odmiennego zapatrywania od lekarzy znawców, którzy wydali orzeczenie w odnośnym sądzie powiatowym«. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schott. **W sprawie ostrego przemęczenia serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 18). Zdania co do zachowania się zdrowego serca, pod wpływem trudów fizycznych są podzielone. Jedni (de la Camp) nie widzieli wcale ostrej rozstrzeni w tych warunkach, o ile chodziło o serce zupełnie zdrowe, inni (Schott, Albu i t. d.) znajdowali ją, a nie brak też doświadczeń, w których stwierdzono (Moritz i Dietlen) nawet zmniejszenie pojemności serca w tych warunkach. Ta sprzeczność poglądów ma

---

[3]) Podawać będziemy dosłowne odpisy protokołów, nietylko dlatego, że to są dokumenty, których nie powinno się zmieniać, lecz także, aby okazać, z jak okropnem zaniedbaniem językowem są one często pisane, aby także i pod tym względem wpłynąć, jeśli to możliwe, na poprawę stosunków.

[4]) Przypadek, o którym mówi Prokuratorya Państwa, nie jest co prawda identycznym, ale co najwyżej analogicznym — będzie zresztą w najbliższej przyszłości ogłoszony pod tytułem: »O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych« w »Tyg. lek.«.

według autora swe źródło nietylko w pewnych przez niego wytkniętych niedokładnościach w technice sposobu śledzenia, nietylko w różnych warunkach, w których przystępowano do oznaczenia wielkości strudzonego serca, ale także i w natężeniu zmęczenia. Zmęczenie, wywołujące już duszność i kołatanie serca przebiega, zdaniem autora, zawsze z chwilową przynajmniej rozstrzenią nawet zdrowego serca. *Dr Maryan Godlewski.*

Witthauer. **Podskórne stosowanie żelatynowych i solnych roztworów przeciw krwotokom w durze brzusznym.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 18). Autor zaleca przeciw krwotokom w przebiegu duru brzusznego gorąco podskórne wstrzykiwanie sterylizowanego 10% rozczynu żelatyny, codzień lub co drugi dzień po 50 ctm. tak długo, aż przynajmniej dni kilka już się krew w stolcach nie pokazuje. Prócz tego w razie potrzeby wstrzykuje podskórnie rozczyn fizyol. soli kuchennej. Wyniki mają być bardzo pomyślne. Michaelis stosuje żelatynę nie podskórnie, ale w lawatywach, (litr 5% rozczynu ogrzanego do 50°). *Dr Maryan Godlewski.*

Saenger. **O objawach ogniskowych w przebiegu rozlanych spraw chorobowych w mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 19). Autor zwraca uwagę, że t. zw. objawy ogniskowe (Herdsymptome), odgrywające tak ważną rolę przy rozpoznawaniu nowotworów mózgu i ich umiejscawienia, mogą wyjątkowo występować i przy innych sprawach mózgowych, bynajmniej nie umiejscowionych, ale właśnie rozlanych. Na mocy obcej i własnej kazuistyki wymienia autor następujące sprawy: Padaczka, zapalenie opon mózgowych chroniczne (Leptomeningitis chr.), zapalenie opon mózgu natury nowotworowej, zapalenie samego mózgu (encephalitis), wodogłowie chroniczne, zmiany miażdżycowe naczyń mózgowych, starczy zanik mózgu, porażenie postępowe.

Ze względu zwłaszcza na wskazanie do zabiegu operacyjnego trzeba o możliwości tych spraw pamiętać.

Dr Maryan Godlewski.

Knapp. **Postępy w rozpoznawaniu nowotworów mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 19 i 20). Przy umiejscowianiu nowotworów mózgowych nie można się opierać, zdaniem autora, wyłącznie na t. zw. objawach ogniskowych raz dlatego, że często objaw brany za ogniskowy może być wypływem t. zw. działania na odległość, powtóre dlatego, że nieraz siedzibą nowotworów są t. zw. nieme okolice mózgu, t. j. okolice, których drażnienie przebiega bez odczynu. W tym ostatnim wypadku objawy ogniskowe oczywiście wcale nie wystąpią. W tym właśnie razie można z korzyścią oprzeć się na objawach, powstających z działania nowotworu na odległość. Z obserwacyi autora wynika, że nowotwory umiejscowione w płatach skroniowych, wywołują na tej właśnie drodze przemijające i częściowe porażenia w zakresie nerwu okoruchowego tej strony, po której leży ognisko chorobowe. Prawdopodobieństwo rozpoznania nabiera niemal pewności, jeżeli do wymienionego objawu przyłączy się porażenie połowicze strony przeciwnej, oraz objawy móżdżkowe. Ze sposobów mało stosowanych, a nieraz oddających usługi w tym względzie, omawia dalej autor badanie różnicy w przewodnictwie obu połów czaszki. Metoda ta podana przez Phlepsa, polega na stwierdzeniu różnicy w natężeniu dźwięku ustawianych na stropie czaszki dźwięczących widełek stroikowych, których dźwięk przewodzony przez czaszkę, wysłuchujemy po obu jej odpowiadających sobie stronach zapomocą specyalnego urządzenia. Wreszcie wielką usługę oddają przewiercenia, a następnie nakłucie próbne, które jest, zdaniem autora, przy użyciu chlorku etylu, niemal bezbolesne.

Autor zwraca uwagę, że nieraz najwprawniejsi chirurgowie mogą być w wątpliwości, czy mają przed sobą w otworze trepanacyjnym prawidłową tkankę nerwową, czy też nowotworową, koniecznem jest w tych wypadkach zoryentowanie się zapomocą doraźnie sporządzanych preparatów mikroskopowych.

Dr Maryan Godlewski.

Canzen. **Znaczenie odruchu Achillesa** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 19) jest wedle autora bardzo ważne. We wiądzie rdzenia brak tego odruchu występuje równie często, jak brak odruchu kolanowego, znane jest też rozpoznawcze znaczenie braku tego odruchu przy rwie kulszowej, oraz przy postępowym zaniku mięśni. *Dr Maryan Godlewski.*

Teller. **W sprawie leczenia odleżyny.** (*Münch. med, Wochs.* 1908, Nr 19). Leczenie zależy od okresu schorzenia. Zaczerwienienie wymaga jedynie ochrony miejsca zaczerwienionego przed uciskiem, czyli — o ile to możliwe — zmiany położenia ciała, w razie niemożliwości daje się poduszkę wodną, miejscowo zaś obmywanie alkoholem.

W okresie drugim widzimy ubytek nabłonka i sączenie z obnażonej powierzchni; wtedy są wskazane środki, które równocześnie działają wysuszająco i osłaniająco (pasta Lassara, dermatol, xeroform). W okresie trzecim, w którym obumarły odcinek skóry wypada, należy dno rany wypełnić tamponikami zamaczanymi w rozczynie octanu glinowego; do pokrycia ubytku przyczynia się, zdaniem autora, najlepiej masaż (5—10 minut) brzegów rany, poczem brzegi zaopatrzyć należy warstwą pasty Lassara, przykrywając tak ją, jak też i wypełnioną tamponikami ranę, warstwą gazy, waty i batystem Billrotha, przytwierdzić cały opatrunek, który należy każdej doby zmieniać, przylepcami. Prócz tego zaleca co drugi dzień ciepłą kąpiel. *Dr Maryan Godlewski.*

Busse. **O pojawianiu się prątków durowych we krwi chorych niedurowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 21). W dwóch przypadkach gruźlicy prosowatej i w jednym przypadku zapalenia płuc wykazać można było we krwi prątki durowe. *Dr Maryan Godlewski.*

Plate. **O zachowaniu się gruczołów chłonnych przy pewnych schorzeniach stawów.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 21). Autor zauważył, że nieraz dopiero wtedy można było zmiany zapalne w stawie skutecznie leczyć, gdy zapomocą wcierania mydła szarego zmiękły i zmniejszyły się stwardniałe i powiększone gruczoły chłonne. Możności wessania wysięków stawowych stała na przeszkodzie w tych razach — zdaniem autora — niedostateczna drożność dróg chłonnych. *Dr Maryan Godlewski.*

Moritz. **W sprawie ostrego rozszerzenia serca skutkiem wysiłków.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 25). Autor polemizuje z techniką badania, oraz wywodami zawartymi w pracy Schotta, twierdząc, że ostre rozszerzenie się zdrowego serca skutkiem fizycznych wysiłków dotąd nie jest stwierdzone.

Dr Maryan Godlewski.

Fischler. **Znaczenie rozpoznawcze urobilinurii w przebiegu schorzeń wątroby.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 27) Barwik żółci t. zw. bilirubina ulega pod wpływem redukującego działania bakteryi przewodu pokarmowego częściowej zamianie na urobilinę, która przez żyłę bramną wraca do wątroby, i tu dzięki sprawności komórek wątrobnych wraca z powrotem do żółci, a z tą wydziela się do przewodu pokarmowego. Urobilina przeto nie może powstać w razie niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, jeżeli tylko ten przewód jest drożny, żółć stale zawiera urobilinę. W prawidłowych warunkach barwik ten wcale lub prawie wcale nie przechodzi do moczu dzięki właśnie sprawności komórek wątrobnych, które go do żółci wydzielają. Jeżeli jednak sprawność komórek wątrobnych podupada, może się urobilina pojawić w znacznej ilości w moczu, jak to ma miejsce w zakażeniach lub zatruciach tak ostrych, jak i chronicznych, odbijających się na wątrobie (dur, daleko posunięta sprawa gruźlicza, zatrucie fosforem). Ta sama przyczyna, t. j. schorzenie komórek wątrobnych wywołuje pojawianie się obfitej urobilinurii w przebiegu złośliwej niedokrwistości, a zwłaszcza w zanikowych formach marskości wątroby, co w przebiegu zwłaszcza tej ostatniej choroby, stanowi bardzo ważny szczegół rozpoznawczy. *Dr Maryan Godlewski.*

Saenger. **Działanie rozedmy na przebieg dusznicy oskrzelowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). Mimo, że ponawiające się napady dusznicy oskrzelowej wpływają na rozwijanie się rozedmy, nie oddziaływa ta zmiana bezpośrednio na częstość i ciężkość napadów. Same napady astamtyczne najlepiej się leczą zdaniem autora przez wyćwiczenie chorego w oddechaniu przeponowem. *Dr Maryan Godlewski.*

Roemheld. **Dnie mleczne przy leczeniu ochudzającem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). W każdym tygodniu w ciągu jednego lub dwóch, zwykle po sobie następujących dniach dostaje chory prócz litra mleka co najwyżej nieco owoców. Sposób ten daje bardzo dobre wyniki.

Dr Maryan Godlewski.

Löwy. **Leczenie ostrego kataru.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 29). Tampon zamaczany w 10% protargolu, włożony głęboko kleszczykami do muszli średniej na kilka minut lub wdychiwanie par mentolu i kamfory w stosunku 2: 1, którego to roztworu wlewa się nieco do wody zagotowanej w probówce.

Dr Maryan Godlewski.

Hirschfeld. **Kuracya Karelli i niedostateczne odżywianie przy zaburzeniach wyrównania w krążeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 30). Autor jest zdania, że ten sposób leczenia musi być uważany za leczenie głodowe. Nie ma jednak jego zdaniem żadnej potrzeby stosować wyłącznie mleka, można bowiem dyetę urozmaicić innymi płynnymi pokarmami (bulion,

jaja, wino), co czyni ją mniej przykrą. Utrata samoistna łaknienia jest szczegółem niepomyślnym w rokowaniu. Sposób ten daje dobre wyniki, zwłaszcza przy starczem naruszeniu wyrównania serca. *Dr Maryan Godlewski.*

Moritz. **Ochudzanie zapomocą dyety mlecznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 30). Tego sposobu używa autor wyłącznie przy ochudzaniu. Zaletami tego sposobu są pewność w działaniu, prostota w wykonaniu, taniość, usuwanie często nieprzezwyciężonej dla chorego pokusy w jedzeniu, którą sprawia rozmaitość pokarmów, uniknięcie przykrości głodu i pragnienia, wreszcie korzystny wpływ na nerki i krążenie. Ilość mleka (około 2 litrów) gorącego lub zimnego, słodkiego lub kwaśnego, przegotowanego lub surowego, należy unormować stosownie do dziennych ubytków wagi i indywidualności ustroju, mając na względzie uwagi i obliczenia zawarte w pracy.

Dr Maryan Godlewski.

Blümel. **Zbliznowacenie szczytu płuca prawego, skutkiem utrudnionego oddechania nosem i różniczkowanie tej zmiany od sprawy gruźliczej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 30). Sprawa ta, na którą pierwszy zwrócił uwagę Krönig, może łudząco naśladować sprawę gruźliczą, prócz bowiem stłumienia znajdujemy w tym szczycie oddech zbliżony do oskrzelowego, oraz suche rzężenia. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że chorzy tacy również kaszlą, i że nieraz w plwocinie znajdujemy domieszkę krwi, że się nocą pocą, zrozumiemy łatwość i możliwość omyłek rozpoznawczych; to też Blümel na 100 chorych w sanatoryum dla chorób piersiowych znajduje przeciętnie 5, którzy się tu dostali skutkiem takiej właśnie omyłki rozpoznawczej. Przeciw gruźlicy przemawia brak dziedziczności, prawidłowa klatka piersiowa, brak wychudnienia i gorączki. Podejrzenie tej sprawy budzić powinny — prócz specyalnego wyglądu osób ustami oddychających — podmiotowe skargi chorego na niemożność oddechania ustami. Zmiany bliznowate szczytu wywołane są drażnieniem tkanki płucnej pyłem, który nie osiada, skutkiem oddechania ustami, w górnych drogach oddechowych. Z powodu utrudnienia fizyologicznego czynności wydechania, szczyty narażone są na owe drażnienie, powodujące następowy rozrost tkanki łącznej, więcej, aniżeli inne części płuca. Że stale zmiana dotyczy prawego szczytu, tłómaczy się większą szerokością prawego oskrzela. Jedynie wskazane w tych wypadkach jest leczenie chirurgiczne nosa. *Dr Maryan Godlewski.*

Okulistyka.

Greend. **Zestawienie statystyczne wad refrakcyi i zmian chorobowych w oczach 500 mężczyzn powyżej 60. roku życia.** (*Ophthalmology* 1908. Vol. IV, Nr 2). Autor przeprowadził szczegółowe badania wzroku i zmian ocznych u 500 weteranów armii Stanów Zjednoczonych. Wszyscy badani przekroczyli już 60-ty rok życia. Średni wiek wynosił 70,83 lat. Wykonał on także 455 pomiarów parcia tętniczego zapomocą przyrządu Janevaya dla stwierdzenia związku, jaki zachodzi między pewnemi zmianami w oczach, a ciśnieniem krwi. Istnieje wielki wpływ miażdżycy na przeróżne stany chorobowe oka, które występują wcześniej i w silniejszym stopniu, jeśli miażdżyca tętnic jest większa, niż to odpowiada wiekowi. Odnosi się to zwłaszcza do zmian starczych tak, że i pod tym względem sprawdza się aforyzm, że »człowiek starzeje się tak prędko, jak jego tętnice«. Na 455 starców, badanych przyrządem Janevaya, tylko u 15 ciśnienie krwi było prawidłowe, t. j. nie przekraczało 130 mm. rtęci. U wszystkich innych ciśnienie to bądźto przekraczało już granice prawidłowe (130—150 mm. rtęci), bądźto było wybitnie chorobowe wzmożone. Prócz tego zawiera praca liczne dane statystyczne nie nadające się do krótkiego streszczenia.

K. W. Majewski.

Bordier i Nogier. **Nowy pupillometr.** (*Rév. gén. d'Ophth.* 1907, Nr 12). Autorowie wspominają o przyrządzie Robert Houbina. Jest to płytka ze szkła matowego z maleńkim otworkiem. Na płytce tej przesuwa się druga mniejsza, również z matowego szkła, z takimże otworkiem. Badany, trzymając przyrząd ten tuż przy oku i patrząc ku światłu, widzi otworki w postaci jasnych kół rozproszenia i ma jedną płytkę po drugiej tak długo przesuwać, aż obwody obu tych kręgów rozproszenia się zetkną w jednym punkcie, a wtedy odległość wzajemna otworków, którą można odczytać wprost na odpowiedniej podziałce, równa się średniej źrenicy. Wadą tego przyrządu jest to, że zasłania on część światła, wpadającego do oka, i nie pozwala badać wielkości źrenicy przy różnem oświetleniu. To też B. i N. na tej samej zasadzie oparli ulepszony przyrząd, nie zaciemniający badanego oka. Jest mała linijka z podziałką, opatrzona noniuszem. Do brzegu podziałki w miejscu odpowiadającem zeru, przytwierdzony jest krótki, bardzo cienki drucik z jasnego błyszczącego metalu. Drugi podobny drucik umieszcza się równolegle do pierwszego na przesuwalnym noniuszu. Badany patrzy na oba druciki, trzymane tuż przed rogówką oka i oświetlone promieniem lampy lub świecy, umieszczonej poza jego głową. Najlepszem jest jednostajne tło ciemne. Druciki przedstawiają się patrzącemu jako dwie smugi rozproszenia, ma zatem znowu przesuwać drucik, przytwierdzony do noniusza tak, ażeby te dwie smugi doprowadzić do zetknięcia. Wtedy oddalenie wzajemne drucików, dające się przy pomocy noniusza zupełnie dokładnie odczytać na podziałce, podaje wprost długość przekroju źrenicy. *K. W. Majewski.*

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

W roku 1647 z rozkazu Wielkiego Księcia Aleksieja Michajłowicza po spowiedzi i komunii spalono obwinąwszy słomą »żenkę Agaficę« i »mużyka Tereszkę«. Poprzednio okrutnie parę tę indagowano i ogniem palono, ażeby się przyznali, kogo na śmierć umorzyli i gdzie się tej sztuki uczyli. Agafia zeznała w końcu, iż dla usunięcia »kiły (przepukliny) i paraliżu« używała zamawiania, pociągając po człowieku nitką wziętą ze zmarłego i przelewając wodę przez żelazny skobel (proboj) z naszeptywaniami i dając tę wodę do picia; dla wzbudzenia w kim miłości podawała w kapuśniaku własne tegoż »jestestwo«; dla umorzenia dodawała do napoju ziemię z mogiły, korzenie i t. d. W r. 1653 wychodzą groźne ukazy, wydane na imię wielu wojewodów, by znajdujące się w polskich i ukraińskich powiatach księgi i przedmioty szkodliwe palić, prześladować wróżbiarzy i ludzi do nich udających się, winnych palić na stosach, a domy ich niszczyć do szczętu. Na mocy tego ukazu hetman zaporozki Iwan Brzuchowiecki spalił w r. 1666 na stosie 6 kobiet, a w ich liczbie żonę Hadziackiego pułkownika, podejrzywając, że ona hetmanowi i jego małżonce nasłała suchoty. Obwiniano też baby o to, że wykradły hetmanowej płód z wnętrzności i naprowadziły na miasto myszy i szczury. W r. 1671 przy osadzie m. Temnikowa spalono dwóch popów i starszyznę wojskową, podejrzaną o czary; w r. 1676 w sokolskiem zginęli na stosie mąż i żona, podejrzani o wywoływanie chorób i śmierci różnymi korzeniami. W r. 1682 spalono na stosie Marfuszkę Jakowlewą za przyczynienie szkody na zdrowiu carowi Feodorowi Aleksiejewiczowi i t. p. Procesy o czarodziejstwie przechodzą nawet i do w. XVIII. W r. 1752 pomiędzy innemi pociągnięta zostaje do odpowiedzialności Iryna Iwanowna za nasyłanie czarów cesarzowej Elizawecie Pietrownie i zamieszkałej w Moskwie carewnie Gruzińskiej. Nawet Piotr Wielki w swych »woińskich artikułach« z r. 1716 grozi za czary wszelkiemi karami: więzieniem, kajdanami, pędzeniem przez rózgi, lub paleniem na stosie. Kary te jeszcze obostrza ukaz Anny Iwanowny z r. 1731. Chociaż w XIX w. sądy nie każą już za czarodziejstwo, lecz masy ludowe w Rosyi od czasu do czasu wymierzają jeszcze doraźne sądy krwawe, będące smutną spuścizną poprzedniej ciemnoty, popieranej przez władze i kościół prawosławny.

Rosya więc w tym względzie nie jest wcale wyjątkiem i w wiekach XIII—XVIII, podobnie jak i w zachodniej Europie, stosowano w Rosyi karę śmierci za czarodziejstwo. Ostatni proces o czary w Europie toczył się jeszcze w Hiszpanii w r. 1804. Wiara w czary była w całej Europie silnie zakorzeniona. Nawet Luter odrzucając w swej nauce wszystkie dogmaty i praktyki mistyczne, nie mógł się rozstać z czartem, któremu przypisywał w swym katechizmie powstanie wszystkich chorób, jak: dżumy, gorączki, pomieszania zmysłów, ran, głodu, pożarów i innych nieszczęść. Potępiał on lekarzy, że nie rozumiejąc siły dyabelskiej, wiele chorób przypisują innym naturalnym przyczynom. W protestanckiej ustawie z r. 1569 »Theatrum Diabolarum« rozpatrywane jest pytanie, gdzie zamieszkują i działają biesy i zawiera się wyjaśnienie, że szatani żyją z mężczyznami i kobietami, przyjmując postacie świni, kota, psa i t. p.; a książka ta była przecie zalecana nie tylko prostaczkom, lecz i uczonym, lekarzom, pastorom i t. d. Nie trudno to zrozumieć, jeżeli dodamy, że znany fizyk Johann Schperling w r. 1653 podtrzymywał teoryę dyabłów, a znamienity klinicysta XVIII w. Fryderyk Hoffman pisał dzieło o władzy dyabła nad ciałem, osnute jakoby na zasadzie zjawisk fizycznych. Nie można się przeto dziwić, że nadworny

lekarz cara moskiewskiego Andrzej Engelhordt pisał w r. 1657 o własnościach leczniczych rogu jednoroga (*monodon monoceros*) z gatunku wielorybów, który noszony na piersiach miał chronić od wszelkiego otrucia, ospy, morowego powietrza i innych chorób i t. d.

Autor zbija twierdzenia Prof. W. Antonowicza, Władimirskiego, Budonowa, wreszcie Sperońskiego i innych, jakoby sądy moskiewskie i kary za czarodziejstwo miały być lżejsze, niż na zachodzie. W Moskwie także karano niewinnych, nieraz wskutek osobistej zemsty, lub na mocy zeznań ludzi pijanych. Przy ówczesnej ciemnocie mas, ci nieliczni ludzie, którzy w imię miłości bliźniego starali się walczyć z chorobami, przynosząc pomoc cierpiącym, otrzymywali w razie pomyślnym skromne tylko wynagrodzenie, a w razie przeciwnym bywali sami karani śmiercią. Zwykle rozpoczynali znachorzy swój zawód, lecząc konie i bydło, a następnie śmielsi zajmowali się leczeniem ludzi, za co przychodziło niekiedy płacić krwią własną.

Niekiedy dla wykrycia winnych rzekomych czarów, całe okolice indagowano i prześladowano. Bywały przypadki, że ludność, straciwszy cierpliwość, protestowała przeciw teroryzmowi władzy, jak to było w r. 1656 podczas rozprzestrzeniania się opętania t. z. »klikotnoj boliezni«. Władze za pomocą okrutnej indagacyi wyszukiwały rzekomo winnych, a tymczasem choroba coraz bardziej szerzyła się, (chorzy wykrzykiwali różnemi głosami: niedźwiedzim, zajęczym, ptasim i t. d.) Opętani wskazywali na rzekomo winnych, których okrutnie karano, męcząc i sadzając na całe lata do więzienia. Często te same środki badania zastosowywano także i do świadków i wielu z nich przy indagacyi z mąk umierało.

Chociaż w państwie moskiewskiem procesy o czarodziejstwa toczyły się z niemniejszem okrucieństwem, jak w krajach zachodnio-europejskich, to jednakże oryginalną cechą Rusi moskiewskiej jest brak demonologii, religijno-filozoficznej nauki o czarodziejstwie, która rozwinęła się na zachodzie pod wpływem studyów klasycznej starożytności i niektórych jeszcze nie usuniętych pierwiastków bałwochwalstwa. Przez wiele wieków w pojęciach ludu utrwaliło się przekonanie, że znachor może wyleczyć każdą chorobę. Nieudatne leczenie przypisywano szkodliwości znachora, nie wierzono bowiem w jego bezsilność. Do dyplomowanych lekarzy w Moskwie stosowano tę samą miarę, co i do znachorów. Z jednej strony był stosunek dziwnie sceptyczny, z drugiej nadmierne wymagania. Ta nieufność była przyczyną tragicznej śmierci pierwszych moskiewskich lekarzy i wogóle słabego rozwoju medycyny aż do wstąpienia na tron cara Aleksieja Michajłowicza.

Stan pierwotny ówczesnej Moskwy nie mógł przyczyniać się do rozwoju nauki lekarskiej. Przy panujących jeszcze pogańskich pojęciach o przyczynach chorób przypisywano wszystko tajemniczym siłom, któremi według swego widzimisię kierowali znachorzy. Ze stopniowem utwierdzeniem się doktryn prawosławnych, wróżbiarz traci autorytet wszechmocności, a przyczynę choroby przypisują już nie tajemniczej sile, lecz karze bożej za grzechy; stosownie do tego należało więc walczyć przeciw chorobie modlitwą i jałmużną, postami, pielgrzymką do miejsc świętych, wodą pochodzącą z obmywania krzyżów i obrazów św. i t. d. Wobec tych zapatrywań racyonalna medycyna z trudem mogła wywalczyć sobie w Moskwie prawo obywatelstwa. Autor zbija twierdzenie Richtera i innych cudzoziemskich pisarzy, że w Rosyi medycyna jakoby dlatego nie mogła się rozwijać, bo ówcześni mieszkańcy Moskwy byli silni i zdrowi i na wszystko zahartowani. Przeciwnie najdawniejsze latopisy pełne są wiadomości o grasujących zarazach i głodzie, a więc chorowano i lekarze byli potrzebni. Miejsce lekarzy we wszystkich chorobach zastępowała jednak wódka; Reitenfels powiada, że Rosyanie »chciwie jak nikt inny piją wódkę, uważając ją za nektar, środek rozgrzewający i lek na wszystkie choroby«.

Pierwsi lekarze w Moskwie nie byli przedstawicielami racyonalnej medycyny. Byli to przybysze ze wschodu: jak słynny Armianin z połowy XI w., lub Piotr Syrionin, praktykujący w początkach XII. w., albo grecy, przeważnie mnisi z Afonu, jak Antoniusz, sw. Olimpion, błogosławiony Agapit i inni. Byli to także znachorzy, którzy odrzucili część praktyk czarodziejskich, zastępując je modlitwą, wodą święconą i t. d., i na pierwszem miejscu stawiając zbawienie duszy, a nie leczenie ciała.

Pomnikami historycznymi pierwszej wiedzy leczniczej w okresie moskiewskim są »zielniki« i »leczniki« z końca XVII. w., t. j. z czasów ugruntowania się w Rosyi cudzoziemskiej medycyny racyonalnej i z czasów organizacyi szkoły lekarskiej. Pozostałe rękopisy lekarskie są tłómaczeniami z cudzoziemskich oryginałów, mają charakter scholastyczny. Kiedy na zachodzie zaczęła się już rozwijać anatomia, nie uprawiano jeszcze w Moskwie racyonalnej medycyny, a każdy, kto znał działanie jakiej rośliny lub korzenia, zajmował się lecznictwem. Lekarze z europejskiem wykształceniem pojawiają się na Rusi Moskiewskiej w końcu XV w.; był to czas, kiedy stosunki z zachodem się wzmogły, a wraz z tem rozszerzył się horyzont życia politycznego. Pierwszym powodem zbliżenia się z zachodem było, jak wiadomo, małżeństwo Jwana III. z Zofią Paleolog. W świcie jej w r. 1473 miał się znajdować lekarz, przywieziony z Rzymu, który podobno cieszył się przy dworze wielką powagą. Pobyt na dworze lekarza nie może jeszcze świadczyć o cywilizacyjnym stanie Moskwy, gdyż byłto raczej wpływ dworu Bizantyjskiego, na którym lekarze istnieli od końca V w. W r. 1485 był na dworze wielkoksiążęcym lekarz niemiec »Anton«, który według słów latopisu wskutek nieszczęśliwego leczenia został z rozkazu księcia zabity. Nie lepszego zaznał losu inny lekarz, kurujący W. Ks. Jwana, syna W. Ks. Jwana Wasilewicza. Według latopisu pewien lekarz żyd, Leon, podjął się leczyć chorego z warunkiem, że jeżeli go nie wyleczy, gotów jest na karę śmierci, a kiedy chory umarł, W. Książe rozkazał lekarza istotnie ściąć. Tragiczny koniec poprzedników nie powstrzymał innych wykształconych lekarzy od przybycia do Moskwy. W r. 1490 Cesarz austryacki na prośbę cara Jwana III przysyła mu lekarza »doświadczonego«. Za czasów W. Ks. Wasila Iwanowicza sprowadzono z zagranicy wielu lekarzy i kiedy sam książe zachorował, o ile można sądzić, na karbunkuł, lekarz Zujew oświadczył, że wobec tej choroby jest bezsilny; po śmierci dostojnego chorego nie uległ jednak Zujew karze śmierci, ale zachował swoje stanowisko przy dworze; chorobę przypisano zresztą otruciu ziołami przez Ks. Michała Lwowicza Glińskiego. Odtąd następuje pewna tolerancya wobec lekarzy nadwornych. Za panowania Iwana Groźnego przybywa w r. 1553 wielu lekarzy, aptekarzy, cyrulików, operatorów i »podlekarzy« do Moskwy, z rekomendacyi przeważnie królowej Angielskiej. Z nich najbardziej znany był Elisej Bomelli, przybyły z Anglii.— Przedstawiają go jako człowieka chciwego, dumnego i nieuczciwego, lecz wielce wpływowego u dworu, podtrzymującego w Iwanie Groźnym przesądy i podejrzliwość. Miał on przygotowywać trucizny dla tych ofiar, które z ręki cara ginęły, jak Grigorij Graznoj, Ks. Iwan Gwozdew Rostowskij i inni. W końcu i sam Bomelli, podejrzany o tajemne stosunki ze Stefanem Batorym, został w r. 1580 spalony na stosie. W r. 1581 na prośbę tegoż Iwana Groźnego przysyła królowa angielska Elżbieta z pochlebnym listem swego lekarza nadwornego Roberta Jakobi, któremu podobnie jak innym cudzoziemcom dano w Moskwie przezwisko »Roberta Jakowa«. Jakobi oprócz medycyny zajmował się sprawami dyplomatycznemi i religijnemi, swatał carowi jeszcze za życia jego żony Maryi Nagoj, angielkę Maryę Hastings, wykładał zasady religii anglikańskiej i t. d. Z materyałów, które się dochowały, dowiadujemy się, że »leczył choroby kobiece i połogowe« i »znał się na doktorstwie lepiej (od) innych bab«. Borys Godunow, dbały bardziej o oświatę, ściągnął do Moskwy z Zachodu wielu cudzoziemców, artystów i rzemieślników, jak również i wyćwiczonych lekarzy, głównie z Niemiec i z Anglii. Pomiędzy nimi cieszył się większem uznaniem Kasper Fidler z Królewca. Po śmierci Dymitra I Samozwańca wszyscy ci lekarze, wyjąwszy Dawida Wasmera, który został lekarzem nadwornym cara Wasila Iwanowicza Szujskiego, zostali z Moskwy wygnani. Ówczesne walki i nieporządki wewnętrzne wpływały ujemnie na rozwój kulturalny kraju.

W wieku XVI znajdowali się lekarze w Moskwie pod bezpośredniem zwierzchnictwem carskiem. Od czasów Borysa Godunowa, kiedy liczba osób stanu lekarskiego zaczęła się zwiększać, oddano ich pod nadzór osobnego bojara, zwanego »aptekarskim«. Tak powstał pierwszy Zarząd Medyczny, zwany »aptekarskim prikazem«. Początkowo miał on charakter na wpół prywatny, zależał zupełnie od W. Księcia i nie posiadał ustawy, lecz z czasem, gdy kierownictwo oddzielnych zarządów w różnych gałęziach gospodarstwa państwowego zostaje powierzone ludziom zaufanym, samowładnie rządzącym, następuje to i w »prikazie aptekarskim«. W końcu XVI w. urząd »bojara aptekarskiego«, t. j. głównego naczelnika lekarzy i aptekarzy, należał do wyższych posad państwowych. Z połowy XVII w. zachowały się materyały, charakteryzujące państwową organizacyę lekarsko-aptekarską na Rusi. Autor podaje długi spis chronologiczny bojarów, stojących na czele zarządu lekarskiego. Następnie ów »aptekarski prikaz« nazwano »aptekarską pałatą« (izbą), a w późniejszym czasie »aptekarską kancelaryą«. Od tego urzędu byli zależni wszyscy ci, którzy mieli jakąkolwiek styczność z medycyną: doktorowie, lekarze, okuliści, cyrulicy, kostoprawy, alche-

micy, aptekarze, uczniowie lekarscy, ziolarze i t. p.; początkowo należeli tu też zegarmistrze i inni rzemieślnicy. »Doktorami« nazywano tych, którzy otrzymali wyższe wykształcenie lekarskie zagranicą i leczyli choroby wewnętrzne w ścisłem znaczeniu tego słowa; »lekarze« wykonywali wyłącznie rękoczyny chirurgiczne i leczyli choroby zewnętrzne. Wogóle dzielono wówczas mądrość lekarską na 3 stopnie: »dochtorów, obtekarow, i lekarow«, mawiając, że »dochtor sowiet dajet i prikazywajet, a sam tomu nieiskusien; a lekar prikładiwajet i lekarstwom leczit i sam nie nauczen; a obtekar'u nich w obieich powar«. Tymczasem praktyka życiowa była silniejszą od prawa i lekarz na prowincyi leczył wszystkie choroby. Tylko biurokraci ściśle trzymali się prawa, odgraniczając zawód doktora od lekarza. Po ustanowieniu »aptekarskiego prikazu«, urząd ten wzywa lekarzy i aptekarzy z zagranicy, naznacza im posady, wypłaca im pensye, rozpatruje różne procesy i zatargi, zachodzące pomiędzy nimi, lub też z osobami postronnemi. W XVII w. oprócz istniejącej apteki »dworcowej« prikaz zakłada nową, z której pobierał dochód. W pierwszej połowie XVII w. liczba osób, należących do stanu lekarskiego, była tak znaczna w stosunku do potrzeb ówczesnych, że już za czasów Michała Fedorowicza nie sprowadzano cudzoziemców; za panowania Aleksieja Michajłowicza liczba ich jeszcze się wzmogła i według autora powstała pierwsza organizacya lekarska w Moskwie (a nie za Piotra Wielkiego, jak twierdzono dotąd). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz samborskiej Kasy chorych, zamieszkały w Łące, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. — Ponieważ wskutek tego nastąpił zatarg z Kasą i dalsze skutki tegoż, wzywa się wszystkich kolegów, by tej posady nie obejmowali bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Dr Festenburg, prezydent.

Lekarska wycieczka naukowa w listopadzie b. r. Organ najwyższej Rady sanitarnej »Das österreichische Sanitätswesen« w Nrze 33 z 13. sierpnia r. b. zamieszcza wiadomość o bardzo ponętnej wycieczce projektowanej na listopad r. b. (od 10. listopada do 4. grudnia) wdłuż wybrzeży morza Adryatyckiego naokoło Włoch do Genui, a uczestnicy tej wycieczki, lekarze z rodzinami, znajdą tanie pomieszczenie i bardzo wygodne na okręcie »Thalia«, który należy do austryackiego Lloyda. Okręt ten na 100 metrów długi i na 12 metrów szeroki, zagłębia się na 8·5 metra, wytwornie urządzony, daje wszelką rękojmię bezpieczeństwa i wygody, płynąć będzie z szybkością 14-tu mil morskich na godzinę, a pomieści w swych kabinach o 1 lub 2 łóżkach, koło 170 osób.

Wycieczka rozpoczyna się w Tryeście dnia 10. listopada o 7 godzinie wieczorem, kolejno uczestnicy zwiedzą Grawozę, Cattaro, Korfu, Maltę, Sycylię, Neapol, Rzym, Korsykę i Niceę, oraz Genuę, przyczem odbędą się różne nader interesujące wycieczki wgłąb lądu. Na zakończenie podróży, jeżeli pora będzie odpowiednią, nastąpi na koszt kraju wycieczka do uzdrowisk w Tyrolu, jak: Arco, Levico, Roncegno, Gries i t. d.

Koszta tej wycieczki wynoszą koło 700 koron, t. j. za podróż morzem od 400 K. wzwyż (stosownie do zajmowanej kabiny okrętowej), a 230 K. za wycieczki lądowe wraz z utrzymaniem bez napojów.

Bliższych szczegółów udziela Dr Hugo Stark z ramienia Związku lekarzy w Karlsbadzie, który to Związek wycieczkę tę organizuje.

Adresować należy: An den Geschäftsführer des Reise-Comites der Vereinigung Karlsbader Aerzte. Herrn Dr Hugo Stark, Karlsbad.

Dotąd zgłosiło się 70 uczestników, a jeżeli wycieczka ma się odbyć, musi być ich przynajmniej 100; do końca sierpnia r. b. należy przesłać połowę kosztów podróży, a w miarę większej (ponad 100) liczby uczestników wycieczki, obniżą się jeszcze koszta wycieczki o 10, 15 lub nawet 20 procent.

Program jest tak ponętny i urozmaicony, a koszta wycieczki stosunkowo tak niewielkie, że nie należy wątpić, iż i z naszego grona lekarzy wielu skorzysta niezawodnie z tej sposobności, aby odbyć tę naukową i towarzyską wycieczkę po miejscach klimatycznych i uzdrowiskach morskich.

Dr Obtułowicz.

Do wszystkich lekarzy austryackich wydało obecnie prezydyum Związku państwowego austryackich organizacyi lekarskich następującą odezwę:

Rząd i ciała ustawodawcze, wszystkie partye polityczne w Austryi współzawodniczą w teoretycznej pracy społeczno-politycznej. A mimo, że praktyczna polityka społeczna pod wielu bardzo względami skazaną jest na współdziałanie lekarzy, i z nimi się w pierwszym rzędzie musi liczyć, to jednakże oddano cały stan lekarski bez wielkiego namysłu na łup życzeń i potrzeb wszystkich innych warstw społecznych. I przy stwarzaniu nawet takich społecznych nowych instytucyi, które najbardziej ciążą na barkach lekarzy, systematycznie usuwano ich na bok, podczas gdy z wszystkimi innymi zawodami, które miały wyłącznie korzystać z tych instytucyi naszych, wziął się rząd za ręce i wzajem się wspomagając, kładli ciężary na stan lekarski. Lekarzy nikt się nigdy o nic nie pyta i nie pytanych wydaje się systematycznie na łup polityki społecznej.

Tak się działo dotąd i tak się ma dziać dalej. Tak się stało z reformą ustawy o Kasach chorych. Wszyscy interesowani się złączyli, by nie dopuścić do spełnienia najskromniejszych życzeń lekarzy, jakimi są fakultatywny wolny wybór lekarzy w obowiązkowych Kasach chorych i ustanowienie górnej granicy dochodów na 2400 koron, jako granicy dopuszczalności na członka Kasy chorych. Ponadto wydał Trybunał administracyjny orzeczenie, że każdy, począwszy od żebraka, skończywszy na milionerze, od robotnika do właściciela dóbr, a więc każdy bez żadnego ograniczenia, może się zapisać do zarejestrowanej Kasy zapomogowej i korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Na mocy tego orzeczenia mają zarejestrowane Kasy zapomogowe zupełną swobodę w stosunku do lekarzy, a Izby lekarskie muszą się pod tym względem poddać woli Kas zapomogowych. Izby lekarskie, legalne zastępstwa lekarzy, mają stosować się odtąd do Kas zapomogowych bez szemrania, nie wolno im się nawet bronić. Każda obrona przeciw temu gwałtowi jest zdaniem władzy i jej organów przekroczeniem ustawy. Trybunał administracyjny swojem orzeczeniem sankcyonował to zapatrywanie.

Odtąd więc mają być lekarze tylko źle płaconymi parobkami w Kasach chorych? Wolny zawód lekarski, typ praktycznego lakarza skazany jest na wymarcie!

Ten zamach na stan lekarski w Austryi zmusza nas do obrony wszelkimi nam dostępnymi środkami. Wyzwano nas do walki o byt!

Musimy się postarać, by się rząd i ciała ustawodawcze dokładnie dowiedziały, jakie jest położenie lekarzy, i że najważniejszym czynnikiem przy wprowadzaniu w życie ustaw o Kasach chorych są lekarze, z którym się więc trzeba liczyć i który organizacya może też i wyłączyć.

Praktyczni lekarze, bez których się nie można obyć w pielęgnowaniu publicznego zdrowia, ale których się za te usługi nie płaci; lekarze, którzy na podstawie spleśniałych dekretów kancelaryi dworskiej i przedmarcowych rozporządzeń, mają przymus zawodowy i obowiązkową humanitarność; lekarze, którzy wedle §. 359 ust. państ. służą bez wynagrodzenia policyi i sądom, którzy muszą składać zeznania w sądach, jako bezpłatni »fachowi świadkowie« lub rzeczoznawcy w postępowaniu karnem i to wedle taryfy, płacącej często nie wedle godności zawodu; lekarze, którzy zarówno w miejscu swego pobytu, jak i poza niem są w stałej służbie, w dzień i w nocy i bez względu na to, czy dostaną zapłatę, czy nie, muszą spieszyć z pomocą cierpiącej ludzkości, często tylko dlatego, że powołane czynniki nie starają się o łatwą pomoc lekarską, o którą się starać powinny; lekarze, którzy jak żaden inny zawód, narażają swe życie i są odpowiedzialni; otóż ci lekarze, co świadczą społeczeństwu tak ważne, państwo utrzymujące usługi, tak pod względem ochronnym, jak leczniczym, i to bez wynagrodzenia, mają być nadal pozbawieni praw i gwałceni na korzyść wszystkich innych współobywateli.

Czyżby cierpliwość lekarzy naprawdę nie miała mieć granic?

Wątpimy, żeby przetrwała jeszcze cięższe próby, jak dotychczasowe. Czyżby się więc można dziwić, gdyby lekarze wreszcie poniechali wszelkich usług, które dotąd darmo świadczyli? Czyżby się można dziwić, gdyby lekarze, ze wszechstron niehumanitarnie traktowani, wreszcie i sami porzucili humanitarność? Pewno byłoby to nam niełatwo, ale....

Czyż nie jest płochością, pchać lekarzy do rozpaczliwej walki przez odmawianie im wszelakich praw? A może nie wiedzą, co ryzykują?

Jeszcze wciąż oddajemy się błogiej nadziei, że Wysoki rząd i wszystkie ciała ustawodawcze dadzą pokój dogadzaniu innym warstwom społecznym kosztem lekarzy i że spełnią nasze skromne żądania, tyczące się reformy Kas chorych.

W każdym razie musimy się jednak zbroić!

Zmusza nas do tego długoletnie doświadczenie. Instynkt samozachowawczy nakazuje wszystkim kolegom, by jak jeden mąż przystąpili do organizacyi i by stanęli jeden za wszystkich i wszyscy za jednego!

W wieku organizacyi leży siła w organizacyi! Musimy być gotowi do walki, bo na porządku dziennym reforma ustawodawstwa o Kasach chorych.

Za prezydyum Związku państwowego austryackich organizacyi lekarskich. *Dr Adolf Gross*, tymcz. I. wiceprezydent.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 23. do 29. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 1; zmarło osób 34 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 9 (4), zapalenia płuc 2 (1), płonicy 2 (1), cholery niemowląt 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. do 29. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (w tem obcych —), krztuśca 7, płonicy 10 (4), odry 2 (1), duru brzusznego 3 (1), czerwonki 1 (—), cholery dzieci — (1). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Dnia 7. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby wschodnio-galic., na którem prezydent zdał sprawę z posiedzenia Wydziału wykonawczego w dniu 27. VII. 1908. — Na posiedzeniu tem uchwalono, by wiec tegoroczny odbył się w Pradze, wniesienie przedstawień do Ministerstwa kolejowego w sprawie przymusowego wliczenia wyższych urzędników do Kasy chorych, jak również przedstawień w sprawie mianowań lekarzy inspektorami przemysłowymi. — Dyskutowano w sprawie utworzenia Towarzystwa ubezpieczenia od wypadków. — Postanowiono zażądać, by lekarzom przyznawano wynagrodzenie za donoszenia o chorobach zakaźnych, jak również, by Kasy chorych za udzielanie w nagłych wypadkach pomocy członkom Kasy chorych wypłacały honoraryum. — Następnie uchwalił Wydział Izby zgłosić na wiecu Izb wnioski: 1) w sprawie taks sądowo-lekarskich i 2) w sprawie zasięgnięcia opinii Izb odnośnie do projektu ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych. — Na delegata wybrano Dra Festenburga. — Oprócz tego omówiono kilka drobniejszych spraw.

— Znaczne rozprzestrzenienie się epidemii płonicy znalazło nareszcie właściwy oddźwięk w lwowskiej Radzie miejskiej. W dniu 26. sierpnia zebrała się w tej sprawie miejska komisya zdrowotna, która pod wpływem energicznego zarządzenia Namiestnictwa i stanowczych słów protomedyka Radcy Dworu Dra Merunowicza powzięła szereg koniecznych w takich razach uchwał.

Warszawa. Prof. Dr Edward P r z e w ó s k i wielce zasłużony zwyczajny Profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie warszawskim opuścił na własne żądanie zajmowane stanowisko. Jestto przedostatni Profesor-Polak w Uniwersytecie warszawskim.

— Warszawskie Tow. odontologiczne uchwaliło regulamin ogłoszeń i szyldów dla dentystów.

— Z powodu ostatniego rozporządzenia Ministerstwa oświaty z dnia 14. sierpnia b. r. główny kontyngent słuchaczy Uniwersytetu warszawskiego będą stanowić seminarzyści prawosławni, którzy najwięcej się garną na Wydział lekarski i prawniczy. — Gdyby na Wydział lekarski chciano przyjąć wszystkich zgłaszających się, musianoby powiększyć ustanowiony komplet, który obecnie obejmuje 150 słuchaczów.

Wilno. W ostatnich dniach otwarto wystawę: »Dziecko« przy bardzo licznem współudziale Miejscowych i Towarzystw warszawskich. Odczytów podczas wystawy zgłoszono wiele, a między innymi: Dr K a c z y ń s k i z Warszawy mówić będzie: O szkodliwych i pożytecznych dla ustroju dziecka bakteryach; Dr S e r k o w s k i z Warszawy: O walce ze śmiertelnością niemowląt; Dr R o s z k o w s k i z Warszawy: O walce z rachityzmem; Dr T y l i c k a: O wychowaniu dzieci we Francyi.

Z różnych stron. W tych dniach rozpocznie się budowa trzech nowych klinik we Wiedniu, a mianowicie: 1) Kliniki chorób wewnętrznych Prof. Noordena na 100 łóżek i pawilonu dla chorób zakaźnych, osobnej kuchni higienicznej i pracowni dla badania przemiany materyi. 2) Kliniki chorób gardła i nosa Prof. Chiariego na 48 łóżek, dla błonicy na 7 łóżek. 3) Kliniki chorób dzieci Prof. Eschericha na 44 łóżek, dla osesków na 10 łóżek, pawilon obserwacyjny na 12 łóżek, pawilon dla płonicy na 24 łóżek i błonicy na 21 łóżek.

— W Londynie budują obecnie okręt, który ma być pływającą lecznicą dla 200 chorych. Okręt ten będzie stale przebywał na morzu adryatyckiem w okolicy Abazyi i stąd będzie odbywał z chorymi wycieczki po morzu adryatyckiem i śródziemnem. Koszt dzienny utrzymania chorego ma wynosić około 40 mk.

— 80 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Kolonii w dniach 20—26 września b. r. Na ogólnem zebraniu wygłoszą odczyty: Kutner (Berlin): »Siła i materya w procesie życiowym«, Doflein (Monachium): »Trepanosomy chorobotwórcze, znaczenie ich w zoologii, medycynie i polityce kolonialnej«, Einthoven: »O elektrokardyogramie«; Wright: »O leczeniu szczepionkami i sprawdzaniu leczenia zapomocą wskaźnika opsoninowego«.

— Termin II. Zjazdu balneologicznego w Zakopanem ustanowiono na 25. i 26. września b. r. W razie zgłoszenia się większej liczby uczestników Zjazdu ma się wystarać Związek turystyczny o osobny pociąg z Krakowa do Zakopanego.

— II. kongres Tow. chirurgicznego międzynarodowego odbędzie się w Brukseli w dniach 21—24 września b. r.

— XI. międzynarodowy kongres okulistów odbędzie się w dniach 2—7 kwietnia 1909 w Neapolu.

— VI. kongres międzynarodowy dla talassoterapii odbędzie się w Abbazyi w dniach 28—30 września b. r.

— Wydział lekarski w Jenie mianował doktorami *honoris causa* z okazyi 350-letniego jubileuszu Uniwersytetu: Ramsaya (Londyn), Bütschliego (Heidelberg), Baumeistra (Karlsruhe), Owertona (Lund), Schotta (Jena), Zillera (Meiningen), Vollerta (Weimar), Schmidt-Baryka (Weimar).

— Cholera szerzy się w miejscowościach położonych nad Wołgą i w okręgu wojska dońskiego. Ogółem zachorowało osób 463, zmarło osób 244.

Mianowani: Dr H e l b i n g Prof. ortopedyi w Berlinie; Dr B ü r g i Prof. farmakologii w Bernie.

Zmarli: Dr Piotr K u l i k o w s k i ordynator szpitala miejskiego w Odessie; Dr S y l b e r s t e i n w Warszawie; B a u l l Prof. chorób wewn. w Dublinie; Dr Zygmunt S a p o l s k i w Winnicy; E i s e l s b. Prof. chorób wewnętrzn. Uniw. czeskiego w Pradze, zmarł w Paryżu; Prof. S p i e g l e r we Wiedniu; J a k i m o w i c z b. Prof. embryologii i histologii w Kijowie; T o ł o s z y n o w Prof. akuszeryi w Charkowie; G o r o s z k o w dyrektor zakładu obłąkanych w Petersburgu.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.



L. 2.361/08.

KONKURS.

Wskutek reskryptu Wydziału krajowego z 12 maja ogłasza się konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Maryampolu.

Do posady tej przywiązana jest roczna płaca 1.200 Kor. i roczny ryczałt na podróże 800 Kor. Prócz tego może lekarz okręgowy otrzymać nadzór szpitalika SS. Miłosierdzia z rocznem wynagrodzeniem 200 Kor.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya. Chcący uzyskać tę posadę musi oprócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) Obywatelstwo austryackie;
2) Dyplom doktora medycyny;
3) Nieskazitelny charakter; 405
4) Znajomość języków krajowych;
5) Praktykę dwuletnią;
6) Nieprzekroczony 40 rok życia.

Obowiązki lekarza okręgowego określają dotyczące ustawy krajowe i instrukcye Wydziału krajowego.

Podania należy wnieść do Wydziału powiatowego w Stanisławowie w terminie do końca października 1908.

Stanisławów, dnia 27 sierpnia 1908.

Wydział powiatowy.

Sekretarz: *Wł. Smulski.* Za Prezesa: *Ks. Kisell.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 12. września 1908. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Hemolityczne własności laseczników okrężnicy w związku z ich jadowitością.

Opracował

Dr Kazimierz Kaczyński

lekarz szpitala św. Rocha.

Próby odróżniania jadowitości [1]) gronkowców i paciorkowców na podstawie ich zdolności hemolitycznych, niestałe zachowanie tych zdolności u notorycznie chorobotwórczych i jadowitych bakteryi oraz różnice zdań co do stosunku między hemolizą i jadowitością tych ostatnich, skłoniły mię za inicyatywą Dr Serkowskiego do zapoznania się z hemolitycznemi własnościami szczepów prątka okrężnicy *(b. coli comm.)*, pochodzących z różnych przypadków zaburzeń trawienia, jakoto: ostrego nieżytu żołądka, jelit i t. p.

Mianowicie chciałem się przekonać, czy na podstawie hemolizy można sądzić o stopniu jadowitości prątka okrężnicy i czy wynik hemolizy można postawić w jakimkolwiek związku z przebiegiem klinicznym.

Hemolityczne własności prawidłowej surowicy krwi znane były już fizyologom w t. zw. »okresie transfuzyjnym«, a Landois i Ponfick pierwsi poddali naukowym badaniom to zjawisko, orzekając, że hemolityczna własność surowicy polega na pewnym, lecz mało jeszcze znanym wzajemnym stosunku jej części składowych (Mischungsverhältnisse).

Buchner poszedł dalej i twierdził, że komórko- i bakteryobójcze własności prawidłowej surowicy zależą od jednych i tych samych dopełniaczy (aleksyn), zawsze obecnych w surowicy, jako produktów wydzielniczych białych krwinek (leukocytów), wbrew przypuszczeniu Miecznikowa, który sądzi, że aleksyny zawsze znajdują się wewnątrz leukocytów i przechodzą do surowicy tylko wskutek ich rozpadu.

Schattenfroh przekonał się na całym szeregu doświadczeń, że nie można utożsamiać bakteryobójczych substancyi białych krwinek z komórko(cyto)-bójczemi resp. hemolitycznemi ciałami surowic.

[1]) Nazw »jadowitość« (Virulenz) i »zjadliwość« (Toxicität) używamy ściśle według »Słownika lekarskiego polskiego«.

W 1898 r. J. Bordet z pracowni Miecznikowa i prawie jednocześnie z nim Belfaisti i Carbone ogłosili swoje prace o możności otrzymania sztucznych hemolizyn. Rzecz polega na tem, że przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju zwierząt cudzej krwi, surowica pierwszych nabiera własności rozpuszczania *in vitro* czerwonych ciałek krwi tego samego gatunku, jaki został wprowadzony do ustroju. Oczywistą jest rzeczą, że surowica taka, wprowadzona do ustroju odpowiednich zwierząt, będzie działać jako substancya wysoce trująca wskutek obecności wytworzonych w niej t. zw. hemotoksyn, raczej hemolizyn.

Pierwotnie zamierzałem przedstawić całokształt danych o hemolizie, w praktyce jednak okazało się to niemożliwe ze względu na ogrom piśmiennictwa, poświęconego tej sprawie. W celu więc wyjaśnienia zjawiska cytolizy wogóle i hemolizy w szczególe przytaczam pobieżnie tylko kilka hypotez, jako zasługujących na większą uwagę.

Według Bordeta prawidłowe surowice posiadają cyto- i bakteryolityczne własności tylko w słabym stopniu. Przez uodpornienie następuje wzmożenie tych własności, przyczem cytolityczne aleksyny nie zmieniają się jakościowo, lecz wzmagają ilościowo. Przez uodpornienie powstaje w surowicy swoiste ciało, sprzyjające działaniu dopełniaczy (aleksyn) — »substance sensibilisatrice«. Obecność takiego ciała uczulającego można spostrzegać nietylko po wprowadzeniu podskórnem do ustroju chorobotwórczych mikrobów, ale i po wprowadzeniu wszelkiego rodzaju obcych ustrojowi komórkowych elementów lub od nich pochodnych. W przypadkach swoistych hemolizyn utrwalacze (fiksatory) chwytane są przez ciałka krwi, które pod wpływem pierwszych stają się bardzo wrażliwe na działanie zaczynów komórkobójczych (cytaz), polegające na takiej zmianie osnowy *(stroma)*, że hemoglobina łatwo podlega wyługowaniu. Ciała uczulające są w wysokim stopniu swoiste i ilość ich w surowicy nie może być ściśle określoną lub ograniczoną; tymczasem dopełniacz (aleksyn) w każdej surowicy jest tylko jeden. W zależności od jakości ciała uczulającego aleksyna może wywołać komórko- lub bakteryobójczy skutek. Pod tym względem z twierdzeniem Bordeta zgadzają się Buchner i Gruber, opierając się na fagocytowej teoryi Miecznikowa.

Według tej teoryi obrona ustroju przeciw zakażeniu i wogóle zdolność wytwarzania wszelkiego rodzaju ciał swoistych polega na zdolności żywej materyi do działania trawiennego. Trawienie to odbywa się zapomocą fermentów

zawartych w samej komórce lub też znajdujących się na zewnątrz jej. Zdolność chwytania i trawienia wszelkiego rodzaju obcych składników, dostających się do ustroju, jest właściwa przeważnie, choć nie wyłącznie komórkom żernym (fagocytom); przyczem w chwytaniu główną rolę odgrywają komórki żerne małe (mikrofagi), a w trawieniu — komórki żerne duże (makrofagi) dzięki obecności w nich specyalnych fermentów — makro- i mikrocytozy. Oprócz fermentów fagocyty mogą wytwarzać też utrwalacze (fiksatory), które potęgują działanie zaczynów komórkobójczych (cytaz).

W Niemczech większą popularnością cieszy się teorya Ehrlicha, który wszystkie zjawiska cytolizy objaśnia z punktu widzenia teoryi łańcuchów bocznych (Seitenkettentheorie). Rzecz polega na tem, że toksyny mają posiadać chemiczne powinowactwo do bocznych łańcuchów komórek ustroju. Tylko przez połączenie z tymi bocznymi łańcuchami czyli chwytnikami (receptorami) może toksyna wywrzeć swój wpływ, polegający na zupełnem zniszczeniu komórki lub na częściowem zniekształceniu i upośledzeniu jej czynności.

Powstawanie w ustroju hemolizyn, antytoksyn i t. p. ciał według Ehrlicha polega na przedostawaniu się do surowicy krwi i nagromadzaniu w niej różnych komórkowych chwytników — »Haptisie«, jak je nazywa autor. Wręcz przeciwnych poglądów na sprawę cytolizy wogóle trzyma się Baumgarten i jego szkoła (Jetter, Walz). Ci autorzy n. p. są w sprawie hemolizy tego zdania, że wyługowanie hemoglobiny jest zjawiskiem czysto fizycznem, wywołanem przez różnicę w osmotycznem ciśnieniu pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi i otoczeniem, a przez istnienie aleksyn, cytaz i t. p., jako takich. Z doświadczeń, w ostatniej dobie nad zjawiskiem hemolizy podjętych, wymienić należy między innemi prace H. Sachsa i J. Bauera i R. Heckera.

Próbowano zastosować hemolizę do celów dyagnostyki chorób zakaźnych (Neisser i Doering, Kreilich, Halpern i inni). Stwierdzono bowiem, że własności hemolityczne surowicy ludzkiej zmieniają się przy różnych stanach zapalnych; sprawa ta jednak nie została bliżej zbadaną. Głównie zaś hemolizyny znalazły praktyczne zastosowanie w medycynie sądowej, dalej, przy odróżnianiu gatunków mleka i w ostatnich czasach przy różniczkowaniu białkanów (W. Rickmann, J. Bauer, H. Sachs i J. Bauer).

U nas zajmowali się naukowo zjawiskiem hemolizy: K. Rzętkowski, H. Landau, M. Halpern, F. Majewski (w pracowni Instyt. med. doświad. w Petersburgu), K. Szokalski (w pracowni patolog. ogólnej Uniwersytetu odeskiego pod kierunkiem Doc. Tarasiewicza).

Przedstawiwszy pobieżnie główne dane o swoistych hemolizynach surowicy, przechodzę do t. zw. nieswoistych hemolizyn, pozostających w blizkim związku z pierwszemi.

Do nieswoistych hemolizyn należą: różne ciała chemiczne, zasady i kwasy (kwas garbnikowy); jady roślinne, jak rycyna, abryna (Ehrlich); jad żmij (Flexner), skorpionów; bakteryjne jady: tetanolizyna (Ehrlich i Madsen), hemolizyna prątka ropy błękitnej (Bulloch), przecinkowca cholery i prątka duru brzusznego (Levy i Krauss); stafilotoksyna (Neisser, Wechsberg); streptokolizyna (Besredka) i t. d.

Zatrzymam się dłużej przy hemolizynach bakteryjnego pochodzenia.

Zasługa odkrycia hemotoksyn resp. hemolizyn bakteryjnego pochodzenia należy się Ehrlichowi, który wraz z Madsenem znalazł w bulionowej hodowli tężca jad dla czerwonych ciałek krwi, wytwarzający przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju zwierząt przeciwjad. Praktyczne zastosowanie znalazło odkrycie Ehrlicha, kiedy Kraus i Clairmont spostrzegli, że i wiele innych drobnoustrojów (gronkowce, krętki cholery, odmienice i t. d.) w bulionowych hodowlach posiada toksyczne własności względem czerwonych krwinek. Prace Neissera i Wechsberga potwierdziły, że w powyższych bulionowych hodowlach znajdują się rzeczywiste hemotoksyny.

Jeszcze przed odkryciem Ehrlicha zauważył Koch, że krętki cholery, szczepione na żelatynie, zawierającej czerwone ciałka krwi, rozpuszczają krwinki. Eijkmann używał do takichże badań pożywek agarowych z domieszką krwi [2]). Kraus i Schotmüller posiłkowali się tem odkryciem do celów dyagnostyki różniczkowej. Największe jednak zastosowanie znalazły hemolizyny przy badaniu paciorkowców i gronkowców, a mianowicie, próbowano odróżniać jadowitość tych bakteryi na mocy ich hemolitycznych własności.

H. Kayser zajmował się szczegółowem badaniem hemolitycznych własności szczepów prątka okrężnicy, wyosobnionych z różnych środowisk.

W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem jednak nigdzie wzmianki, aby zastanawiano się nad sprawą związku między natężeniem bakteryjnej hemolizy i przebiegiem klinicznym przypadków, z których wyosobniano ten lub inny gatunek bakteryi do celów hemolizy, pomijając wzmianki, często wręcz sprzeczne, o związku, jaki zachodzi między jadowitością i stopniem hemolizy co do paciorkowców, gronkowców, dwoinek zapalenia płuc, krętków cholery, tężca i t. d. Rozstrzygnięcie tego pytania co do prątka okrężnicy postawiłem sobie za zadanie niniejszej pracy.

Nim przystąpiłem do rozejrzenia się w szerszym materyale klinicznym, zatrzymałem się na kilkakrotnych próbach hemolitycznych zdolności 4 bulionowych hodowli prątka okrężnicy różnego pochodzenia, a mianowicie:

A. — *b. coli comm.* z hodowli pracownianej Dra Serkowskiego,
B. — » » » z kału chorego ambulatoryjnego *(enteritis acuta)*,
C. — » » » chorego ze szpitala św. Rocha *(dysenteria)*,
D. — » » » chorego ambulatoryjnego *(enteritis acuta)*.

Tym razem w doświadczeniach nad hemolizą posiłkowałem się metodyką według Krausa, nieco przezemnie zmodyfikowaną, a mianowicie: do różnych ilości 5% rozczynu erytrocytów królika w 0,75% NaCl dodawałem jedną i tę samą ilość bulionowej hodowli prątka okrężnicy (co dla krótkości będę nazywał ilością lizyny). Krew brałem z żyły ucha królika, niezwłocznie odwłókniałem i następnie kilkakrotnie przemywałem fizyologicznym rozczynem NaCl.

---

[2]) Płytki te jednak, jak przekonałem się, nie mogą mieć praktycznego zastosowania do celów hemolizy.

Bulionowych hodowli używałem 4-dniowych, albowiem takie według E. Pribrama i K. Russa posiadają największą siłę hemolityczną. Po napełnieniu szeregu probówek rozczynem erytrocytów i lizyną i uprzedniem skłóceniu zawartości ich, stawiałem naczyńka do termostatu przy 37° C na 2 godziny, a następnie przenosiłem do komory chłodnej przy 10—12° C na 20 godzin. Wyniki otrzymałem następujące (tabl. I.):

Tablica I.

Ilość 5% rozczynu erytroc. w 0·75% NaCl	Ilość lizyny	Stopień hemolizy			
		Coli A.	Coli B.	Coli C.	Coli D.
3 cc.	1cc.	0	wyraźne ślady	0	0
5 „	„	0	prawie zupełna	0	0
7 „	„	0	„	minimal. ślady	0
10 „	„	0	zupełna	„	minimal. ślady
15 „	„	0	„	wyraźne ślady	„
20 „	„	0	„	„	„

Kontrola, skladająca się z szeregu probówek, napełnionych odpowiedniemi ilościami rozczynu czerwonych krwinek i słabozasadowego bulionu mięsnego zamiast lizyny, pozostała bez zabarwienia.

Jak widzimy z powyższej tablicy, stopień hemolizy stoi jakby w odwrotnym stosunku do ilości użytej lizyny wbrew pierwotnemu oczekiwaniu, t. j. czem mniej stosunkowo użyłem lizyny, tem wyraźniejszą otrzymałem hemolizę i odwrotnie (Coli B, C i D, tabl. I).

Zjawisko to w pierwszej chwili naprowadziło mnie na przypuszczenie, czy na stopień hemolizy nie wywiera wpływu odczyn badanych hodowli bulionowych. Do sprawy tej wrócę jeszcze w dalszym ciągu mojej pracy, a teraz, odstępując na krótko od głównej treści, przechodzę do istoty t. zw. hemotoksyn resp. hemolizyn; zapoznanie się z niemi na tem mianowicie miejscu uważam za rzecz bardzo ważną dla oryentowania się w wynikach hemolizy.

Według Pribrama i Russa należy odróżniać 2 grupy drobnoustrojów w zależności od tego, czy wytwarzają rzeczywiste hemotoksyny lub też hemolizyny. Do 1. grupy, wytwarzającej rzeczywiste hemotoksyny, należą te drobnoustroje, których przesącze tracą swoją własność rozpuszczania ciałek krwi przy ogrzewaniu w ciągu $^1/_2$ godziny do 65° C, a przy podskórnem wprowadzeniu do ustroju wytwarzają swoiste antytoksyny. Grupa ta obejmuje: gronkowce, krętki (Finkler, Prior, Danubicus, Elvers, Deneke, Massanah i t. d.), tężec, *B. megatherinus*, odmieniec *(proteus)*, *B. cholerae gallinarum* (Calamida).

Drobnoustroje, należące do 2. grupy, różnią się tem, że hemolizyny, obecne w ich przesączach są ciepłostałe, choć nie należy przesądzać, że nie mamy i tutaj rzeczywistych hemotoksyn. Grupę tę stanowią prątki: ropy błękitnej, duru brzusznego, okrężnicy, dysenteryi.

Ten podział hemolizujących przesączy różnych bakteryi na ciepłochwiejne i ciepłostałe nie może być jednak ścisły. Niektóre bowiem gatunki bakteryi, jak n. p. *B. megatherinus* wytwarzają hemotoksyny, niknące pod wpływem półgodzinnego działania ciepłoty 56° C, to znów powracające do pierwotnej zjadliwości przy ogrzewaniu w dalszym ciągu przez 10 minut do 100° C (Dreyer i Jex Blake). Stalszem jest zachowanie się tych ciał względem różnych czynników pochodzenia chemicznego. Sole, rozczyny zasadowe i kwaśne mogą w mniejszym lub większym stopniu w zależności od zgęszczenia obniżać działanie przesączy na czerwone krwinki (Nolf, Pohl, Markl, Arrhenius i Madsen i inni).

Ponieważ jeden i ten sam rodzaj bakteryi nie zawsze hemolizuje w jednakowym stopniu (co potwierdziło i moje doświadczenie; p. tabl. I), powstaje więc pytanie, jakie czynniki wpływają na ten lub inny stopień hemolizy. Zjawisko to starano się objaśnić jadowitością danych bakteryi. Tymczasem stwierdzono, że nie do wszystkich drobnoustrojów da się zastosować to przypuszczenie, jak n. p. do gronkowców (M. Neisser i A. Lipstein)[3]). (C. d. n.)

Z okulistyki sądowej.

Podał

Doc. Dr Adam Szulisławski.

(Ciąg dalszy).

Mamy więc wydać orzeczenie na podstawie aktów Przeczytajmy tedy uważnie jeszcze raz akt, najważniejszy dla lekarza, t. j. orzeczenie lekarskie i zastanówmy się przedewszystkiem, czy na podstawie jego będziemy mogli wytworzyć sobie tak jasne pojęcie o uszkodzeniu P., abyśmy mogli z czystem sumieniem uczynić zadość żądaniu Prokuratoryi Państwa.

Pomijając na razie wstęp protokołu lekarskiego, t. j. wywiady, o których chociaż brzmią tak wiarogodnie, dowiemy się niżej z zeznań samego P. i innych świadków, że w najważniejszych szczegółach są nieprawdziwe, czytamy pod l. 1) wywodu, że powieka górna była bardzo silnie obrzękła, na powierzchni zaś swej »sinawo-czerwono zabarwiona« i nie możemy z tego opisu w żaden sposób zrozumieć, czy było to podbiegnięcie krwawe, czy też następstwo zapalenia, oraz skutek zastoju i przekrwienia biernego. A dobrzeby było o tem wiedzieć. Bo jeśli to było podbiegnięcie krwawe, wówczas można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuścić przedewszystkiem, że zmiany na powiekach są bezpośredniem następstwem urazu, a powtóre do pewnego stopnia nabrać wyobrażenia o sile i kierunku urazu. Bo jeśli szóstego jeszcze dnia po uszkodzeniu zmiany były tak znaczne, przyjąćby należało, że uraz był bardzo mocny, a skoro największe ich nasilenie było na górnej powiece, wnosićby znowu można z pewną słusznością, że uraz trafił bezpośrednio powiekę, i z góry, oraz że przez powiekę z wielką siłą mógł zadziałać na samą gałkę oczną. Dalszym wnioskiem byłoby, że uraz mógł być zadany pięścią i sprawić pęknięcie rogówki i inne następstwa, wymieniane pod l. 4. wywodu. Jeżeli zaś wybroczyny nie było, a obrzmienie to i zabarwienie było następstwem zapalenia, obrzęku i połączonego z nim zastoju (zmiany pod l. 3. i 4. wywodu opisane były wystarczającym do tego powodem, a czasu do wytworzenia się takiego zapalenia było aż nadto), to przedewszystkiem stwierdzić należy, że zmiany te na

[3]) Mowa tu o chorobotwórczych gronkowcach, gdyż tylko te według Neissera i Wechsberga posiadają zdolności hemolityczne.

powiekach nie mogły powstać bezpośrednio po urazie dnia 14. X. rano, lecz znacznie później, a powtóre pamiętać, że taki sam obraz mógłby powstać skutkiem zapalenia bez jakiegokolwiek urazu, albo też po urazie, który nie dotknął wcale powiek, tylko samą gałkę oczną i na niej wywołał zapalenie, czyli, że zmiany takie na powiekach nie dają najmniejszej podstawy nietylko do sądu o sile i kierunku urazu, lecz nawet nie stanowią żadnej wskazówki, czy uraz wogóle na powieki zadziałał. Nie koniec na tem. Czytamy dalej pod l. 1. »a nadto daje się stwierdzić w zewnętrznym kącie guz i t. d.«. I znowu mimo podanych cech »wielkości orzecha laskowego, przesuwalny, skóra nad nim okazuje prawidłowe zabarwienie«, — możnaby co najwyżej domyślać się, co to za guz, ale pewności nie można mieć żadnej. Tembardziej, że łącznik »a nadto«, którego tu użyto, zdawałby się wskazywać na to, że łączy dwie rzeczy wprawdzie nie współrzędne, ale w każdym razie pokrewne, t. j. że zmiany na powiekach i guz są jednego pochodzenia, są skutkiem tej samej przyczyny, »a nadto«, że guz jest nawet z tych zmian ważniejszą. Takby się zdawało, ale mogło być także wprost przeciwnie. Domysły na nic się nie zdadzą. Do orzeczenia potrzebna pewność, a że jej mieć nie możemy, więc idźmy dalej.

Pod l. 4. wywodu mamy opisane zmiany na rogówce, t. j. jej pęknięcie (n. b. kształt, kierunek i wielkość niezgodny z rzeczywistością, jak to wynika z porównania szpitalnej historyi choroby i naszego wywodu), a dalej wypadnięcie zwisającej z rany ku dołowi tęczówki i część przeźroczystej soczewki. Potem następuje zdanie na pierwszy rzut oka zupełnie niezrozumiałe: »Na górno-zewnętrznym odcinku rogówki widać zaćmę barwy szarawo-białej, wielkości małego grochu i t. d.«. Co to znaczy? Zaćma, czyli zaćmiona soczewka *(Cataracta)* jest wprawdzie barwy szarawo-białej, ale skąd ona się tu wzięła? Przecież część soczewki jeszcze przeźroczysta zwisa z tęczówką w dolnym kwadrancie rogówki. Może to druga część soczewki, ale zaćmiona? A w dodatku to określenie »zaćma wielkości małego grochu«, które bezwiednie wywołuje wrażenie czegoś bryłowatego, tembardziej że widać ją »na rogówce«. Może to istotnie zaćma? Jakże się ona tam trzyma? Nie mogliśmy zrozumieć. Dopiero przy pomocy l. VI. orzeczenia, gdzie jest mowa »o bardzo znacznej zaćmie rogówki«, zrozumieliśmy, że to nie zaćma, ale poprostu blizna rogówki. Dobrze, ale tak robić nie wolno. Przecież to są rzeczy zasadnicze. Kto chce zabierać głos w sprawach lekarskich, powinien władać językiem lekarskim. Toć słownictwo nasze piękne i dobre i w znacznej, istotnej mierze już zupełnie ustalone. Znać je potrzeba i powinno się, a poznać je też, nawiasem mówiąc, obecnie już łatwo, odkąd istnieje »Słownik lekarski polski«, wydany wielkim nakładem pracy, trudu i kosztów przez Towarzystwo lekarskie krakowskie. Każdy lekarz mieć go powinien.

Wreszcie pod l. 6. wywodu stoi wyraźnie: »Bystrość wzroku na oku lewem zupełnie zniesiona, a także i poczucie światła bardzo znacznie upośledzone«. Jak można napisać coś podobnego? Przecież jedno drugie wyłącza. Bo jeśli »bystrość wzroku« na oku lewem jest »zupełnie zniesiona«, to znaczy, że to oko jest zupełnie ślepe, a więc nie może mieć żadnego poczucia światła, ani dobrego, ani upośledzonego, — albo jeśli ma jakiekolwiek poczucie światła, to wówczas »bystrość wzroku« już nie jest zupełnie zniesiona. A potem, cóż to znaczy: »poczucie światła bardzo znacznie upośledzone«? Przecież każdy odrazu musi się zapytać, o ile upośledzone i pod jakim względem, gdyż inaczej nie będzie mógł ocenić tego upośledzenia, ani pod względem jakościowym, ani ilościowym, — a tem samem wyzyskać dla rozpoznania i oceny danego przypadku. A poczucie światła da się określić z matematyczną niemal ścisłością. Rozmaici znawcy tak rozmaicie to czynią, że może nie będzie od rzeczy przedstawić tu krótko, jak to robić należy.

W tych przypadkach, w których chory nie widzi nawet ruchu palców przed okiem, oznaczamy w ciemnicy i przy dobrze przykrytem drugiem oku odległość, na jaką badany odróżnia światło stoczka. Przypuśćmy, że odróżnia je na 6 m. Wówczas powiadamy: zdolność widzenia (W.) prawem okiem (pr.) lub lewem okiem (l.) równa się (=) ilościowe światło ($\frac{1}{\infty}$) na 6 m. i zapisujemy W. pr., lub W., l. = $\frac{1}{\infty}$ na 6 m. (t. j. dobre poczucie światła), albo W. pr., lub W. l. = $\frac{1}{\infty}$ na 2 m., na 3 m. (t. j. upośledzone poczucie światła). Następnie w odległości mniej więcej 1 m. od oka określamy szerokość pola widzenia i projekcyę, t. j. oznaczamy, w jak wielkim promieniu od oka, we wszystkich kierunkach rozróżnia badany światło, i czy odnosi (lokalizuje) je właściwie. Zapisujemy: pole widzenia i projekcya (lokalizacya) prawidłowe, — lub n. p. ścieśnienie lub zniesienie pola widzenia od góry, — albo projekcya od góry, czy zewnątrz wadliwa, niepewna, zła i t. p. Przy badaniu trzeba atoli zachować tę ostrożność, aby przenosząc stoczek z miejsca na miejsce, osłonić światło dłonią i baczyć, by oko badanego nie zwracało się ku światłu, lecz nieruchomo patrzało przed siebie.

Gdyby znawcy zbadali byli nawet w ten sposób zdolność widzenia okiem uszkodzonem, i to zapisali, to i tak nie byłoby z tego dla orzeczenia żadnego pożytku, skoro nie zbadali, a przynajmniej nie podali wyniku badania drugiego oka. Ocenić bowiem wpływ ubytku zdolności widzenia jednem okiem na wzrok, t. j. sumę tego, co się widzi jednem i drugiem okiem, można tylko wówczas, gdy się ma wynik badania zdolności widzenia obydwu oczu i to naturalnie każdem okiem zosobna. Przy tej sposobności jeszcze jedna praktyczna uwaga. Trzeba koniecznie przyzwyczaić się używać tego wyrazu »wzrok« tylko w tem powyższem, powiedzmy ustawowem znaczeniu, t. j. tak, jak go rozumie §. 156 a) u. k., mówiąc zaś o badaniu jednego oka, używać stale wyrażenia: »zdolność widzenia« prawego lub lewego oka, (a nie wzrok prawego lub lewego oka). W ten tylko bowiem sposób będziemy mogli zarówno sami przywyknąć, jakoteż sędziego przyzwyczaić do ścisłego rozdzielania tych dwu, tak zupełnie różnych pojęć, t. j. »upośledzenie widzenia jednem okiem« i »osłabienie wzroku«, które to pojęcia niestety tak często w praktyce miesza się ze sobą, a z których tylko drugie należy do §. 156 a) u. k. — Co się tyczy pytania, czy wogóle, kiedy i pod jakimi warunkami mogłoby upośledzenie widzenia jednem okiem sprowadzić trwałe osłabienie wzroku w rozumieniu §. 156 a) u. k., musimy odesłać do naszej pracy (l. c.), gdzieśmy, jak sądzimy, tę sprawę stanowczo rozstrzygnęli.

Przypatrzmyż się teraz »orzeczeniu«.

Pod l. I. dają znawcy rozpoznanie głównego uszkodzenia gałki, a pomijają zmiany na powiekach, opisane pod l. 1. i 2. wywodu, tak że i nadal musimy pozostać w wątpliwości, co do ich pochodzenia i przyrody, a względnie co do zapatrywania znawców na nie. Natomiast z kategoryczną pewnością twierdzą znawcy pod l. II., że »obrażenia te połączone są z trwałem upośledzeniem wzroku, stanowiąc ciężkie uszkodzenie ciała«. Druga część tego zdania, zaczynająca się nieszczęśliwie od imiesłowu »stanowiąc«, jest prawdziwa. Tak, to jest ciężkie uszkodzenie ciała, a nawet samo przez się ciężkie, t. j. bez względu na czas trwania choroby i niezdolności do pracy. Natomiast z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika jasno i bez najmniejszej wątpliwości, a co możemy stwierdzić, nie wchodząc nawet w *meritum* sprawy, że znawcy, na podstawie swojego wywodu oględzin, nie zbadawszy drugiego (prawego) oka co do jego zdolności widzenia, nie mieli żadnej podstawy do oceny wzroku poszkodowanego — a więc, że stwierdzając »trwałe upośledzenie wzroku« w tym przypadku, wydali orzeczenie, co do tego najważniejszego szczegółu zupełnie bezpodstawnie.

Dalej pod l. III. orzeczenia wypowiedzieli znawcy nieoględnie i niepotrzebnie przypuszczenie, że uszkodzenie zadane zostało »prawdopodobnie przez osobę drugą«. Bo naprzód rozstrzygnięcie tego należy do sędziego raczej, niż do lekarza, a powtóre powiedziane to było również bezpodstawnie, gdyż ani w wywodzie oględzin nie przytaczają znawcy żadnego szczegółu, ani też w istocie tych uszkodzeń, ich wejrzeniu, przebiegu i t. d. nie ma żadnej, choćby najdrobniejszej wskazówki, którąby usprawiedliwiała podobne przypuszczenie. Natomiast to, nad czem trzeba się było gruntownie zastanowić, to jest nad narzędziem, którem takie uszkodzenie mogło być zadane (a to właśnie jest sprawa lekarska), załatwili znawcy bardzo krótko sakramentalnemi słowami i tonem, nie dopuszczającym żadnej wątpliwości: »powstały skutkiem urazu, zadanego narzędziem twardem, tępem«. Skądże ta pewność, że »twardem, tępem«? I nie powiadają nawet »mogły powstać«, ale stwierdzają kategorycznie, że »powstały«. Czy może w istocie tych zmian, w kształcie lub kierunku rany jest coś takiego, coby pozwoliło stwierdzić, że sprawiło je narzędzie twarde, tępe? Czyż taka sama rana nie mogłaby powstać pod działaniem narzędzia ostrego, lub kanciastego? A nawet czyż nie łatwiej wywołać właśnie taką ranę na rogówce narzędziem ostrem, niż tępem? Pytania te same się cisną. Dlaczego nie zadali ich sobie znawcy? Z wielką słusznością możnaby powiedzieć: oto są skutki bezkrytycznego traktowania wywiadów. Znawcy widocznie uwierzyli bez zastrzeżeń opowiadaniu P., że natychmiast po uderzeniu 14. X. rano puściła mu się krew z oka i że od tej chwili zaniewidział, a uznawszy to za prawdę, musieli dalszy przebieg, skutki i swoje rozumowanie pogodzić z tym rzekomym faktem i do niego przystosować.

Końcowe zdanie IV. ustępu orzeczenia byłoby nowym dowodem, gdyby jeszcze takiego było potrzeba, że milczenie jest złotem. Współczulne zapalenie drugiego oka występuje zwykle, niestety zbyt często, jeśli na zranionem oku wytworzy się ostre lub przewlekłe zapalenie urazowe tęczówki i ciałka rzęskowego, tembardziej jeśli ono się skończyło zanikiem gałki ocznej (Atrophia bulbi). Natomiast po »ropnem zapaleniu całego oka« z koniecznem tegoż następstwem, t. j. suchotami gałki ocznej *(phthisis bulbi)*, jeżeli wogóle mogłoby się przygodzić współczulne zapalenie, to tylko chyba nader wyjątkowo, a w każdym razie do największych należałoby rzadkości.

Wreszcie co się tyczy twierdzenia znawców, wypowiedzianego w końcu ustępu VI., że zbliznowaciała rogówka »jako mniej sprężysta łatwiej ulegnie pęknięciu z urazu«, to musimy wyznać otwarcie, że nie mamy pod tym względem doświadczenia, i nie śmielibyśmy głosować na razie ani za, ani przeciw. Dotychczas to jest pewne, że świeże blizny, n. p. pooperacyjne, są mało odporne, i łatwo w danym razie pękają. Ale to chyba zupełnie naturalne. To także prawda, że szerokie blizny, powstałe po rozległych wrzodach rogówki, zwłaszcza w czasie tworzenia się, są nader podatne i łatwo mogą ulegać wydęciu pod wpływem tylko ucisku śródocznego. Że taka wydęta i z reguły ścieńczała blizna łatwiej podda się urazowi, niż prawidłowa rogówka, również nie ulega żadnej wątpliwości. Czy jednakowoż stare i płaskie blizny rogówki są mniej na uraz odporne od prawidłowej rogówki, to jeszcze pytanie i to niełatwe do rozwiązania, a które tylko zapomocą odpowiednich doświadczeń może dałoby się rozstrzygnąć. Jako dowód, jak niebezpiecznie w takich razach spuszczać się tylko na swoją domyślność, przytaczam tu nawiasowo fakt na pozór dziwny, a jednak niewątpliwie wynikający z doświadczeń Müllera[5]), zgodnych zresztą z doświadczeniami dawniejszych autorów (Artl, Berlin, Briolat), że pęknięcia rogówki po zadziałaniu urazów tępych przydarzają się przeważnie u ludzi młodych, pęknięcia zaś twardówki przeważnie u ludzi starszych.

Z rozbioru powyższego orzeczenia lekarskiego jasnem jest, że musieliśmy w tym przypadku wydać następujące oświadczenie:

Na podstawie aktów nie możemy wydać stanowczego orzeczenia, jakiego żąda Prokuratorya Państwa. Stwierdzamy, że koniecznem jest przedstawienie nam P. do ponownych oględzin. Ze względu, że P. leczył się w szpitalu lwowskim, wnosimy o zażądanie i włączenie do aktów szpitalnej historyi choroby.

Dnia 18. stycznia 1902 przedstawiano nam P. do zbadania.

Odpis szpitalnej historyi choroby:

P. l. 25., sługa dworski, zamieszkały w N. przebywał na na oddziale ocznym szpitala powszechnego we Lwowie od 21. do 26. października 1901.

Rozpoznanie: *Trauma bulbi*, *ruptura corneae*, *prolapsus iridis oculi sin.*

Wywiady: Podaje, że 14. października b. r. uderzył go O. ręką w lewe oko, poczem natychmiast puściła mu się krew z tego oka; od tego czasu nie widzi. Przedtem już na to oko widział gorzej. Jako dziecko cierpiał na oczy, chodził po babach wiejskich i na lewem oku pozostała »skałka«. Później go oko nie bolało.

Stan z d. 22. X. 1901. Pr. o. Oprawa prawidłowa. Spojówki blade, na środku rogówki plamka cienka, rozprzestrzeniająca się ku dołowi wewnątrz.

L. o. W górnej powiece od zewnątrz kaszak. Powieka lekko zaczerwieniona i lekko obrzmiała. Spojówka gałki nastrzykana. Rogówka wykazuje w górnej części okrągłe, białe zaciemnienie (blizna stara). Reszta rogówki szaro zaciemniona.

---

5) Müller. Ueber Ruptur der Corneo-Skleralkapsel durch stumpfe Verletzung. Wien (Deuticke) 1895.

W środku rogówki rana przenikająca, w kształcie podkowy. Z ranki wystaje tęczówka, która fartuszkowato zwisa i przykrywa dolną część rogówki.

Na podstawie aktów i opowiadania P. można sobie wytworzyć następujący przebieg całego zajścia:

Dzień 14. października 1901 wstał jasny, słoneczny. O. wyszedłszy rano obejrzeć gospodarstwo, zawadził o stajnię, i ze zdziwieniem zobaczył, że parobcy, mimo nakazu, nie wyruszyli w pole. Na pytanie dlaczego, odpowiedziano mu, że to dziś »popraznyk« (dzień po prażniku), a więc świętowanie, do roboty nie pójdą. Nie chcąc marnować pięknego dnia, a skłonić parobków, by się jednak wzięli do pilnej orki pod oziminę, zaczął im przedkładać, jaką szkodę tem wyrządzają, a wreszcie obiecał dodać każdemu po 40 gr. Na to kilku parobków jęło się natychmiast gotować do wyjazdu, P. zaś wcale się nie ruszył, lecz przeciwnie hardo się postawił i zawołał: »a ja i tak nie pójdę«. »Nie pójdziesz?!« krzyknął O., przyskoczył do P. i w twarz go uderzył. To poskutkowało. Argument był widocznie dość przekonywający, bo P. już bez słowa skargi lub protestu wziął się do zaprzęgu. Inni parobcy, świadkowie tej sceny zeznali, że nie widzieli uderzenia, lecz słyszeli klaśnięcie, jak gdy kto dłonią w dłoń uderzy. Wszyscy zgodnie zeznali, że P. po uderzeniu nie krzyknął, »pary z ust nie puścił«, zaprzągł i pojechał w pole, gdzie orał przez cały dzień z innymi parobkami i wcale na oko się nie skarżył, ani też inni parobcy nie zauważyli, aby oko miał zmienione, lub by mu coś z oka ciekło.

Według zeznań karczmarki, opowiadała jej matka P., że gdy po powrocie syna z roboty wieczór 14. X. zapytała P. »dlaczego mu oko łzawi«, miał odpowiedzieć, »że koń go pyskiem w oko uderzył«. Później dopiero, gdy zaczęło go oko więcej boleć (na drugi, czy trzeci dzień), przyznał się, że O. go w twarz uderzył. Natomiast matka P., badana co do tego szczegółu zeznała, że dnia krytycznego na jej pytanie, odpowiedział P.: »to nic, to tak łza idzie«. Na drugi zaś dzień dopiero, na powtórne zapytanie, »czy go koń uderzył«, odpowiedział: »nie koń, ale O«. — »Tak opowiadałam (mówi matka P.) karczmarce, która mnie widocznie źle zrozumiała«.

Sam P., zapytywany w sądzie, dlaczego inaczej przed matką opowiadał, a inaczej zeznal w sądzie, tłómaczył się, że wstydził się przyznać, iż go O. w twarz uderzył, i dlatego powiedział zrazu matce, »że go koń ogonem w to oko uderzył«.

Bądź jak bądź faktem jest, że P. przez cały dzień 14. października, od rana do nocy w polu orał, na drugi zaś dzień, t. j. 15. października, jakby nigdy nic, również wyszedł do roboty i woził gnój do samego południa, t. j. do chwili, kiedy poczuł nagle gwałtowny i nader dotkliwy ból w lewem oku, tak, że nie mógł dalej robić i położył się na gnoju. Potem dostał się do domu, a dopiero dnia 19. października odbyły się oględziny lekarskie, których protokół wyżej przytoczyliśmy.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Petrow. **Doświadczalne szczepienie zarodków; przyczynek do nauki o nowotworach.** *(Ziegl. Beitr. zur pathol. Anatom. u. allg. Patholog.* T. 43, Z. I.). W ciekawej swej pracy, wykonanej w klinice chirurgicznej Prof. Subottina w Petersburgu, donosi P. o wynikach szczepienia zarodków. Zawiesina zarodków kurzych nie przyjmowała się u innych zwierząt, natomiast przy wstrzykiwaniach zawiesiny zarodków (tego samego zwierzęcia) w jądra, nerki, śledzionę i jajniki powstawały guzowate zgrubienia, wykazujące dokładnie układ 3 listków zarodkowych. Zgrubienia te rozwijały się dalej do 4 miesięcy, poczem częściowo ulegały wessaniu tych sztucznych guzów. Dalsze przeszczepiania tych sztucznych guzów nie udawały się. *K.*

E. Bircher. **W sprawie patogenezy zwyrodnienia matołkowatego.** (*Beihefte z. mediz. Klinik*, Zeszyt 6). B., asystent kliniki chirurgicznej w Bazylei, rozpatruje w swej pracy patogenezę zwyrodnienia matołkowatego, które jest plagą i klęską Szwajcaryi. Dość powiedzieć, że n. p. podczas spaceru, trwającego 15 minut, spotkał B. w okolicy Aarau 25 matołków zupełnie przypadkowo, nie szukając ich. Prawie $^1/_6$ część popisowych traci przez to armia szwajcarska... Jedynie w Styryi spotkać można matołków tyluż, a może i więcej, niż w Szwajcaryi. Przez zwyrodnienie matołkowate rozumie B. nagminnie występujące zboczenia, jak nagminne wole, głuchoniemotę i matołectwo. Kocher uważa nagminne matołectwo za *athyreosis* lub *hypethyreosis*. Tak jednak nie jest, bo nieraz u matołków spotyka się także zupełnie zdrową tkankę gruczołową. Podobnie przeciwko tarczycowej teoryi przemawiają doświadczenia Scholza nad przemianą materyi u matołków. Podawanie przetworów tarczycy u kretynów zupełnie nie odnosi skutku. Dieterle na podstawie swych badań nad kostnieniem kości dochodzi do przekonania, że nagminne matołectwo jest osobną postacią chorobową, której nie można wcale zestawiać ze sporadycznym i wrodzonym obrzękiem śluzowatym (*thyreoaplasia*). Głuchoniemotę uważać zaś należy za część wrodzonego charłactwa tarczycowego. H. Bircher uważa zwyrodnienie matołkowate za przewlekłą chorobę zakaźną, której organiczny zarazek zależy od pewnych formacyi geologicznych i do ustroju dostaje się z wodą do picia. Dawno już utrzymywano, że woda do picia w pewnych okolicach wywołuje wole. Badanie chemiczne wody nie wyjaśnia jednak wcale, od czego to działanie zależy; jedni n. p. badacze znajdowali brak jodu, inni za dużo magnezyi i t. p., a inni doszli do przekonania, że wogóle żadna mineralna substancya nie może być przyczyną powstawania wola. Niemniej jednak liczne statystyki i sumienne badania dowodzą, że nagminne wole łączy się ściśle z pewnemi formacyami geologicznemi. Tak n. p. wole nie występuje nigdy na formacyi jurasowej, a za to bardzo często na formacyi trzeciorzędnej. Podobnie formacya kredowa wolną jest także od wola. Wogóle H. Bircher twierdzi, że wole występuje tylko na formacyach morskich, zwłaszcza ery palezoicznej, trzeciorzędnej i triasowej, wolne zaś od niego są formacye archaiczne, kredowe, jurasowe i słodkowodne. Badania te potwierdzają statystyki wszystkich prawie stron świata do tego stopnia, że występowanie nagminne wola można uważać nawet za pewny wskaźnik geologiczny. Endemie wola nie przenoszą się też nigdy z miejsca na miejsce, lecz są związane ściśle z daną okolicą. Nie wyłącza to wcale możebności zakaźnego pochodzenia matołectwa i wola, wiemy bowiem, że fauna i flora związana jest właśnie ściśle z formacyą geologiczną. Leczenie wola i matołectwa chybia celu; powinniśmy tym chorobom zapobiegać, a że to jest możebne dowodzi przykład gminy Aargau. W gminie tej postanowiono z powodu bardzo rozszerzonego matołectwa i wola, zaprowadzić wodociąg ze zdrowej jurasowej okolicy. Uczyniono to w r. 1884. W roku 1885 twierdzić można było w szkołach jeszcze 59% woli, w 1889 już 25%, a w 1907 zaledwo 2·5%. Wynik zatem świetny. Nawet te 2·5% odpada, bo dotyczy dzieci z obcej gminy i takich, które używały innej wody, a nie wodociągowej. Choć więc nie znamy dokładnie patogenezy zwyrodnienia matołkowatego, to jednak znamy sposób zapobiegania temuż, a jest nim woda ze zdrowych okolic, ewentualnie filtrowanie lub gotowanie złej wody. *K.*

Neurologia.

Doc. Alfred Fuchs. **Leczenie objawowe i pielęgnowanie przy wiądzie rdzenia.** (*Beihefte zur mediz. Klinik.* R. IV., Z. 5). Mało jest cierpień, w których przebiegu musi lekarz praktyczny walczyć z tak wielką liczbą najrozmaitszych powikłań, jak przy wiądzie rdzenia, dlatego też rozprawka Fuchsa, zajmująca się tą sprawą, zasługuje na uwagę. Mimo to, że związek wiądu rdzenia z kiłą nie ulega już wątpliwości, to jednak szablonowe stosowanie leczenia przeciwkiłowego w każdym przypadku wiądu nie jest wskazane. Leczenie przeciwkiłowe uważa F. za wskazane jedynie w tych przypadkach, w których objawy nie są jasne i mogą zależeć od samejże kiły, dalej gdy prócz wiądu są stanowcze objawy kiłowe, a w końcu zapobiegawczo. Przeciwwskazane jest leczenie przeciwkiłowe przy zaczynającym się zaniku nerwu wzrokowego, przy charłactwie i przy daleko posuniętym wiądzie (bo wtedy nic już nie pomoże). Ze środków wewnętrznych, (stosowanych w leczeniu wiądu) nie należy się po przetworach srebra, sporyszu, strychninie, przetworach arsenu, żelazie i t. p. spodziewać wielkiego skutku. Polecano swego czasu leczyć wiąd wyciągami z narządów, jak spermina, wyciągiem mózgu, rdzenia i zwojów nerwowych. F. nie zauważa po tem leczeniu wybitnego skutku. O wiele ważniejsze jest leczenie zewnętrzne i objawowe. W pierwszym rzędzie wspomina F. o leczeniu zawieszaniem (Moczutkowski-Charcot) i naciąganiem rdzenia i pni nerwowych (Hegar). Chociaż zabiegi te nie leczą wiądu, to jednak często osiągnąć przez nie można wybitną poprawę. Naciąganie robi się w ten sposób, że chory, siedząc na stole z wyciągniętemi nogami (które pomocnik przytrzymuje w okolicy kolan), zgina głowę i tułów ku nogom. Podnosząc nogi chorego do góry, naciąga się nerwy kulszowe. Dolną część

rdzenia naciąga się, przybliżając do klatki piersiowej chorego, leżącego na wznak, nogi jego, wyprostowane w kolanach. Do tych samych celów służą także różne przyrządy, jak Chipaulta, Jakoba i t. d., a wreszcie gorset Hessinga. Gorset ten w wielu przypadkach ułatwia chorym chodzenie, usuwa przełomy żołądkowe, bole i uczucie opasania, a nawet wpływa korzystnie na porażenie pęcherza i odbytu. Nosić należy go tylko we dnie. W razie objawów zajęcia szyjnej części rdzenia, dodać należy krawat szyjny: Zabiegi wodolecznicze przy wiądzie dają czasem dobre wyniki, unikać jednak należy wody zbyt zimnej lub zbyt gorącej (granica odpowiednia 18—24° C.). Z miejscowości kąpielowych poleca F. rozmaite, z których przytaczam Abbazyę, Grado, Niceę, naszą Rabkę i t. p. Pewne usługi może przy wiądzie oddać także elektryczność w postaci galwanizacyi kręgosłupa, kąpieli elektrycznych i t. p. Miesienie poleca Frumerie, Konindjy i inni. Przeciwko bolom przeszywającym prócz wspomnianych zabiegów stosuje się leczenie uciskiem (płyty ołowiane), opaski elektryczne, a wreszcie naciąganie nerwów. Zabludowski podał bardzo dogodny sposób systematycznego naciągania nerwu kulszowego: chory stoi przed drzwiami, oddalony od nich o tyle, by nogą wyciągniętą prostopadle mógł dostać do klamki. Codzień usiłuje chory podnosić nogę coraz wyżej, a osiągnięty wynik znaczy się kredą na drzwiach, aż w końcu dojdzie chory do tego, że stopą dotyka klamki. Przeciwko bolom przeszywającym stosuje się, z dobrym nieraz skutkiem, nadoponowe wstrzykiwania, a wreszcie nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięcie kokainy (1 ctm.^{3} rozczynu 0.01%. Ze środków zewnętrznych polecano przy bolach: maść Credégo, antypirynę, rheumasan i w. i. Przypadłości żołądkowe prócz wspomnianych sposobów leczy się przepłukiwaniami żołądka wodą bilińską lub Vichy, przełomy krtaniowe wdychiwaniami chloroformu, eteru i t. p. Morfiny używać należy dopiero w ostateczności, bo chorzy szybko się do niej przyzwyczajają i stają się morfinistami. Zwłaszcza przy niedowładach krtani należy używać morfiny bardzo ostrożnie. Niedowład jelit i pęcherza leczyć można także miesieniem, zwłaszcza wibracyjnem. Cewnika używać należy dopiero w ostateczności ze względu na łatwe powstawanie nieżytów pęcherza. Przeciwko bezładowi polecono prócz wspomnianego wyżej ogólnego leczenia wiądu ćwiczenia gimnastyczne, pończochy na kolano i majtki na biodro, podeszwy gumowe i gimnastykę na specyalnych rowerach. »Mal perforant« wymaga przedewszystkiem spokoju i leżenia w łóżku. Cernezzi poleca naciąganie nerwu podeszwowego. Zmiany wiądowe stawów leczymy odpowiednimi przyrządami, niekiedy chirurgicznie (nakłucie, zastoina Biera i t. p.). Resekcya stawu jest ze względu na złe gojenie się kości przeciwwskazana. Przy objawach ocznych próbować można wstrzykiwań strychniny, galwanizowania i t. p. Chwianie się zębów pochodzi często od zaciskania szczęk we śnie, przeciwko czemu Karolyi podał odpowiedni przyrząd. Zresztą należy chorych należycie odżywiać, polecić unikanie nikotyny i wyskoku, uregulować życie płciowe i t. p.
Klęsk.

Medycyna publiczna.

Blau. **Udawanie i wywoływanie wad i chorób u popisowych w różnych armiach.** (*Allg. Militär. Ztg. Beilage zu Med. Klinik*, 1908, Nr 19). Udawanie wad i chorób u powołanych do wojska datuje się już od bardzo dawnych czasów, w miarę jednak postępu cywilizacyi i ono niejako się udoskonala. Sprawą udawania chorób zajmuje się w r. 1822 Baupré. Rozróżnia on 3 rodzaje chorób udawanych: 1) zależne od woli chorego, n. p. zaburzenia ruchu, psychiczne i t. p., 2) wywołane sztucznemi środkami bez zmian w tkankach, n. p. zabarwienie moczu, plucie krwią, 3) sztucznie wywołane choroby ze zmianami anatomicznemi w tkankach. Udawanie chorób zdarza się we wszystkich krajach, w pewnych jednak krajach występuje częściej i typowo, n. p. w Rosyi, w koloniach Francyi i t. p. W miarę oświaty ludu, staje się udawanie wprawdzie rzadsze, ale za to więcej wyrafinowane. Na zmniejszenie się częstości udawania wpływa także wiele udoskonalenie dyagnostyki. Przechodząc do części szczegółowej zwraca B. uwagę najpierw na udawanie ogólnego osłabienia, do czego służą wysiłki i wybryki wieczorem przed badaniem, forsowne ruchy, zmęczenie fizyczne, a wreszcie środki wymiotne. Niekiedy naodwrót w zamiarze udawania otyłości wywołują sobie popisowi sztucznie odmę podskórną zwykle z pomocą noża i zdziebełka słomy. Na skórze wywołują sobie popisowi mechanicznie lub chemicznie różne wrzody, wysypki lub wypryski. Do wywołania sztucznych wrzodów używane bywają różne żrące środki, nawet pasta arszenikowa i kwas karbolowy. Nieraz już przez to wywołano zgorzel nawet całej kończyny. Celem wywołania nieprzyjemnych wyziewów ze skóry nacierają się popisowi czosnkiem, cebulą, zgniłemi jajami, starymi serami i t. p., zwłaszcza nogi. Często spotykać można w ciele umyślnie wprowadzone ciała obce, a w następstwie ich nieraz rozległe ropienia. Umyślne zranienia są też częste. Pod paznokciami ukrywają popisowi nieraz różne środki, których później używają do uszkodzeń. W ostatnich czasach pojawiły się jako nowe całkiem niejako wynalazki guzy parafinowe, wywoływane przez odpowiednich specyalistów. Naśladują one czasem narośle kostne i dopiero promienie Röntgena wyjaśniają sprawę. Co do oka, to B. pomija znane ogólnie udawanie wad refrakcyi, a omawia inne rzadsze przypadki. W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy o zapuszczaniu różnych środków do worka spojówkowego celem rozszerzenia źrenicy (*belladonna, hyoscyamus*, woda laurowa, jaśmin) lub wywołania zapalenia spojówek (tytoń, mydło, wapno, pryszczawki, racze oczy i t. p.). Używane też bywają środki o ostrym zapachu celem wywołania łzotoku i zmacerowania powiek. Popisowi naśladują też często opadnięcie powiek, zez, ślepotę dzienną, nocną, ślepotę na barwy i t. p. Neudroth wspomina o pewnym popisowym z wykształceniem na półakademickiem, który studyował naprzód czaszkę, a potem przeciął sobie nerw okoruchowy. Rogówka ulega też często rozmyślnym zranieniom (przyżeganie chemiczne, tatuowanie i t. p.). W Rosyi stawiają się izraelici do wojska czasem po kilku z takiemi samemi uszkodzeniami. W nosie naśladuje się często polipy zapomocą wprowadzania ciał obcych, podobnie w uchu, gdzie nadto zapomocą środków żrących wywołują sobie popisowi ropotok. Francuzcy żołnierze naśladują w gardle złogi dyfterytyczne przez wdmuchiwanie proszku z pryszczawek. Pewien popisowy przez wprawę tak wciągał język w głąb, że w końcu nawet mu uwierzono, iż ma język odcięty. Zdarza się nawet, że popisowi przenoszą się w okolice, gdzie panuje wole, by go dostać. Krwioplucie często bywa naśladowane, nieraz po mistrzowsku, podobnie gorączka i zmiany tętna. Na kończynach spotyka się prócz okaleczeń nieraz najrozmaitsze, nieraz wprost artystycznie wykonane »choroby«, zwłaszcza w Rosyi, jak przykurczenia palców, zrosty palców, zesztywnienia stawów, zwichnięcia i t. p. Odpowiedni »operatorzy« po uwolnieniu popisowego od wojska, »naprawiają« potem te wady. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Przypadki przedstawione na posiedzeniu XIII, XIV, XV, i XVI.

Dr Schneider przedstawia 18-letniego chłopca ze **situs viscerum inversus.** Wypukiem, przysłuchem i roentgenogramem można stwierdzić **dextrokardię.** Prelegent omawia zapatrywania, tyczące się pochodzenia tej wady.

Dr Mehrer przedstawia 18-letnią dziewczynę z **chorobą Recklinghausena.** Na skórze całego ciała znajdują się liczne guzki od wielkości orzecha włoskiego, często uszypułowane, oraz liczne rozrzucone plamy barwikowe (pigmentacye). Badanie drobnowidowe guzków wykazuje utkanie nerwiaka włókienkowego. Chora ma pewne zaburzenia przyrody nerwowej, jak skłonność do śmiechu, płaczu, obniżoną inteligencyę i wymioty. M. omawia w końcu zapatrywania na przedstawioną chorobę.

Dr Sabatowski przedstawił dwa przypadki **infantilismus** i okazał odnośne roentgenogramy. Jeden chory ma l. 32 wygląda zaś na 10; drugi l. 21, wygląda na 15. Inteligencya upośledzona, pomniejszony gruczoł tarczykowy, brak zarostu, niedorozwój części płciowych. Kościec u obu wątły, brak skostnień między trzonami, a nasadami stawowemi. Ciekawe, że chorzy podają we wywiadach ciężkie schorzenia we wieku, któremu odpowiada ich rozwój cielesny.

W dyskusyi zabiera głos Dr Progulski, którego zdaniem przedstawione pszypadki należy zaliczyć do kretynizmu. Sądzi, że należałoby tu stosować thyreoidynę, na co zgadza się również Prof. Barącz, podnosząc pomyślne wyniki, otrzymane przez Anglików.

Dr Jaworski przedstawia: 1) chorego po wyjęciu żelaznego ciała z gałki ocznej, u którego w rok i 8 mies. po zranieniu oka odłamkiem żelaza wystąpiła **wybitna żelezica** (siderosis). Pomimo, że sprawa ta daleko postąpiła, oko uratowano w tym stopniu, że chory czyta drobny druk i widzi dość dobrze na odległość. 2) Nowy sposób operacyjny oderwania siatkówki. J. wychodzi z założenia, że przez wytworzenie blizny między

twardówką, naczyniówką, a siatkówką można oderwanie trwale uleczyć. W miejscu największego oderwania prowadzi więc cięcie 1/2 ctm. długie przez spojówkę, twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, która zostaje przeciętą po odpłynięciu płynu surowiczego. Następnie cienkim katgutem zszywa rankę, prowadząc igłę przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę. Na spojówkę zakłada zwykły szew jedwabny. W ten sposób postępując, miał w przypadku oderwania siatkówki przez siebie operowanym dobry wynik. Odnośnie do pierwszego przypadku podnosi Doc. Bednarski brak zmian w plamce żółtej, a nadto konieczność zbadania pola widzenia na barwy.

Prof. Machek zauważa, że operacyę przyszywania siatkówki znano już dawno. Zarzucono ją jednak z powodu wypadania ciała szklistego i bezcelowości, bo po pewnym czasie przychodzi zawsze do oderwania siatkówki w innem miejscu. Poleca leczenie konserwatywne.

Prof. Barącz przedstawia szereg fotografii z zakresu **choroby Recklinghausena.**

Dr Sołomowicz przedstawia przypadek 1) **Spondylose rhizomélique.** Chory, l. 48, obciążony dziedzicznie, uczuł po raz pierwszy przed 3 laty ból i sztywność w karku. Potem wystąpiły bole w stawach innych, a sztywność powoli obejmuje cały kręgosłup. Dziś zesztywnienie tak znaczne, że chory nie jest w stanie wykonać najmniejszego ruchu. Ruchy w stawach (żuchwy) są również upośledzone. 2) **Syringobulbii.** Mężcz., l. 24 dziedzicznie nieobciążony, przebył przed 2 laty grypę, podczas której wystąpiła chrypka stale się utrzymująca, nadto parestezye w prawej ręce. Badanie chorego wykazuje prócz znaków zwyrodnienia, jak asymetrya twarzy, przyrośnięte płatki uszne, **paralysis n. recurrentis dextri,** lekkie porażenie podniebienia miękkiego tejże strony, wybitny **nystagmus,** akomodacye i oddziaływanie na światło prawidłowe. Z odruchów: kolanowe i ścięgna Achillesa wzmożone. **Clonus pedis** po stronie prawej. Stanie przy rozsuniętych stopach wykazuje wahanie. Czucie nieznacznie zmienione w obrębie n. trójdzielnego i szyjnych. Prelegent zwraca uwagę na prawidłowość, z jaką postępuje znieczulenie w obrębie n. trójdzielnego i na łagodny przebieg choroby, która przeszło 2 lata utrzymuje się na jednym i tym samym stopniu rozwoju.

W dyskusyi zauważa Dr Świtalski, że niesłusznem jest zdanie Mariego, że w tych przypadkach stawy drobne, jak palców, nie są skostniałe, widział bowiem przypadki, gdzie występowały skostnienia. Zwraca uwagę na bolesność występującą przy rozstawieniu nóg u chorych z początkową spondilitis, objaw, który może mieć nawet znaczenie rozpoznawcze. Prof. Barącz radzi stosować kąpiele gorące. Prym. Pisek wspomina o fibrolysynie. Dr Sotomowicz odpowiada, że stosowane różne zabiegi, także kąpiele siarczane, ale bez skutku. Dr Litwinowicz, który zna chorego od 2 lat, podnosi typowy obraz całkowitego porażenia n. krtaniowego wstecznego prawego z zanikiem porażonego więzadła.

Dr Progulski przedstawia 2-letnie dziecko z **chorobą Hirschsprunga,** u którego od urodzenia utrzymuje się stałe zaparcie stolca i wiatrów. Obwód brzucha 61 ctm. Prof. Raczyński podkreśla rzadkość tej choroby, która polega na zastoju kału z powodu zbyt długiej esicy, przyczem, zdaje się, nie przychodzi odrazu do rozwinięcia się choroby, ale są tu pewne okresy przejściowe.

Prof. Barącz przedstawia przypadek twardzieli, obserwowany od kilkunastu lat z umiejscowieniem na nosie i górnej wardze. Stosuje elektrolizę z wcale dobrym wynikiem. W dyskusyi radzi Dr Rydygier jun. stosować promienie Roentgena.

Witold Nowicki.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Ciekawe są szczegóły o chorobach i sposobach leczenia W. Książąt, carów i ich rodzin. W r. 988, »Włodimir że bolasze oczyma i prisźła k niemu carica, rekuszori: to aszcze choszczeszi boleźni sija izbyti, to krestisia«. Biskup Korsuński ochrzcił go i on przejrzał.—W końcu XI w. lekarz ormianin nieszczęśliwie leczył W. Ks. kijowskiego Włodzimierza Monomacha. W r. 1152 ks. Włodzimierz Halicki idąc z cerkwi poczuł, jakby go ktoś uderzył w ramię i nie mógł z miejsca się poruszyć; chwycono go pod ręce, zaniesiono do domu i położono w kopr; przypuszczano rozmaite choroby i przykładano różne leki; chory tejże nocy umarł. W r. 1154 Wiaczesław Władimirowicz, syn Jarosława, a w r. 1158 Jurij Władimirowicz, W. Ks. kijowscy, popiwszy się w hulance, pomarli. Ks. Iwan Rościsławowicz umarł w r. 1162 z otrucia, ks. Śniatosław Juriewicz, brat ks. Andreja, według słów latopisa »imyj na siebie złuju chorobu ot junosti daże do smierti 1174 r.« Z latopisu z r. 1287 znane są szczegóły choroby W. Ks. Włodzimierza Wasilkowicza, »od 3 lat chorego; wygniła mu dolna część warg, na czwartą zimę odpadło mięso z podbródka, zęby dolne wygniły wszystkie i szczęka dolna, a widoczną była krtań i nie mógł nic jeść«. »Zimą w r. 1367, ks. Michał Wasilewicz Kaszińskij kazał przenieść cerkiew N. Panny do miasta, a święte miejsce rozkopać i kości zmarłych w grobach rozrzucić; od tego zaniemógł książe i jego żona na nieznaną chorobę, Bóg go podniósł. a księżna zmarła«. W r. 1427 umarł w Moskwie ks. Wasilij Władimirowicz od »priszcza«; »każdy, u kogo priszcz siny, na 3 dzień umiera«. W r. 1441 zmarł ks. Dmitrij Juriewicz krasnyj. Latopisiec powiada, że było coś dziwnego w jego chorobie; w początkach ogłuchł i ciężko wiele dni chorował, nic do ust nie biorąc i nie śpiąc, a kiedy duchowny odprawił modły i podał mu komunię, z obydwóch nozdrzy rzuciła mu się krew, którą zatrzymał pop, zatykając nozdrza papierem. Krwotok ustał i książe zasnął; po kilku godzinach myślano że skonał, ubrano go w szaty, lecz w nocy zerwał się bezprzytomny i przeżył jeszcze dwa dni; włożono go do osmolonej kłody i na noszach poniesiono do Moskwy. Szczegóły o leczeniu carów są dokładniejsze tylko z XVII w. Latopis opisuje, że kiedy w r. 1643 zachorował car Michał Teodorowicz na różę, lekarze (Graman, Belan i Kromer) zalecili smarowanie spirytusem winnym z kamforą 3 razy dziennie, poczem »kameni bezuja«. Dla potu podano 12 ziaren pieprzu w wódce, aby zgęszczoną krew rozrzedzić i nie było zastoju: dla odciągnięcia gorączki od głowy i dla obrotu swobodnego krwi radzono puścić krew z żył i t. d. Następnego dnia puszczono carowi w łaźni krew w ilości 3/4 funta, poczem podano świeże ryby: okunia, piskorza, szczupaka i raki; zalecano nie jeść rzodkwi i chrzanu, natomiast pić wino reńskie z cukrem, piwo i kwas, a wstrzymywać się od wódki i miodu. W r. 1645 doktorowie Belan i Graman leczyli tegoż cara Michała na »wodną puchlinę«, którą według słów latopisu »rozpoznano po wodzie« (moczu), »skutkiem czego żołądek, wątroba i śledziona pozbawione ciepłoty, stają się bezsilne, a krew wodnieje, wyzywa chłód, a od tego cynga (gnilec) i inne choroby powstają«. Zalecono choremu wino reńskie z różnemi ziołami i korzeniami, i środki przeczyszczające przy dyecie. Po miesiącu przepowiedziano, że jeśli choroba się przedłuży, to nogi będą puchnąć. Przepisano jeszcze środki przeczyszczające, napotne, wcierania »dla wzmocnienia wątroby, śledziony i obezwładnionego żołądka«, lecz pomimo tego car życie zakończył.

Car Aleksiej Michajłowicz był tęgiej tuszy i cierpiał na żołądek, a w r. 1665 chorował na »ogólne otłuszczenie«. Leczący go doktor Kollings w piśmie łacińskiem wyłożył mu jego chorobę i jej skutki: »dychawica, tęsknota, ból głowy, katar, udar, wodna puchlina i śpiączka«. Leczenie: odpowiednie warunki życia i środki zapobiegawcze.

Kiedy w r. 1676 car Teodor Aleksiejewicz zaniemógł na nogi, to doktor Jagon Kosterius orzekł, że choroba pochodzi nie od zewnętrznej przyczyny, lub uszkodzenia, »lecz od kompleksyi, a mianowicie cyngi« (gnilca), którą miał i ojciec nieboszczyka i »zalecono lekarstwa lekkie, które w zimnej porze właściwiej przyjmować, a na wiosnę inne, jak zioła, które w ziemi rosną i lepszą własność mają«. Pomimo starań wielu lekarzy cudzoziemców, którzy leczyli W. Księcia, zmarł on w 21 r. życia. Śmierć jego wywołała bunt strzelców, wołających, że cara struli lekarze, a mianowicie Daniel fon Naden; lekarz ten zagrożony niebezpieczeństwem, ukrył się, lecz następnie schwytany przez strzelców, pomimo próśb carycy Marty Matiejewny i córek, posądzony o czary, (bo znaleziono przy nim suszone węże), po okrutnych indagacyach został na Krasnym placu poćwiertowany; w wilię dnia tego podobny los spotkał aptekarza Gutmenscha.

Bojarin aptekarskiego prikazu miał obowiązek śledzić lekarzy i ich czynności; leki, przygotowywane dla »welikoho hosudara« surowo nadzorowano. Leki dla cara przechowywano w osobnej izbie pod pieczęciami i bez carskich dyaków nikt nie miał prawa do izby tej wchodzić. Lekarstwo gotowe wręczano tylko pewnym bojarom celem odniesienia carowi, a musieli oni najpierw sami lekarstwa probować. Jeżeli lek wywoływał nudności, to musiał go wypijać sam lekarz. Zwyczaj probowania lekarstw przed podaniem ich osobie z rodziny carskiej

utrzymywał się w ciągu całego historycznego okresu moskiewskiego. Dla kobiet z carskiej rodziny »nie otwierano teremów nawet podczas choroby samego cara«. Po raz pierwszy przestąpiła progi teremu carewna Sofia podczas choroby brata i pielęgnowała go. Świta dworska musiała nietylko próbować lekarstw, lecz także razem z carem krew sobie puszczać. Jeden z cudzoziemskich podróżników opowiada następujące charakterystyczne zdarzenie. Choremu W. Ks. Aleksiejowi Michajłowiczowi puszczono krew, a kiedy potem W. książę wezwał otaczających, aby poszli za jego przykładem, wszyscy chcąc nie chcąc musieli zastosować się do woli księcia, nietyle przez pochlebstwo, zwykle praktykowane na dworze, ile ze strachu, ażeby przeciw sobie nie wzbudzić gniewu carskiego. Jeden tylko z bojarów, Rodion Strisznie w, licząc na pokrewieństwo z carem, odmówił swej zgody, wymawiając się starością. Książę rozgniewał się, zawoławszy z ironią, że w żyłach jego płynie snać krew droższa, niż carska, przyczem rzucił się na bojara, bijąc go ręką, z której nie puszczano krwi i kopiąc go nogami.

Car miewał w podróżach lub pochodach wojennych przy swym boku personal lekarski, składający się z doktora, lekarza, kostoprawa, uczniów lekarskich i t. d. Przy wyjazdach zabierano osobną apteczkę, zwaną »małą«. Kiedy sami carowie już korzystali z usług medycyny i lekarzy, to żony ich i córki długo i uporczywie unikały wszelkiego zetknięcia z racyonalną medycyną skutkiem wielkiej religijności. Modlitwy i jałmużna były dla kobiet głównym środkiem w chorobach. W ciężkich połogach i chorobach dzieci udawano się o pomoc do św. Onufrego, lub św. Mikity, przedsiębrano podróże do odległych klasztorów i t. d.; szczególnie gorliwie modlono się o zastąpienie. Do modlitw dołączano różne praktyki znachorskie. Przytem caryca posiadała dwie, a carówne po jednej t. z. babce. Były to znachorki, dawne babki położne, praktykujące we dworze. Z czasem otworzyły się »teremy« z płcią nadobną dla lekarzy cudzoziemskich. Ci z nich cieszyli się szczególniejszem zaufaniem, którzy trzymali się tradycyjnych moskiewskich środków leczenia, jakimi było naprz. puszczanie krwi. Często zajmowały się tem i kobiety, t. zw. »rudometnice«; w ważniejszych jednak przypadkach zwracano się do niemieckich doktorów. Lekarze, udzielający pomocy kobietom z carskiej rodziny, byli zwykle krępowani wschodnią etykietą, w początkach nawet leczyli za pośrednictwem osób trzecich; później przyjmowano lekarza w sypialni z zasłonionemi oknami, ażeby wstyd niewieści nie ucierpiał; dla zbadania tętna podawała dostojna chora rękę, obwiniętą w materyę, ażeby jej badający swem dotknięciem »nieoskwiernił«, (nie »pokalał«). W drugiej połowie XVII w. dopuszczono lekarzy cudzoziemców do komnat kobiecych. Z usług pierwszych lekarzy mogła oprócz cara korzystać tylko jego rodzina. Jeżeli ktoś z wyżej stojących w hierarchii społecznej chciał się zwrócić do lekarza nadwornego lub żądał leków z carskiej apteki, to musiał za każdym razem podawać do cara prośbę »czołobitną«. Lekarze, sprzeniewierzający się temu, podlegali karze. Przyczyną tego zakazu była w części obawa, ażeby lekarze nie przynieśli do dworca carskiego chorób zakaźnych, lecz więcej jeszcze chęć pozbawienia lekarzy wpływów politycznych na moskiewskie bojarstwo, na co wskazuje rota przysięgi lekarzy nadwornych, przetrwała aż do Teodora Aleksiejewicza Z latami zaczynają lekarze coraz bardziej korzystać z prawa praktyki prywatnej.

Od połowy XVII w., kiedy bojarowie zaczęli się zwracać do lekarzy nadwornych, wychodzą z użycia poprzednio praktykowane środki, wódka i czosnek. Do późniejszej przysięgi lekarskiej włączone zostają słowa, że lekarz z rozkazu cara obowiązany jest leczyć tych, których mu wskażą, a za carów Iwana i Piotra Aleksiejewiczów zobowiązani zostają lekarze spieszyć z pomocą na wezwanie tak bogatych, jak i ubogich. W połowie XVII w. medycyna nadworna oddziela się od ogólnej, bo oprócz carskiej utworzono drugą nową aptekę z wolną sprzedażą lekarstw, zorganizowano pierwszą szkołę lekarską i ustanowiono posady lekarzy wojskowych, wolno praktykujących, kostoprawów, alchemików, »majstrów gardłowych« i t. p.; popyt jednak na nich był bardzo ograniczony. Lekarzy zagranicznych zastępują powoli miejscowi specyaliści niższego rzędu. Zjawia się przytem mnóstwo lekarzy domorosłych-samouków, którzy otrzymują prawo zajmowania się lecznictwem, a kary za złe leczenie zostają w końcu XVII w. znacznie złagodzone. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie epidemii płonicy. W Nrze 36 »Tygodnika lekarskiego« czytamy artykuł Prof. Raczyńskiego w sprawie bardzo dla Galicyi żywotnej, bo w sprawie obecnej epidemii płonicy. Autor zastanowił się nad dwoma zagadnieniami, 1) co staje się przyczyną wybuchu epidemii płonicy, i 2) jak chronić się przed zachorzeniem? Na pierwsze pytanie odpowiada bardzo słusznie, że przed epidemią płonicy może uchronić tylko odpowiedni szpital dla pomieszczenia chorych płoniczych, gdyż rozsadnikiem choroby staje się zawsze nietyle sam chory, ile jego otoczenie, które nie da się przy użyciu dzisiaj stosowanych półśrodków odosobnić. Ani Lwów, ani Kraków, ani żaden z prowincyonalnych szpitali nie posiada wcale żadnych właściwych epidemicznych szpitali, odpowiednio urządzonych, nie ma też nigdzie przysposobienia w szpitalach dla pomieszczenia matek z choremi dziećmi; nic dziwnego, że wobec płonicy każdy lekarz urzędowy musi być bezradnym, gdyż nie może wystąpić stanowczo wobec strony i nie może jej zmusić, ani nakłonić przy pomocy pewnych obostrzeń do umieszczenia dziecka płoniczego w szpitalu. Jak długo kraj i miasta nie wybudują wogóle odpowiednich i po europejsku urządzonych szpitali, tak długo ustawicznie stać musimy pod grozą przeróżnych epidemii, na razie płonicy, niebawem może cholery.

Odpowiedzi na drugie pytanie nie może udzielić Prof. Raczyński na podstawie własnego doświadczenia, zaleca jednak za radą Younga (Lancet 1908, Nr 13) podawać do spożywania tabletki formanintowe:

1) Wszystkim osobnikom, pozostającym w jakiemkolwiek zetknięciu z chorymi na płonicę;

2) jak największej ilości dzieci zdrowych, zwłaszcza w dzielnicach miasta z większą ilością dzieci chorych lub przynajmniej w poszczególnych domach, w których już pojawiły się przypadki płonicy.

Jakkolwiek sposobu tego nie możemy uważać za środek radykalny zapobiegania szerzeniu się płonicy, to przecież powinny odpowiednie władze wymusić w właściwy sposób na otoczeniu chorych przynajmniej takie postępowanie zapobiegawcze. *R.*

Kijowskie Towarzystwo ratunkowe. Urządzenie kijowskiego Towarzystwa ratunkowego różni się pod wielu względami od naszych. Służbę pełnią tam tylko lekarze (31 godzin tygodniowo), zmieniając się kolejno po dwóch w dzień. W nocy pełni służbę jeden lekarz zmieniający się, a ponadto mieszka stale w pogotowiu administrator, który w razie potrzeby jest zawsze do dyspozycyi. Lekarzy ogółem jest 9, t. j. 8 dyżurujących i dziewiąty administrator. Wynagrodzenie dla lekarzy wynosi 50 rubli miesięcznie, administrator pobiera zaś 800 rubli rocznie i mieszkanie. Prócz lekarzy pełnią kolejno służbę także sanitaryusze, rekrutujący się z wysłużonych felczerów zwykle wojskowych; jest ich 8. Młodsi dostają pensyi 14 rubli miesięcznie, utrzymanie i mundur, starsi 18—20 rubli. Do każdego roku służby dostają podwyżkę pensyi rubla na miesiąc. Sanitaryuszami kieruje starszy, pobierający 30 rubli miesięcznie, prócz utrzymania i munduru. Lokal Towarzystwa wprawdzie obszerny, ale co do urządzenia i porządku pozostawia trochę do życzenia. Lekarze mają kancelaryę, czytelnię, pokoje sypialne i t. p., dalej poczekalnia dla chorych, łazienka, sala operacyjna, szatnia i t. p.

Towarzystwo nosi tytuł: Tow. doraźnej pomocy lekarskiej. Utrzymuje się ze składek, a miasto daje subwencyi 5000 rubli rocznie. Finanse wogóle, podobnie jak i w innych miastach liche, zwłaszcza że Towarzystwo samo opłaca lokal, stajnie, utrzymuje konie, sanataryuszy i t. p. Za przewożenie pobiera się najmniej 10 rubli w mieście, z przedmieścia 15 z dalszych stron podług umowy. Zakaźnych chorych nie przewozi się, jest do tego miejska karetka zupełnie osobno. Chorych przewożą sanitaryusze bez lekarzy. Towarzystwo rozporządza 4 wozami na gumach (z Wiednia) i ma 9 koni własnych. Para koni stoi zawsze (aż do 12 w nocy) gotowa, zaprzężona przy wozie, zmieniając się co 2 godziny. Średnio udziela się pomocy w 15 przypadkach dziennie. Lekarze wyjeżdżają w czapkach mundurowych, co jest koniecznem ze względu na przeciskanie się w tłumie. Każdy lekarz przed zamianowaniem musi wyjechać 50 razy (z drugim kolegą) bezpłatnie. Prócz tego od r. 1902 funkcyonuje na Dnieprze »Kijowski oddział Towarzystwa ratunkowego dla tonących«,

rozporządzający 7 stacyami i utrzymujący prócz tego bezpłatne łazienki. Służbę pełni sam ataman i 15 majtków, odpowiednio wyszkolonych w 2 szalupach, 4 wiosłowych i 11 dwuwiosłowych. Oddział ten ratuje rocznie średnio 170 osób, i mimo swej pożyteczności ma również finanse bardzo nędzne i co chwila uciekać się musi do dobroczynności publicznej, urządzać loterye fantowe i t. p.

W kijowskiem Towarzystwie ratunkowem istnieje też rzecz godna zanotowania i ważna zwłaszcza dla nauki medycyny sądowej, a jest nią bardzo bogate muzeum narzędzi zbrodni i samobójstw, listów samobójców i innych tem podobnych przedmiotów. Przedmioty te zbierają lekarze przy każdej sposobności.

Dr Adolf Klęsk.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lipca 1908 . .	405,751	196,176
W sierpniu 1908	1,550	3,000
Razem .	407,301	199,176

Dr Żydlowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 30. VIII. do 5. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 2; zmarło osób 44 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 6 (3), zapalenia płuc 3 (2), błonicy 3 (1), płonicy 2 (1), cholery niemowląt 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VIII. do 5. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca 5, płonicy 8 (1), odry 4, czerwonki 5, cholery dzieci 2, cholery swojskiej — (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 1 † 1), płonicy 25 † 10, odry 1 † 1, duru brzusznego 3. — Od 2. do 8. VIII. 1908: błonicy 8 † 1 (1), płonicy 42 † 5 (6 † 1), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1). — Od 9. do 15. VIII. 1908: błonicy 8 † 1 (2), płonicy 43 † 8 (3 † 1), odry 2, duru osutkowego 1, duru brzuszndgo 6 † 1. — Od 16. do 22. VIII. 1908: kokluszu 3, płonicy 60 † 14 (5 † 1), duru brzusznego 7 (1), nagminnego zapalenia opon 1. — Od 23. do 29. VIII. 1908: błonicy 7 † 2 (— † 1), kokluszu 1, płonicy 113 † 9 (5 † 2), duru brzusznego 6 (3), czerwonki 1. — Od 30. VIII. do 5. IX. 1008: błonicy 13 † 2, płonicy 86 † 16 (4 † 2), odry 5, duru brzusznego 6 (2), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« otrzymała zaproszenie do wzięcia czynnego udziału w III. Zjeździe międzynarodowym dla pielęgnowania chorych umysłowych, który się odbędzie we Wiedniu w dniach 7—11. października b. r.

Warszawa. W sierpniu 1909 ma być otwarta w Częstochowie wystawa przemysłu i rolnictwa gub. piotrkowskiej. Programem objęty jest także dział higieny.

Z różnych stron. W Kijowie u 17 osób stwierdzono cholerę, zmarło z cholery 10 osób. Rada miasta Kijowa uchwaliła kredyt 50,000 rubli na tłumienie tej epidemii.

— W jesieni 1909 ma być otwarty Uniwersytet w Saratowie; na początek otwarty będzie jedynie wydział lekarski.

— Walne zebranie wolnego Związku niemieckiej prasy lekarskiej zastanawiać się będzie w dniu 27. b. m. na Zjeździe w Kolonii, kiedy i pod jakimi warunkami wolno za zapłatą badać lekarzom działanie nowych leków, a zwłaszcza, o ile dopuszczalne jest pobieranie zapłaty za śledzenie działania danego środka w szpitalach na materyale chorych, naturalnie o ile chodzi w takim wypadku nie wyłącznie o leczenie chorych, tylko o popieranie reklamy fabrykantów.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty rozesłało do wszystkich uniwersytetów okólnik, w którym poleca, aby ze względu na to, że na uniwersytetach nie ma być wolnych słuchaczek, przestrzegano, by do sal wykładowych i na kurytarze nie wpuszczano kobiet.

Mianowani: Kleinhans profesorem położnictwa i ginekologii w Pradze na uniwersytecie niemieckim; Feer profesorem chorób dzieci i Bettmann profesorem chorób skórnych w Heidelbergu.

Zmarli: Becquerel wybitny fizyk w Paryżu, wynalazca promieni uranowych, który wraz z pp. Curie otrzymał nagrodę Nobla w r. 1903.

Dr Zygmunt Zapolya-Zapolski w Winnicy (Podole); Dr Józef Ordyłowski w Dąbrowie (gub. łomżyńska).

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 19. września 1908. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Hemolityczne własności laseczników okrężnicy w związku z ich jadowitością.

Opracował

Dr Kazimierz Kaczyński
lekarz szpitala św. Rocha.

(Dokończenie).

F. Pröscher robił doświadczenia z 7 gatunkami pod względem pochodzenia *a priori* chorobotwórczego gronkowca i tylko w jednym przypadku znalazł gatunek o silnie hemolitycznych własnościach, w jednym — średnio i w jednym — słabo hemolizujący; w pozostałych zaś 4 przypadkach hodowle gronkowców nie dawały nawet śladów hemolizy. To samo stwierdzili E. Pribram i K. Russ, hodując chorobotwórczego gronkowca z przypadków ropnego zapalenia szpiku, ropowicy i t. d.

Inaczej rzecz się ma z paciorkowcami. Tutaj hemoliza zawsze stanowi własność wysoko jadowitych paciorkowców, lecz niezależną jest od ich zjadliwości *(Toxicität)* (Lingelsheim).

Hemolizyny według Schlesingera nie są ciałami zjadliwemi i nie mają nic wspólnego z toksynami bakteryi. Wyjątek do pewnego stopnia pod względem zachowania stałych własności hemolitycznych stanowią hodowle tężca, albowiem prawie wszystkie hemolizują w jednakowym stopniu.

Arrhenius i Madsen stwierdzili, że hemotoksyczny stopień tetanolizyny pozostaje w prostym stosunku do drugiej potęgi zgęszczenia jadu.

Dla objaśnienia istoty stafilolizyny przypuszczają Ehrlich i Madsen, przez analogię z jadem błoniczym i tetanolizyną, istnienie 2 grup — haptoforowej i toksoforowej (grupy chwytnej jadu i jadonośnej, według terminologii Eisenberga). Pierwsza z nich już przy niskich temperaturach (0^0) wiąże czynnik lityczny z ciałkami krwi, druga zaś rozwija swoją cytolityczną zdolność przy 37^0 C.

H. Kayser, robiąc doświadczenia z przesączem bulionowych hodowli prątka okrężnicy o wysokiej sile hemolitycznej (3 ccm lizyny zupełnie rozpuszczały 9 kropli odwłóknionej krwi psa), sądzi, że i kolilizyna składa się z czynnej przy ciepłocie 0^0 C haptoforowej i czynnej, poczynając od 37^0 C toksoforowej grupy.

Przesącze bulionowych hodowli prątka okrężnicy, jak to już wyżej widzieliśmy, należą do ciepłostałych i nie tracą w nich własności hemolitycznych nawet przy nagrzewaniu w ciągu pół godziny do 120^0 C (H. Kayser).

Zapoznawszy się w ten sposób z istotą hemotoksyczną resp. hemolizyn wogóle i mając na względzie wyniki moich wstępnych badań z 4 szczepami prątka okrężnicy różnego pochodzenia, postanowiłem rozstrzygnąć następujące pytania co do kolilizyny w szczególe:

1) jak się prątek okrężnicy zachowuje pod względem hemolitycznym w różnych przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego *(enteritis, gastroenteritis, dysenteria* i t. p.);

2) czy jadowitość prątka okrężnicy pozostaje w związku z natężeniem sprawy chorobowej i czyby o tem można sądzić, mianowicie na podstawie stopnia hemolizy;

3) czy stopień hemolizy może mieć jakiekolwiek prognostyczne znaczenie w każdym z poszczególnych przypadków.

Sądząc, że nie jest rzeczą obojętną wybór tej lub innej metodyki hemolizy, dla ustalenia jej musiałem przedewszystkiem rozstrzygnąć następujące pytania:

1) jaki istnieje wpływ dawki obydwóch składników (kolilizyny i erytrocytów) na wynik ostateczny;

2) jaką rolę odgrywa wybór samych erytrocytów;

3) czy 2-dniowe hodowle bulionowe posiadają takąż siłę hemolityczną co 3-dniowe i starsze.

W tym celu przerobiłem szereg doświadczeń z rozmaitemi ilościami 1%, 3% i 5% rozczynu czerwonych krwinek w 0·75% NaCl i kolilizyny. Ostatecznie zatrzymałem się na dawkowaniu (nieco przezemnie zmienionem) według Neissera i Wechsberga, którzy do 2 cm^3 mieszaniny różnych ilości lizyny i 0·85% NaCl dodawali stale 1 kroplę świeżej odwłóknionej krwi. Zmiana metodyki polegała na tem, że do 4 cm^3 3% rozczynu czerwonych krwinek w 0·75% NaCl (co odpowiada mniej więcej 2 kroplom krwi) dodawałem bulionowych hodowli prątka okrężnicy w coraz mniejszych dawkach, poczynając od 1 cm^3 do 0·05 cm^3.

Wybór gatunku erytrocytów również nie jest rzeczą obojętną ze względu na wynik hemolizy. Posługując się trzema gatunkami erytrocytów, a mianowicie: z krwi ludzkiej, baraniej i króliczej, przekonałem się, że ludzkie i baranie czerwone krwinki *in vitro* zupełnie nie ulegają rozpuszczaniu pod wpływem kolilizyny. Najwrażliwszemi okazały się erytrocyty królicze, któremi też posiłkowałem się do celów mojej pracy. Dalszy przebieg metodyki nie różnił

się od tego, jaki stosowałem przy badaniu wyżej wspomnianych 4 gatunków prątka okrężnicy.

Co się zaś tyczy wpływu, jaki na stopień hemolizy wywiera odczyn bulionowych hodowli prątka okrężnicy, to przekonałem się, że 3-dniowe i starsze hodowle hemolizują lepiej, niż 1- i 2-dniowe, lecz nie na tyle, aby mógł zmienić się zasadniczo wynik ostateczny. Rzecz polega na tem, że, jak przekonałem się, 1- i 2-dniowe hodowle bulionowe prątka okrężnicy mają odczyn kwaśny i dopiero, poczynając od 3. dnia, odczyn zmienia się na zasadowy.

Najlepiej poucza o tem następująca tablica według H. Kaysera, który przeprowadził odpowiednie badania z wysoko hemolizującym gatunkiem prątka okrężnicy:

Hodowle	Ilość bulionu		$^1/_{10}$ normal. kwas szczawiowy
1-dniowa	100 cm³	stopień kwasoty odpowiada	9·0 cm³
2-dniowa	„	„ „ „	4·0 „
3-dniowa	„	stopień zasadowości	2·9 „
4-dniowa	„	„ „	6·0 „
5-dniowa	„	„ „	7·0 „

Dodać należy, że Kayser szczepił prątek okrężnicy na bulionie słabo kwaśnym, ja zaś używałem do tegoż celu bulionu o odczynie słabo zasadowym, i wyniki jakościowe otrzymałem te same. To też w pracy z materyałem klinicznym do celów hemolizy jednocześnie posiłkowałem się dla porównania wyników tak 2-dniową, jak i 8-dniową hodowlą okrężnicy. I tym razem zauważyłem, że stopień hemolizy *ceteris paribus* nie pozostaje w prostym stosunku do ilości lizyny, t. j., że w niektórych probówkach[4]), gdzie do 4 cm³ 3% rozczynu erytrocytów króliczych w 0·75% NaCl dodałem n. p. 1·0, 0·75, 0·50 cm³ bulionowej hodowli prątka okrężnicy, otrzymałem słabsze zabarwienie mieszaniny, niż w probówkach z mniejszą ilością tejże lizyny n. p. 0·25, 0·05 cm³.

Zjawisko to, jak przypuszczam, zależy od tego, że lizyna niektórych hodowli prątka okrężnicy ma własności wywoływania przedwcześnie pseudoaglutynacyi erytrocytów, co przeszkadza ich rozpuszczaniu się.

Przypuszczenie to potwierdza spostrzeżony przezemnie fakt, że po kilku dniach, licząc od daty zanotowania wyników hemolizy, kiedy w probówkach, użytych dla kontroli i napełnionych odpowiedniemi ilościami rozczynu erytrocytów i bulionu, nastąpiła już zupełna autoliza, to w probówkach z erytrocytami i lizyną, gdzie był poprzednio zanotowany zupełny brak hemolizy, autolizy nie widziałem.

Nie mogę tu jednak widzieć wyłącznego wpływu soli, jako składników bulionu i rozczynu erytrocytów, ani też odczynu badanych hodowli bulionowych, gdyż kontrolę przeprowadzono tak z 2-, jak i z 8-dniową hodowlą, a bulion podłoża stale miał odczyn słabo zasadowy.

Materyał kliniczny, na którym przeprowadziłem moje badania, będące celem niniejszej pracy, składał się z 22 przypadków zaburzeń trawiennych o różnem natężeniu i przebiegu u niemowląt z Domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Na podstawie stanu i przebiegu choroby w ciągu 2 tygodni podzieliłem wszystkie te przypadki na 3 gromady. Zastrzegam się jednak co do ścisłości tego podziału, gdyż opierałem go jedynie na obrazie klinicznym, nie zwracając uwagi na budowę, odżywianie, przyczyny choroby i t. p., ani też nie odróżniając niemowląt kilkotygodniowych od kilkomiesięcznych.

Jak wiadomo przyczyny nieżytów jelit u dzieci bywają różnorodne, ponieważ jednak jest sprawą niezmiernie trudną stanowcze stwierdzenie w każdym poszczególnym przypadku biegunki, jaki ze znajdujących się w kale gatunków bakteryi odgrywa główną resp. przyczynową rolę, a jaki tylko współrzędną lub przypadkową, — więc nie podejmując się rozstrzygnąć przyczyny etyologicznej, starałem się jedynie rozstrzygnąć pytanie, czy wyosobniony z kału w każdym z poszczególnych przypadków lasecznik okrężnicy posiada

Tablica II.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
1	2. dzień	2 stolce dziennie, dosyć gęste, żółto-zielone z grudkami.	W 2. tygodniu znaczne pogorszenie: 6 stolców dziennie, wolnych ze śluzem.
2	„	Stolce 6 razy na dobę, b. wolne, zielone dużo śluzu. Ogólny stan wątpl.	W 2. tygodniu znaczna poprawa; stolce nie zawierają śluzu.
3	„	2—3 stolce dziennie, zielono-czekoladowe. Stan poważny.	Śmierć w pierwszym tygodniu przebiegu.
7	3. miesiąc	*Gastroenteritis* (*exacerbatio*). Na dobę 4 stolce ciemno-zielone, śluzowe. Wymioty kilka razy dziennie.	W końcu pierwszego tygodnia *status pessimus*. w wypróżnieniach krew i dużo śluzu.
8	3. tydzień	Stolce 2—3 razy dziennie, zielonkawe z grudkami i śluzem, kwaśne.	Po tygodniu znaczne pogorszenie.
9	4. tydzień	Wypróżnienia 2—3 razy na dobę, b. wolne, ciemno-zielone, dużo śluzu. Ogólny stan zły.	Śmierć w pierwszym tygodniu.
11	3. dzień	Wypróżnienia 2—3 razy na dobę, brudno-żółto-zielone, dosyć gęste. Ogólny stan wątpliwy.	Śmierć w końcu pierwszego tygodnia.
13	11. dzień	Stolce 2—3 razy dziennie, szaro-brunatne, dosyć gęste. Stan wątpliwy.	W 2. tygodniu znaczne pogorszenie. 5—8 stolców na dobę.
14	8. dzień	Wypróżnienia 6—10 razy na dobę, wolne, śluzowe, zielone.	W końcu 2. tygodnia znaczna poprawa.
15	2. dzień	*Gastroenteritis acuta*, 6—7 stolców na dobę, pomarańczowo-żółte. Stan poważny.	Śmierć w końcu 1. tygodnia.
16	1. dzień	*Enteritis acuta*. 10 stolców dziennie. Silne wyniszczenie.	W 2. tygodniu znaczna poprawa.
20	3. dzień	*Gastroenteritis acuta*. Wypróżnień na dobę 11; zielone z niedużą ilością śluzu. Wymioty kilka razy dziennie. *Status pessimus*.	Śmierć po upływie 3 dni.
22	1. dzień	Wypróżnienia 2 razy dziennie, wolne, cuchnące.	Po tygodniu znaczne pogorszenie: wypróżnienia po kilkanaście r. dzien.

[4]) Wykluczam tu, rozumie się, wypadki, gdzie we wszystkich probówkach z daną hodowlą otrzymałem kompletną lub brak hemolizy.

własności hemolityczne i czy stopień hemolizy idzie równolegle z natężeniem przebiegu klinicznego. Oznaczając kolejnymi numerami do gromady ciężkich przypadków zaliczyłem następujące (p. tabl. II.):

Druga gromada obejmuje 6 następujących przypadków o przebiegu mniej ciężkim (p. tabl. III.):

Tablica III.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
4	Od dłuższego czasu	2 – 3 stolce dziennie, dosyć gęste, cuchnące. Ogólny stan względnie niezły.	Po 2 tygodniach stan ten sam.
5	"	Wypróżnienia 1-2 r. dzien., blado-żółte, dosyć gęste. Ogólny stan niezły.	Po 2 tygodniach stan ten sam.
10	4. tydzień	4 stolce dziennie, wodniste, śluzowe, żółtawo-zielone, niecuchnące.	W końcu 2. tygodnia znaczna poprawa.
12	4. dzień	Dziennie 4—5 stolców, żółte, wolne, niecuchnące.	Po 2 tygodniach poprawa. Ogólny stan zadowalniający.
17	3. dzień	3 stolce dziennie, cuchnące, kwaśne, grudkowate.	Przez cały czas stan bez zmiany.
21	Od dłuższego czasu	Na dobę 1 stolec, ciągnący się, blado-żółty, cuchnący.	Po tygodniu pogorszenie: 2 - 3 stolce dziennie, b. cuchnące. W końcu 2. tyg. stan bez zmiany.

Przypadki o mniej więcej łagodnym przebiegu obejmuje trzecia gromada w liczbie 3 (tabl. IV):

Tablica IV.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
18	2. dzień	Wypróżnienie raz na dzień. Stolec dosyć gęsty, żółty, nieco cuchnący. Ogólny stan niezły.	W ciągu przebiegu stan bez zmiany.
19	3. dzień	2 stolce dziennie, wolne, żółte, kwaśne, z małą ilością grudek.	Po tygodniu znaczne polepszenie.
6	2. tydzień	Stolec 2—3 razy dziennie, jasno-czekoladowy, dosyć gęsty.	Po tygodniu lekka poprawa.

Wyosobniwszy z kału w każdym z poszczególnych przypadków prątka okrężnicy i przygotowawszy 2- i 8-dniowe bulionowe hodowle tychże bakteryi, przystąpiłem do określenia stopnia hemolizy w każdym przypadku.

Wyniki widać z załączonej tablicy V.

Probówki służące dla kontroli pozostały bez zabarwienia.

Jak widać z powyższego zestawienia stopnia hemolizy przy 2- i 8-dniowej hodowli, wpływ odczynu zasadowego hodowli w porównaniu z odczynem kwaśnym tejże hodowli jest nieznaczny. W większości przypadków, gdzie stopień hemolizy = 0 przy kwaśnym odczynie hodowli, takiż wynik otrzymałem i z hodowlą 8-dniową i tylko w niektórych przypadkach — minimalne lub (rzadziej) wyraźne ślady.

Jeżeli teraz zestawimy stopień hemolizy z natężeniem przebiegu klinicznego, to otrzymamy następujące wyniki (tabl. VI).

Przystępując do oceny otrzymanych wyników, aby odpowiedzieć na postawione powyżej pytania, widzimy, że w większości przypadków otrzymaliśmy zaledwo ślady lub brak hemolizy i tylko w 4 przypadkach zupełną, a w 1 prawie zupełną hemolizę, co stanowi $13\cdot6\%$ i $9\cdot09\%$ ogólnej liczby.

Tablica V.

Hodowle	Ilość 4% roczczynu erytrocyt.	2-dniowa hodowla – Ilość lizyny w cm³: 1·0	0·75	0·50	0·25	0·05	8-dniowa hodowla – Ilość lizyny w cm³: 1,0	0·75	0·50	0·25	0·05
1	4 cm³	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
2	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
3	"	o	o	o	X	X	o	o	X	XX	XX
4	"	o	o	o	X	X	o	o	o	X	XX
5	"	o	o	X	X	X	o	X	X	XX	XX
6	"	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
7	"	o	o	o	o	o	o	o	X	X	X
8	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
9	"	o	o	o	o	X	o	o	X	XX	XX
10	"	X	X	X	X	XX	o	X	XX	XX	XX
11	"	o	o	o	o	o	o	o	o	X	X
12	"	X	X	X	XX	XX	X	X	XX	XX	XX
13	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
14	"	o	o	o	o	o	X	X	X	XX	XX
15	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
16	"	X	X	XX	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX
17	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
18	"	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
19	"	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++
20	"	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
21	"	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
22	"	XX	XX	XX	+	+	XX	+	+	+	X

Stopień hemolizy.

Objaśnienia znaków: ++ oznacza hemolizę zupełną; + prawie zupełną; XX wyraźne ślady hemolizy; X minimalne ślady; o brak hemolizy.

Tablica VI.

	Ciężkie przypadki	Mniej ciężkie	Względnie lekkie przypadki
Zupełna hemoliza wypadła	1 raz	0 razy	3 razy
Prawie zupełna wypadła.	1 "	0 "	0 "
Ślady hemolizy	5 razy	4 "	0 "
Brak hemolizy	6 "	2 "	0 "

Tak znaczną liczbę ujemnych wyników możnaby objaśnić twierdzeniem Rouxa, który znalazł, że laseczniki okrężnicy, wyosobnione z kału niemowląt, w większości przypadków należą do niejadowitych (pasorzytna odmiana prątka okrężnicy).

Z tego też punktu widzenia możnaby przypuszczać, że na 15 wyżej wspomnianych ciężkich przypadków w 11 mieliśmy hodowle o słabo wyrażonej jadowitości *(Virulenz)* lub też zaburzenia w przewodzie pokarmowym były wywołane obecnością innego rodzaju bakteryi, lub wreszcie przyczyną niebakteryjnego pochodzenia przy zupełnie obojętnem zachowaniu się prątka okrężnicy. W lekkich natomiast przypadkach, gdzie otrzymałem tylko zupełną hemolizę, hodowle laseczników okrężnicy, o ile przyczyna była bakteryjnego pochodzenia, posiadałyby według tego objaśnienia wysoką jadowitość a stosunkowo łagodny przebieg kliniczny możnaby tłómaczyć, czy to przez samouodpornienie, czy też przez indywidualne właściwości żywego ustroju

Tymczasem Mellin twierdzi, że hodowle prątka okrężnicy u dzieci cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego *(gastroenteritis)*, odznaczają się wysoką jadowitością. Według Dreyfussa zachodzi pewien związek między natężeniem zaburzeń w przewodzie pokarmowym i jadowitością prątka okrężnicy. Lesage i Macaigne zauważyli, że hodowle laseczników okrężnicy przy cierpieniach kiszek *ceteris paribus* są jadowitsze, niż u zdrowych osobników. Badania Gabryczewskiego na osobach dorosłych wskazują, że jadowitość prątka okrężnicy wzrasta przy gorączkowych chorobach jelit.

Wszystkie te jednak twierdzenia niweczy i utrudnia zoryentowanie się stwierdzony fakt, że prątek okrężnicy nie jest jednakowo jadowity dla człowieka i zwierząt i bardzo często nawet zachowuje się odwrotnie — silnie jadowitym bywa dla człowieka, a obojętnym dla zwierząt.

Zbierając tedy wyniki moich doświadczeń i spostrzeżenia wspomnianych autorów, dochodzę do wniosków następujących:

1) Wyłącznie na podstawie hemolizy nic można sądzić o tem, czy zachodzi i jaki mianowicie związek między stopniem hemolizy prątka okrężnicy i natężeniem przebiegu klinicznego w przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego *(enteritis, gastroenteritis, dysenteria)*, tembardziej, że jak stwierdził Nobécourt, i u zdrowych niemowląt można w 50% przypadków wyosobnić prątka okrężnicy o wysokiej jadowitości, a według Lesagea i Macaignea laseczniki okrężnicy z prawidłowych kałów miewają zmienną jadowitość, od wysokiej do 0. Wreszcie Klecki zauważył, że jelito kręte zdrowego psa zawiera jadowitsze generacye prątka okrężnicy, niż jelita cienkie i okrężnica. Różnicę w stopniu jadowitości prątka okrężnicy u jednego i tegoż samego osobnika Klecki stawia w zależności od symbiozy z innemi bakteryami jelit.

2) Odczyn bulionowych hodowli prątka okrężnicy nie wpływa zasadniczo na ostateczny wynik hemolizy.

3) Ilość lizyny, wywolująca hemolizę, nie jest stałą, t. j. w niektórych przypadkach mniejsza dawka lizyny *ceteris paribus* daje wynik więcej dodatni, niż większa ilość lizyny.

4) Jadowitości laseczników okrężnicy, wyosobnionych z kału, względem zwierząt, nie można łączyć w związek z przebiegiem klinicznym danego przypadku.

Pytanie, czy brak hemolizy prątka okrężnicy w przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt zależy od małej jadowitości *(Virulenz)* laseczników okrężnicy, czy też dany obraz chorobowy rozwinął się bez udziału prątka okrężnicy, pragnę rozstrzygnąć przez współrzędne: 1) badanie aglutynacyjnej własności surowicy niemowląt względem laseczników okrężnicy; 2) wyosobnianie prątka okrężnicy ze krwi tychże chorych metodą wielkich rozcieńczeń; 3) całkowite określenie flory kału; 4) określenie stopnia hemolizy, wyosobnionych laseczników okrężnicy; — co jest zadaniem następnej mojej pracy.

Szanownemu Dr St Serkowskiemu, w którego pracowni wykonałem moją pracę, składam gorące podziękowanie za pomoc i kierownictwo, jak również Drom Miłodrowskiemu i Łyskawińskiemu za łaskawe dostarczenie materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Kolle u. Hetsch: Die experimentelle Bacteriologie und die Infektionskrankheiten. Berlin, Wien 1906. — 2) Thorwald Madsen: Allgemeines über bakterielle Antigenetoxine, deren Antikörper antitoxische Eigenschaften aufweisen. Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung herausgegeb. von R. Kraus u. C. Levaditi. Jena 1907. — 3) E. Pribram u. K. Russ: Die Bakterienhämotoxine. Ibd. — 4) Arrhenius u. Madsen: Anwendung der physikalischen Chemie auf das Studium der Toxine und Antitoxine. Zeitschr. f. physikal. Chemie. 1903. Bd. 64. — 5) L. A. Tarasiewicz: K uczenju o gemolizinach. Odessa 1902. — 6) H. Kayser: Ueber Bakterienhämolysine im Besonderen das Colilysin. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrank. Bd. 42. Leipzig 1903. — 7) B. Czaplicki: Zarys bakteryologii krwi. Łódź 1906. — 8) F. Majewski: Przyczynek do badań nad precypitynami a także hemo- i antyhemolizynami. Odb. Przegl. lek. Kraków. — 9) Lingensheim: Streptokokkenimmunität. Kolle-Wassermann Handb. d. Pethogenen Microorganismen. — 10) Th. Escherich u. M. Pfaundler: Bacterium coli commune. Kolle u. Wassermann: Handbuch d. pathogenen Microorganismen. Bd. II. Jena 1903. — 11) E. Marx: Die experimentelle Diagnostik, Serumtherie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Berlin 1907. — 12) M. Neisser u. A. Lipstein: Die Staphylokokken. W. Kolle u. A. Wassermann. Handb. der pathogenen Microorganismen. Bd. III. Jena 1903. — 13) K. Szokalski: W kwestyi roli śledziony w procesie wytwarzania hemolizyn. Medycyna, Nr 16, 1908. — 14) H. Sachs i J. Bauer: Ueber das Zusammenwirken mehrerer Amboceptoren bei der Hämolyse und ihre Beziehungen zu den Komplementen. Arbeiten aus dem k. Institut für exper. Therapie zu Frankfurt a. M. herausg. von Prof. Dr P. Ehrlich. Jena 1906. — 15) B. Hecker: Beiträge zur Kenntnis der hämolytischen Komplemente. Ibd. — 16) W. Rickmann: Beitrag zur biologischen Eiweissdifferenzierung. Ibd. — 17) J. Bauer: Ueber die Specifität der biologischen Eiweissdifferenzierung. Ibd. — 18) H. Sachs i J. Bauer: Ueber die Differenzierung des Eiweisses in Gemischen verschiedener Eiweissarten.

Z okulistyki sądowej.

Podał

Doc. Dr Adam Szulisławski.

(Dokończenie).

Badanie nasze z dnia 18. stycznia 1902. P., dało wynik następujący:

Lewe oko:

1. Powyżej zewnętrznego kącika oka, przy brzegu łuku brwiowego guz, wielkości orzecha laskowego, przesuwalny. Skóra nad nim prawidłowa, z łatwością w fałd ująć się daje (kaszak).
2. Na skórze powiek i w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia wykryć nie można. Spojówki powiek prawidłowe.
3. Gałka oczna w całości zmniejszona, okazuje wręby i zaciągnięcia, głębokie od zewnątrz, płytsze od góry. Rogówka podłużnie owalna, spłaszczona i zmniejszona; wysokość jej wynosi 8—9 mm., szerokość 6—7 mm. (na prawem oku średnica = 11 mm.). Cała rogówka jest szarawa, zbliznowaciała. W dolnym odcinku jednak prześwieca nieco tęczówka, przylegająca prawie do tylnej jej powierzchni. W górnej połowie zagłębienie wielkości prosa, o brzegach gładkich, spadzistych, lśniących, gdy dno jest matowe, nie pokryte jeszcze nabłonkiem. Dolne partye tego gojącego się wrzodu są szarawo-sinawe, leciuchno przeświecające, górne szarawo-białawe, zupełnie nieprzeźroczyste, leżą w głębokiej, starej bliźnie. Od góry i zewnątrz skąpe naczynia. Przy dolnym brzegu wrzodu odróżnić można linijną, lekko łukowatą, bliznę poprzeczną. Spojówka gałkowa blada. Ucisk na gałkę niebolesny.
4. W. l. = 0 (t. j. brak poczucia światła).

Prawe oko:

5. Na rogówce rozlane, powierzchowne, stare, mgiełkowate zaćmienia. Dno oka prawidłowe.

W. pr. = palce na 3—4 m.; $^{5}/_{30}$ nie całe Mp. circa 4—6 D. Sn. 0·5 litery (od 6—12 cm.); $^{5}/_{20}$ przez dziurkę sten. Szkła walcowe nie poprawiają.

Orzeczenie:

I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego zanik gałki ocznej lewej, plamki na rogówce prawej z następową jej niezbornością. *(Atrophia bulbi sin Maculae corn. diffusae subsequ. astygm. myop. irregul. oc. dextri).*

II. Z protokołu pierwszych oględzin sądowo-lekarskich dnia 19. października 1901 (Z. $^{93}/_{1}$), jakoteż z odpisu szpitalnej historyi choroby (Vr. $^{59}/_{11}$) z d. 22. października 1901 okazuje się, że wówczas nie było jeszcze zaniku gałki ocznej lewej, natomiast stwierdzono ranę rogówki, z wypadniętą tęczówką i soczewką, którą w szpitalu odcięto. Chory opuścił szpital w dniu 26. października, z zabliźniającą się raną i rogówką lekko wydętą.

III. Zmiany takie, t. j. rana rogówki, z następowem wypadnięciem tęczówki i soczewki, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem ponad dni 20.

IV. Okoliczność, że chory pozostawał przez czas dłuższy, bo do dnia 21. października bez żadnej pomocy lekarskiej, przyczyniła się bez żadnej wątpliwości do zanieczyszczenia i zakażenia wypadniętej i zwisającej tęczowki, które dało powód do następowego zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i innych części w głębi gałki ocznej. Zapalenie to, jak z jednej strony przedłużyło czas powrotu do zdrowia ponad dni 30, tak z drugiej strony stało się przyczyną zaniku gałki ocznej lewej, co się równa utracie oka.

V. a) Według zeznań poszkodowanego, uczynionych w śledztwie (Vr. $^{59}/_{7}$), bezpośrednio po uderzeniu dnia 14. X. rano »puściła mu się krew z lewego oka«. Wypytywany jednak podczas obecnego badania co do tego szczegółu, podaje na stosowne pytania, że »ociekającej po twarzy krwi nie widział, bo do zwierciadła nie patrzył, przy ocieraniu zaś oka, w którem było mokro, nie zauważył krwi ani na palcach, ani na rękawie koszuli«.

Zważywszy, że nikt ze świadków również nie widział krwawienia z tego oka, niepodobna dziś rozstrzygnąć, czy po urazie, doznanym w dniu 14. października 1901 rano, powstał rzeczywiście krwotok z lewego oka poszkodowanego, czy też nie.

Szczegół ten jest o tyle ważny, że przy urazowem, gwałtownem wypadnięciu tęczówki, t. j. błony przeważnie z naczyń złożonej, pękają te naczynia i następuje zazwyczaj większy lub mniejszy krwotok.

b) Mechanizm powstawania takiego uszkodzenia jest następujący: Przy nagłem pęknięciu rogówki, a więc nagłem otwarciu przedniej komórki, wystrzykuje z niej gwałtownie ciecz wodna, tęczówka zaś ulegając nadto naporowi cieczy, zawartej w tylnej komórce, pomyka z siłą ku przodowi i wypada przez rankę rogówkową na zewnątrz. Jeżeli uraz był bardzo gwałtowny, ulega również, odchodzące od ciałka rzęskowego i podtrzymujące soczewkę, więzadełko Zinna znacznemu bardzo napięciu, pęka samo, lub też przednia torebka pęka, a soczewka wyskakuje za tęczówką. Wszystko to nie może się odbyć bez gwałtownego szarpnięcia ciałka rzęskowego, — tworu niezmiernie tkliwego na wszelki uraz, — a więc bez bardzo znacznego bolu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zewnętrzna oznaka bolu, jest rzeczą nader względną i ściśle indywidualną, faktem jest jednak, że brak tej zewnętrznej oznaki, przy tak gwałtownym i niespodziewanym bolu, byłby czemś niezwykłem, jak również faktem jest, że według zeznań naocznych świadków (Z. $^{93}/_{6}$), poszkodowany nie objawił na zewnątrz bolu niczem, ani bezpośrednio po uderzeniu, otrzymanem w dniu 14. października 1901 rano, ani też w ciągu tego samego dnia. Przeciwnie bez okrzyku, a nawet skargi wziął się natychmiast do roboty i pracował w polu wraz z innymi przez cały ten dzień i połowę nastepnego.

c) Według zeznań matki poszkodowanego (Vr. $^{59}/_{8}$), zauważyła ona po powrocie syna z roboty w poniedziałek po Wiktoryi, a więc 14. października 1901 r. wieczór, »że oko jego lewe mocno łzawi«. Jest to dowodem, że wogóle zwróciła uwagę na oko. A jeśli tak, to jest rzeczą wprost niezrozumiałą, w jaki sposób mogła nie zauważyć, ani krwi, ani jej śladów, ani wypadniętej z rany ciemno zabarwionej tęczówki, skoro wszystkie te rzeczy, już swoją niezwykłością, nie mówiąc o barwie, muszą każdemu bardziej podpadać. niż przeźroczyste łzy, objaw zresztą zwykły i towarzyszący każdemu, choćby nieznacznemu zadrażnieniu oka.

Powyższe pod V. przytoczone okoliczności podają w wątpliwość, a w każdym razie nie pozwalają na stanowcze orzeczenie, czy opisane uszkodzenie oka powstało rzeczywiście skutkiem uderzenia, doznanego w dniu 14. października 1901 rano, czynią natomiast prawdopodobnem przypuszczenie, że mogłoby ono pochodzić od innego, później doznanego urazu.

VI. Myśl ta zasługuje tembardziej na uwagę, że wśród zeznań świadków istnieje wersya, jakoby poszkodowany początkowo miał twierdzić, że koń go uderzył w lewe oko głową, czy pyskiem. Według własnego zaś zeznania poszkodowanego powiedział on zrazu matce, »że koń go ogonem w to oko uderzył«.

Rana linijna lub łukowata, przebijająca rogówkę, powstać może bez skaleczenia powiek, albo wprost przez przecięcie narzędziem ostrem, trafiającem tylko samą rogówkę, albo pośrednio skutkiem zadziałania urazu narzędziem twardem, tępem, obłem.

Narzędzie to, co do rozmiarów i kształtu musi posiadać takie własności, aby mogło, działając przez powieki, — pomimo naturalnej ochrony, jaką stanowią wystający kostny brzeg oczodołu z trzech stron, a nos od wewnątrz — wywołać gwałtowne spłaszczenie gałki ocznej, która w miejscu największego napięcia, pęka. Narzędziem takiem może być bardzo łatwo (i często bywa) ręka ludzka, ale w pięść złożona, może być również pysk koński. Daleko trudniej wyobrazić sobie, aby to sprawić mogło uderzenie rozwartą dłonią, lub nawet »kantem rozwartej dłoni« (zeznanie poszkodowanego Vr. $^{59}/_{7}$), dlatego właśnie, że brzeg (kant) rozwartej dłoni jest za długi, aby mógł całą siłą rzutu zadziałać wprost na gałkę oczną, gdyż powstrzymują go w pędzie wystające brzegi oczodołu i nos.

Naturalnie, że pewności pod tym względem nigdy mieć nie można, gdyż przy wszelkich urazach największą rolę gra przypadek, a ten jest zawsze nieobliczalny. Opierać się w tych razach możemy tylko na większem, lub mniejszem prawdopodobieństwie.

Gdybyśmy atoli przyjęli pierwotne podanie poszkodowanego, że »koń go ogonem w to oko uderzył«, mogli-

byśmy najłatwiej i zupełnie zgodnie z zeznaniami świadków, a w szczególności matki poszkodowanego, cały przebieg zrozumieć i wytłómaczyć.

O ile *a priori* nie da się wykluczyć, czy już sam twardy włosień ogona końskiego nie mógłby przy silnem uderzeniu i pociągnięciu przeciąć rogówki, przypuścić należy, że tem snadniej mógłby to sprawić włos, na którym znajdowałby się zaschnięty i stwardniały, ostro-kańciasty kawałeczek kału, błota i t. p. Po takiem przecięciu rogówki odpłynie wprawdzie ciecz wodna i musi stale, jak długo otwartą jest ranka i nadal wypływać, ale nie musi natychmiast wypaść tęczówka. Jeżeli w naszym przypadku tak rzecz się miała, zrozumieć łatwo, dlaczego matka poszkodowanego zauważyła w dniu krytycznym (wieczór) tylko łzawienie, a nie widziała ani krwi, ani wypadniętej tęczówki. (Świeża ranka rogówki o brzegach gładkich i nienacieczonych może bardzo łatwo ujść uwagi. Można nawet powiedzieć, że czasami niełatwo ją zobaczyć). Przez noc z 14. na 15. października w czasie snu, a więc zupełnego spokoju, musiały brzegi ranki zlepić się, a wytwarzająca się ciecz wodna utworzyć nanowo i wypełnić przednią komórkę. Wśród pracy dnia następnego, t. j. 15. października (a P. woził tego dnia gnój) musiało, przy nagłym jakimś wysiłku, n. p. szybkiem dźwignięciu ciężaru lub czemś podobnem (przy nakładaniu gnoju jest dość do tego sposobności), powstać nagle podniesienie ucisku śródocznego, pod którego naporem pękła nagle świeżo zlepiona ranka, wystrzyknęła ciecz wodna i wypchniętą niejako została tęczówka i soczewka na zewnątrz. Jeżeli rzecz istotnie tak się miała, to tłómaczyłoby to również nagłe wystąpienie tego gwałtownego bolu dopiero w dniu 15. października, który nie pozwolił P. dokończyć pracy i zmusił przerwać ją w połowie dnia.

VII. Przy pierwszych oględzinach sądowo-lekarskich w dniu 19. października 1901, jakoteż w szpitalu w dniu 22. października, stwierdzono w górnej połowie rogówki starą bliznę. A nawet obecnie na spłaszczonej, zmniejszonej i zbliznowaciałej rogówce, można spostrzedz w górnej jej połowie zmiany niewątpliwie dawniejszego pochodzenia. Świadczy to niezbicie o tem, że widzenie tem okiem było już oddawna, od czasu powstania »skałki«, a więc od dzieciństwa upośledzone, co też P. w zeznaniu swem z 19. października 1901 (Vr. $^{59}/_{7}$) przyznaje. Do jakiego stopnia dochodziło to upośledzenie, dzisiaj orzec niepodobna. To jest jednak pewnem, że upośledzenie musiało być bardzo znaczne, skoro poszkodowany, który uważa swoje prawe oko za bystro widzące (chociaż niem bez szkieł palce tylko na 3—4 m. odróżnia), sam zauważył, że lewe oko gorsze było od prawego. Twierdzenie więc poszkodowanego, wypowiedziane dodatkowo w dniu 25. listopada 1901, że przed uderzeniem w dniu 14. października 1901 rano, na oko uszkodzone dobrze widział, jest przeto niezgodne z prawdą. Dodać tu należy, że »martwa kostka«, czyli pod 1) oględzin opisany kaszak, wcale na widzenie tem okiem wpływać nie mógł.

Według wiadomości, których udzielono nam łaskawie w sądzie, nie doszło w tym przypadku do rozprawy, gdyż Prokuratorya Państwa odstąpiła od oskarżenia.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika jednak, że mogło to się skończyć zupełnie inaczej, gdyby prokurator nie był zażądał wezwania okulistów. Znamiennym jest powód, który skłonił go do tego. Z odezwy prokuratora widocznem jest, że był zadowolony z całego protokołu oględzin i orzeczenia poprzednich znawców, a miał tylko wątpliwości co do oceny skutków uszkodzenia i to tylko dlatego, że »w identycznym (jak mu się zdawało) przypadku, okuliści byli odmiennego zapatrywania (co do trwałego osłabienia wzroku) od lekarzy znawców, którzy wydali orżeczenie w odnośnym sądzie powiatowym«. Gdyby jednak ten przypadek dostał się był w ręce prokuratora, który nie miał sposobności uczynić takiego doświadczenia i zadowolił się orzeczeniem pierwotnem, to O. byłby sądzony, i być bardzo może skazany za zbrodnię, której według wszelkiego prawdopodobieństwa nie popełnił.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hackenbruch. **W sprawie doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 32). Ulepszenie operacyi Bassiniego podane przez autora polega na tem, że z powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego tworzy dwa płaty. Płat wewnętrzny (środkowy) przyszywa razem z mięśniem wewnętrznym (jako dno kanału nowego) do więzu pachwinowego, na to kładzie sznur nasienny, a górną ścianę kanału tworzy z zewnętrznego płatu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Przez to obecnie kanał utworzony jest ze zdwojonej blaszki powięziowej, jest przeto znacznie silniejszy, jak przy zwykłej operacyi Bassiniego, gdzie do dolnej ściany używa się tylko mięśni, zwykle zanikłych i przerywających się przy szyciu. Oprócz tego worek zaopatruje podług Kochera. Wyniki (68 przypadków) bardzo dobre. *K.*

Nast-Kolb. **Operacya przepuklin pachwinowych i udowych w znieczuleniu miejscowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 33). N. K. poleca operować przepukliny wspomniane jedynie w znieczuleniu miejscowem. Używa do tego celu 1% novokainy i zwykle 25—30 ctm. wystarcza z roztworu zupełnie. Zwłaszcza nadają się do tego znieczulenia przepukliny uwięzgnięte (tu często wystarcza tylko znieczulenie skóry), dalej wolne przepukliny pachwinowe i udowe. Nie należy operować w znieczuleniu miejscowem dzieci, osób nerwowych i przy silnych zrostach. Przed operacyą podaje N. K. 0,015 morfiny podskórnie. Najpierw znieczula się skórę w linii cięcia, potem głębsze warstwy, a w końcu sznur nasienny. Operować należy delikatnie i ostremi narzędziami a nie na tępo. Większych zakażeń po tych operacyach (?) autor nie spostrzegał. Znieczulenie miejscowe nie chroni od powikłań płucnych, które podług N. K. są tu tak częste (?). W końcu przyznaje autor, że czasem oryentowanie się jest bardzo utrudnione po wstrzyknięciu. *K.*

Helbing. **Przyczynek do techniki operacyi rozszczepu podniebienia.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 27). H. operuje dwuczasowo podług Wolffa-Langenbecka, t. j. płaty tworzy najpierw, a dopiero w 4—5 dni zeszywa je. W razie wielkiej szpary poleca ją zmniejszać stopniowo z pomocą dentystycznych przyrządów. *K.*

Winternitz. **Operacya rozszczepu podniebienia szwem płytkowym.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. 3). W. osiąga dobre wyniki operacyi rozszczepu przez założenie dwóch szwów płytkowych, które wywołują ściśle przyleganie linii szwu właściwego. Za najodpowiedniejszą porę do operacyi uważa czas między $1^{1}/_{2}$, a 2 rokiem życia i to w lecie, ze względu na mniejszą skłonność do nieżytów. *K.*

Nerking. **Uśpienie, a lecytyna.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 33). Według najnowszych zapatrywań działanie środka usypiającego polega na łączeniu się tegoż z lecytyną układu nerwowego. W tymczasowem doniesieniu donosi N. o próbach wpływania na korzystniejszy przebieg uśpienia przez śródżylne podawanie wśród uśpienia zawiesiny lecytyny. Z doświadczeń na zwierzętach odniósł N. wrażenie, że uśpienie przebiegało wtedy znacznie lepiej i szybciej występowało, jak u zwierząt kontrolnych. *K.*

Alt. **Operacyjne leczenie usznego porażenia nerwu twarzowego.** (*17. Zebranie niem. Tow. otolog.*). Porażenia nerwu twarzowego dają się usuwać jeszcze w dość długim czasie po powstaniu. Rzadko nerw bywa przerwany zupełnie i zniszczony, a wtedy uciekać się trzeba do połączenia z nerwem podjęzykowym lub dodatkowym. Zwykle nerw nie jest przerwany i wystarcza odsłonięcie kanału kostnego i odczyszczenie tegoż z ziarniny lub perlaka. W ten sposób postąpił A. w kilku przypadkach i osiągnął dobry wynik. *K.*

Capelle. **Nowy przyczynek do istnienia grasicy przy chorobie Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na fakt, że grasica pozostaje bardzo często na stałe u chorych na chorobę Basedowa. Zwłaszcza przy sekcyach osób zmarłych na tę chorobę wykazano grasicę w przeszło 80%. Po operacyi nagła śmierć u chorych takich występuje często, a objawy poprzedzające są typowe: nagła bladość, uczucie trwogi, słabnięcie tętna, zimny pot, a w kilka minut śmierć. C. przytacza 4 podobne przypadki śmierci z własnej obserwacyi i przestrzega zarazem bardzo przed operowaniem chorych na chorobę Basedowa przy podejrzeniu istnienia grasicy. Obecność grasicy jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do zabiegu. *K.*

Nast-Kolb. **Pośrednie złamania kości śródkowej stopy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35). Złamania pojedynczych kości śródstopia wystąpić mogą pośrednio bez wybitnego urazu i cechuje je zwykle ciastowaty obrzęk grzbietu stopy i bolesność przy chodzeniu. Dopiero badanie Röntgenem wyjaśnia sprawę. Poprzedza złamanie. a raczej pośrednią przyczyną jego jest spłaszczenie wysklepienia podeszwy. Na mocy swych spostrzeżeń zaleca też autor badać promieniami wszelkie podejrzane bole stopy i płaskie nogi bolesne, a często wynajdzie się złamanie. Leczenie polega na spokoju, okładach, ewentualnie opatrunku przylepcowym. *K.*

Heile. **W sprawie operacyi i leczenia następowego raka sutka.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 30). Lexer uzyskuje po operacyi raka sutka dobrą ruchomość kończyny górnej przez wyciągnięcie i zawieszenie (do góry) kończyny. Do tego samego celu dochodzi H. inną drogą, a mianowicie przeszczepia mięsień piersiowy mały na naczynia pachowe i poleca chorym zaraz używać kończyny, zakładając opatrunek głównie tylko w tym celu na klatkę piersiową. W większej liczbie przypadków rak sięga tylko do powięzi mięśnia piersiowego wielkiego, i wtedy mięsień mały można zachować. Celem przeszczepienia odcina H. mięsień rzeczony od żebra, pozostawia przyczep przy wyrostku kruczodzióbym, odczyszcza tylną powierzchnię z tłuszczu i przyczepia szwami katgutowymi wachlarzowato do mięśnia kapturowego i zębatego. Wprawdzie z czasem przeszczepiony mięsień zanika, ale i tak spełnia on swoje zadanie, bo nie dozwala naczyniom zrastać się ze skórą, co wywołuje potem zwykle zaburzenia w krążeniu krwi i limfy i obrzęki kończyny. Przez wczesne polecanie ruchów uzyskuje H. w 8 dni ten sam wynik, co Lexer przez swój wyciąg w znacznie dłuższym czasie. *K.*

Teleky. **W sprawie leczenia martwicy fosforowej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. II.). Spostrzeżenia swe opiera T. na 11 przypadkach, 10 z nich dotyczyło robotników z fabryk zapałek, a jeden kobiety, u której martwica powstała wskutek wewnętrznego zażywania fosforu przez 4 lata przy rozmiękczeniu kości. Za najracyonalniejsze uważa T. postępowanie zachowawcze, t. j. odczekiwanie utworzenia się martwiaków i następowe usuwanie tychże. W 4 przypadkach wycięto szczękę przedwcześnie i wynik był niedobry, bo sprawa chorobowa postępowała dalej. *K.*

Peiser. **O przeciwzaczynowem leczeniu ropnych spraw bez cięcia.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 26). W związku ze swemi poprzedniemi pracami donosi P. o wyleczeniu kilku ropni bez cięcia, surowicą przeciwzaczynową, uzyskaną z płynów z otrzewnej i jamy opłucnowej (po przesączeniu) zawierających obficie białko. Ropę usuwa P. strzykawką i na miejsce jej wstrzykuje trochę mniej surowicy, jak było ropy. Surowicę tę zostawia parę minut, potem wyciąga ją znowu i wstrzykuje świeżą. W ten sposób wyleczył duży ropień twarzy bez śladu, podobnie ropnie gruczołowe i t. p. *K.*

Spielmeyer. **Zmiany w układzie nerwowym po znieczuleniu stowainą.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 31). S. badał szczegółowo system nerwowy 13 osób, zmarłych wkrótce po operacyach, wykonanych w znieczuleniu lędźwiowem stowainą. W wypadkach, gdzie dawka stowainy była nizką, nie udało się wykazać żadnych zmian drobnowidowych w rdzeniu, natomiast tam, gdzie użyto więcej, jak 0·5 obserwować można było zwykle chromolyzę, którą jednak odnieśćby można i do cierpienia głównego, z powodu którego chorego operowano. Dopiero w wypadkach, gdzie użyto bardzo wielkiej dawki (0,12) i gdzie wśród znieczulenia wystąpiło porażenie oddechu zmiany w komórkach, zwłaszcza rogów przednich, były bardzo wybitne. Zmiany te odnieść należy do toksycznego, a nie mechanicznego działania stowainy, i do nich zaliczyć należy też porażenia mięśni ocznych po znieczuleniu. Wprawdzie też uszkodzenia układu nerwowego po znieczuleniu są zwykle przejściowe, mimoto jednak poleca S. zachowywać wielką ostrożność w dawkowaniu środka znieczulającego, zwłaszcza stowainy, i nie przekraczać dawek 0,05—0,07. *K.*

Kirstein. **O zesztywnieniu żuchwy.** (*Mediz. Klinik* Nr 29). Zesztywnienie żuchwy występuje najczęściej u ludzi młodych w następstwie urazów, spraw zapalnych tejże okolicy, gośćca, trypra, a także w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak płonicy, błonicy, krztuśca i t. p. Dłużej trwające zesztywnienie wywołuje niedorost kości żuchwowej, przezco twarz przybiera wygląd ptasi, cechujący to cierpienie. Leczenie powinno być operacyjne. Zesztywnienie kostne przedstawia dość poważne niebezpieczeństwa przy operacyi (zranienie nerwu twarzowego, tętnicy szczękowej wewnętrznej, kanału kostnego ucha, błony bębenkowej i t. p.). Wycinać należy dość, by wynik był dobry, ale za dużo też nie można, bo występuje potem zniekształcenie twarzy. Wynik końcowy zwykle jest znacznie gorszy, jak zaraz po zabiegu wskutek ściągania się blizny. Bardzo dobrze, gdy chory odmyka usta na 1—1·5 ctm. Czasem bardzo trudno rozpoznać, czy cierpienie jest jedno- lub obustronne. Nieraz przez pomyłkę otwierano staw zdrowy. Przy jednostronnem schorzeniu twarz wykazuje wybitną niepomiarowość (strona zdrowa jest większą, jak chora). Broda zwraca się przytem w stronę chorą. *K.*

Stich. **O wynikach operacyjnego leczenia gruźlicy stopy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 27). Leczenie zachowawcze gruźlicy stopy stosować należy jedynie w przypadkach świeżych bez przetok, przy dobrym stanie ogólnym i to u osobników młodych wtedy, gdy Röntgen nie wykaże za wielkiego zniszczenia kości. Zresztą nie należy zwlekać z leczeniem doszczętnem, które daje bardzo dobre wyniki, zwłaszcza u dzieci, gdzie ubytek kości zostaje wyrównany przez wzrost następowy. Zwykle w 77% zachowawczo leczonych przypadkach należy potem i tak przystąpić do operacyi. *K.*

Marx. **Zranienia ucha przy wybuchu fabryki roburitu w Witten.** (*Pos. zachod. niem. lek. gardl. i nszu.* Kolonia, 17. XI. 1907). Po wybuchu w fabryce roburitu miał M. sposobność obserwować poważną ilość uszkodzeń ucha, bo 150 przypadków. Z tego w 109 były uszkodzenia jednostronne. Wobec wielkiej liczby uszkodzeń, które nie zgłosiły się do lekarzy, wydał M. zaraz tego dnia odezwę brzmiącą: »Przy zranieniach błony bębenkowej nie należy ucha przestrzykiwać, jeżeli kto ma zaburzenia słuchu, niech ucho zatka watą i uda się do lekarza«. Chorzy skarżyli się przeważnie na silne bole, zwłaszcza przy łykaniu, głuchotę i szumy. Przeważnie uszkodzoną była błona bębenkowa, mianowicie spotykał M. pęknięcia promieniste (64), przeważnie od przodu i dołu, lub łukowe, a raz oderwała się cała błona bębenkowa na brzegu. Zupełną utratę błony spospostrzegał M. w 32 przypadkach. Leczenie polegało na zupełnym spokoju i tamponadzie przewodu usznego gazą kseroformową. W 32 przypadkach wystąpiło zropienie, z czego w 2 trzeba było dokonać wydłutowania wyrostka. Że leczenie zachowawcze ma największą racyę bytu, świadczy okoliczność, iż 15 przypadków leczonych przez innego lekarza kroplami usznemi i t. p. uległo zropieniu bez wyjątku. Tam, gdzie wystąpiło ropienie, gojenie naturalnie postępowało wolno i nadto częściej pozostały na stałe zaburzenia słuchowe, bo na 32 przypadków w 7. *K.*

Malis. **Skórne rozpoznanie gruźlicy przy cierpieniach chirurgicznych.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 93, Z. 3). Ze 105 przypadków badanych odczynem na gruźlicę, dochodzi autor do przekonania, że chorzy z gruźlicą chirurgiczną reagują znacznie silniej, jak chorzy z gruźlicą płucną. *K.*

Kraemer. **Zastosowanie odczynu ocznego do rozpoznawania chirurgicznych gruźlic.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. 3). U ludzi niegruźliczych odczyn oczny nie zjawia się w 97% u gruźliczych zaś zjawia się w 93%. Występuje on zwykle w 5—6 godzin, czasem później. Na 118 chirurgicznych przypadków w 14 rozjaśnił odczyn rozpoznanie. Dodatni wynik próby przemawia prawie napewno za istnieniem gdziekolwiek ogniska gruźliczego, ujemny czyni przypuszczenie gruźlicy bardzo nieprawdopodobnem. *K.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Antiforminę polecają Uhlenguth i Xylander do odkażania i odwaniania wody do picia, dalej zlewów, kanałów i stolców. Środek ten ma własność rozpuszczania drobnoustrojów i niszczenie toksyn i endotoksyn. *K.*

Łojotok leczy Schmidt krótkiemi i stałemi naświetlaniami promieniami Röntgena. *K.*

Gruźlicę kości poleca Hirschberg leczyć przedewszystkiem kąpielami słonecznemi w górach wysokich. Osiągnął on wyleczenie w ten sposób w przypadkach, gdzie już odcięcie kończyny miało być wykonane. *K.*

Frankfurcki związek higieniczny zorganizował bardzo chwalebną instytucyę, a mianowicie »Towarzystwo odkażania mieszkań« przy wybuchu choroby zakaźnej. Na telefoniczne wezwanie lekarza przybywa do domu chorego siostra Miłosierdzia, odpowiednio wykształcona i zarządza odkażenie, poucza rodzinę, przylepia plakaty ostrzegające i t. p. *K.*

Nowy środek nasenny Medinal solubile podaje fabryka Scheringa. Jestto sól jedno-sodowa kwasu diäthylbarbiturowego. Środek ten działa bardzo dobrze, podany w lawatywie (0,5—0,7 na 5,0 wody) lub też podskórnie (5 ctm. rozczynu 10%). Wewnętrznie podaje się 0,3—1,0 w rozczynie. *K.*

W przeroście stercza z zatrzymaniem moczu i kurczowem parciem poleca Bayer z Pragi rozszerzadło przez siebie zbudowane. Nie można go używać naturalnie w przypadkach ropnych i przebiegających z gorączką. *K.*

Wełniana bielizna przepuszcza na zewnątrz podług Cramera znacznie lepiej pot, jak bawełniana. *K.*

Leczenie kiły śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu poleca Spatz z Budapesztu. Najwyższa dawka pojedyncza 0,014. Wstrzykiwania te w razie, jeżeli żyły są szerokie, są zupełnie bezbolesne i łatwe w wykonaniu. Zaczyna się od 2 mg. rozczynu 1: 1000, a potem co 3 dni postępuje o miligram, aż do 10, poczem przechodzi się do rozczynu 2: 1000. *K.*

Gipsowy opatrunek na podudzie do zdejmowania podaje Fränkel. Składa się on ze strzemienia żelaznego, posiadającego po stronie zewnętrznej zawiasę i zwykłego gipsu, który po założeniu rozcina się od przodu i od tyłu. Kombinacya ta dozwala opatrunek każdej chwili wkładać i zdejmować. *K.*

Leczenie nerwobolu twarzy wstrzykiwaniami alkoholu podług Schlössera poleca bardzo Sicard na mocy 63 przypadków. Przy ewentualnych nawrotach wstrzykuje się ponownie. Skutek w razie dobrej techniki jest prawie zawsze pewny. Czasem nie udaje się wstrzyknięcie, zwłaszcza jezeli chory był przedtem leczony chirurgicznie lub też kanał kostny przebiega nieprawidłowo. *K.*

Leczenie wodniaka jądra wstrzykiwaniami adrenaliny (po wypuszczeniu płynu 2 ctm. rozczynu 1: 5000) według Mohra nie wywołuje wprawdzie zupełnego zaniknięcia wytwarzania się płynu ponownie, ale działa o tyle korzystnie, że płyn zbiera się znacznie wolniej i zawsze w mniejszej ilości, jak poprzednio. *K.*

W leczeniu wrzodu żołądka poleca Köhler kapsułki gelatynowe z oliwą, a 3,0 po 6—10 sztuk dziennie. Gelatyna działa tu także odżywczo i wstrzymująco na krwotok. *K.*

Przy ostrym nieżycie nosa poleca Löwy zakładanie do przewodów nosowych tamponów napojonych 10% protargolem na parę minut kilka razy dziennie. Bardzo dobrze robią także wdechiwania:

Menthol 4,0.
Camphor. 2,0,

z rozczynu tego daje się kilka kropli do wrzącej wody i wdecha przez nos. *K.*

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Pierwszą aptekę nadworną założono w Moskwie w r. 1581 pod kierunkiem aptekarza anglika Dhemsona Frenshana, przysłanego do Rosyi na prośbę Iwana IV. przez królowę angielską Elżbietę. Lekarstwa w początkach sprowadzano poczęści z Anglii, inne kupowano w składach handlowych moskiewskich. U kupców wschodnich nabywano: korę chinową, rzewień, kamforę, wronie oko i t. d. Lekarze cudzoziemcy przywozili zwykle sami niektóre lekarstwa i narzędzia chirurgiczne. Pierwsze składy apteczne rządowe założono w Mohylowie, Połocku i Archangielsku dla potrzeb wojennych; sprzedawano w nich leki zwykłe i silnie działające. Pomimo tego, że w czasach późniejszych dla zakupu lekarstw wysyłano osobno komenderowanych urzędników zagranicę, jednakże skład aptekarski w Archangielsku był głównym rynkiem zakupu leków w Rosyi. Dla zbierania roślin, traw, korzeni i t. d. zorganizował »prikaz aptekarski« włościan, którym zaliczano to na rzecz powinności ziemskiej. Niekiedy komenderowano do tego cyrulików, kostoprawów, a nawet lekarzy. Trudność zbierania roślin w odległych nieraz miejscowościach, niesumienność zbieraczy, psucie się przy przesyłkach, skłoniły rząd do zakładania ogrodów aptekarskich i uprawy roślin leczniczych w Moskwie.

Rząd moskiewski starał się przed zagranicą udowodnić swoją postępowość urządzeniem apteki nadwornej z wielkim komfortem, a chcąc przyciągnąć lekarzy i aptekarzy cudzoziemców, rozpuszczał pogłoski o wielkiej gaży, jaką im płaci. Służba w aptece była jednak bardzo uciążliwa; aptekarze od 2 po północy do wieczora nie mieli prawa opuścić apteki, a za opuszczone dnie podlegali wysokim grzywnom. Po otworzeniu nowej apteki w r. 1673 wzbroniono sprzedaży leków w innych handlach i od tego czasu bierze w Rosyi początek prawo monopolu aptecznego. Największe dochody miały apteki ze sprzedaży spirytusów, wódek: cynamonowej, gwoździkowej, kminowej, cytrynowej i t. d. Trzecia apteka w Rosyi otwarta została w r. 1682 z rozkazu Fedora Aleksiejewicza przy szpitalu cywilnym. Była jeszcze wprawdzie podróżna apteczka carska, zwana »mniejszą«, składająca się ze skrzyń z lekami; oprócz nastojów, ziół, naczyń, znajdowały się tam olejki, eliksiry, sole, syropy, plastry, proszki, a pomiędzy innemi syrop z kopyt źrebaka, »duch z robaków«, »duch z mrówek« i t. d. i najdroższy, róg jednorożca (»kost inrogowa«), panaceum przeciw wszystkim chorobom i otruciom.

Rozwój aptek prowincyonalnych związany jest ściśle z rozwojem medycyny wojskowo-pułkowej. Rosya w w. XVII przedstawia obóz wojskowy, rozrzucony na południu, wschodzie i zachodzie. Przekształcenie wojska na sposób cudzoziemski nie pozostało bez wpływu i na służbę lekarską. Lekarstwa dostawiały do pułków składy prowincyonalne i komendanci pułków zdawali z tego sprawę. W drugiej połowie XVII w. otwarto apteki pułkowe na Donie, w Astrachaniu, Wilnie, Kijowie, Nowogrodzie, Kursku i t. d. i cywilne: w Wołogdzie, a w 1679 w Kazaniu, które miały znaczny odbyt. Inne wolne apteki zaczęły powstawać za Piotra Wielkiego, który ukazem z r. 1701 otwiera 8 aptek. Pomimo zniesienia ceł na lekarstwa i znacznych zasiłków rządowych przybywało aptek powoli. W Petersburgu pierwsza wolna apteka powstała zaledwie w r. 1760, w Kałudze i Symbirsku w r. 1778, w Permie w r. 1786 i t. d. Trudność zakładania aptek w odległych miejscowościach powiększała trudność nabywania lekarstw i szkła, sprowadzanego wyłącznie z Hamburga.

Większość lekarzy stanowili cudzoziemcy; holendrzy, francuzi i niemcy, lecz niewielu tylko przeszło szkołę naukową: reszta uczyła się u lekarzy praktykujących i cenzus naukowy ich nie był wyższy od wiadomości miejscowych Rosyan, kończących »prikazną szkołę« z 2—5 letnim kursem Piotr I., sprowadzając wielu lekarzy z zagranicy, obniżył poziom wykształcenia lekarzy kształcących się w kraju. Cudzoziemcy jadący do Rosyi liczyli na łaski i przywileje, na które bynajmniej nie zasługiwali, bo byli to najczęściej szarlatani, których potem często musiano wydalać z granic państwa. Niektórym lekarzom powierzano misye dyplomatyczne; przyjeżdżali zwykle z rodziną i liczną służbą, otrzymując znaczne fundusze na koszt podróży w pieniądzach i w naturze: zbożu, żywym inwentarzu, drogich materyach, futrach i t. d. Służba otrzymywała osobno pieniądze na drogę i podarki, a zabieranie służby było koniecznością, ponieważ według ukazu carów Fedora Iwanowicza, Michała Fedorowicza i Aleksieja Michajłowicza u »niewiernych i niechrzczonych cudzoziemców« wzbraniano prawosławnym służyć »cztoby christiańskim duszom oskwernienia nie było«. Przyjeżdżający lekarz cudzoziemiec udawał się do urzędu (prikazu) poselskiego, w którym przedstawiał szczegółowe sprawozdanie, gdzie się uczył medycyny i praktykował, a następnie musiał udowodnić swą znajomość sztuki lekarskiej, lecząc rannych i chorych i wykonać przysięgę. Lekarze cudzoziemcy, według opisów byli wielce poważani. Doktorowie otrzymywali ogromne na owe czasy sumy: od 10—19 tys. rubli, lekarze od 1400—2000; kostoprawy od 250—800 rs. rocznie i t. d. Chciwi mogli zawsze, podając »prośbę czołobitną« do cara, prosić o zwiększenie utrzymania, a przyjmujący prawosławie stawali się carskimi poddanymi i tra-

cili prawo powrotu do ojczyzny; gdyby samowolnie usiłowali powrócić, groziła im kara knuta. Rząd moskiewski już wówczas niemałą robił różnicę pomiędzy lekarzami protestantami i katolikami. Kiedy protestanci chętnie byli przyjmowani na służbę i już w XVI w. budowali swe świątynie, katolików na służbę nie dopuszczano; wjazd do Moskwy był katolikom wogóle wzbroniony; wyjątek w tym względzie stanowi epoka Samozwańców. Obawiano się, aby katolicy, jako fanatyczniejsi i energiczniejsi, nie szerzyli propagandy; natomiast protestantów nietylko tolerowano, ale korzystali oni z pewnych swobód i opieki rządu i zdobywali coraz większe przywileje. Po długich staraniach otrzymali pierwsi lekarze holenderscy w r. 1632 prawo najmowania służby prawosławnej. Dzięki przywilejom i dobrym warunkom materyalnym, a małym zajęciom służbowym, pędzili lekarze czas prawie bezczynnie i leniwieli. Całe ich zajęcie polegało na tem, że musieli się zjawiać codziennie do »aptekarskiego prikazu« »s pokłonom k bojarinu« i dowiadywać się, czy nie ma jakiegoś polecenia, które dotyczyło oględzin chorych urzędników, leczenia niektórych z nich według carskiego ukazu, a głównie carskiej rodziny, która jednak zwracała się do pomocy lekarskiej tylko w razach wyjątkowych. Nie mniej lekarze carscy ukrywali swoją bezczynność, donosząc wciąż w raportach, że czas spędzają na studyach i wczytywaniu się w księgi, jakby lepiej zachować zdrowie »jeho carskoho weliczestwa«. Oprócz nagród pieniężnych otrzymywali lekarze cudzoziemcy od carów wyższe stopnie naukowe. Tak n. p. Boris Godunow w r. 1601 nadaje dyplom doktorski Krzysztofowi Ritlingerowi. Aleksiej Michajłowicz w r. 1672 nadaje stopień doktora medycyny niejakiemu Stefanowi Tungadonowu (właściwe nazwiska von Haden), który był początkowo 3 lata cyrulikiem w Kijowie, następnie 3 lata lekarzem, później dano mu stopień pod-doktora, a nareszcie doktora. Wydano też dyplomy doktorskie z rozkazu W. księcia w r. 1676 lekarzowi Szymonowi Sommerowi, a w r. 1679 lekarzowi Jagonowi Gutmenschowi. Na zachodzie pierwszy dyplom doktorski wydano w XII wieku w Salerno, w wieku XIII wydają go wszystkie uniwersytety; w średnich wiekach wydają dyplomy doktorskie papieże, a w Anglii arcybiskup Kanterberyjski. Wydawanie jednak dyplomów w państwie moskiewskiem tem jest dziwniejsze, że nie było tam wyższych szkół lekarskich. Nie ma wiadomości, czy aspiranci do wyższych stopni (doktorskich) zdawali w Rosyi jaki egzamin, ale doszedł do naszych czasów opis egzaminu, zdawanego przez przyjezdnego aptekarza na stopień lekarza, któremu zadawano mniej więcej takie pytania: »Co aptekarz powinien umieć i wiedzieć, co się zowie mądrością lekarską, jakie rany powinien lekarz znać« i t. p. Z protokołu tego egzaminu dowiadujemy się, czego wymagano od lekarza: »oczyma w ostro gladiet, serdcem śmieło i nietoropliwo, ruka logkaja i niedrożała b.«

Autor zbija twierdzenie, że pierwsza szkoła lekarska została otwarta przy nadwornym szpitalu wojskowym w r. 1706 przez Bidloo i że szkoła taka istniała już w moskiewskim okresie historyi Rosyi. Początkowo wysyłano uczniów na naukę za granicę, co wielce było utrudnione przy braku chętnych, nieznajomości języków i niekulturalności młodzieży, przyczem i zacofani rodzice na wyjazd dzieci za granicę patrzyli z uprzedzeniem i niechęcią. Wysyłano przeważnie dzieci lekarzy cudzoziemców; pierwsi ci pionierowie wiedzy wyjechali za rządów cara Michała Fedorowicza, a pokończywszy za granicą uniwersytety i uzyskawszy stopnie naukowe, otrzymali w Rosyi urzędy. Śladów swej działalności ani praktycznej, ani społecznej nie pozostawili po sobie.

Praktykę lekarską utrudniała cudzoziemcom bardzo nieznajomość języka, musieli przeto porozumiewać się przez tłómaczów. Początkowo lekarze cudzoziemcy wypowiedzieli walkę moskiewskim znachorom, leczącym ziołami i korzeniami, lecz w końcu musieli sami przystosować się do wymagań tradycyjnych i przyjąć do swego arsenału leczniczego florę miejscową. Odkąd cudzoziemcy poznali ludowe lecznictwo rosyjskie, zaczęli sami kierować zbieraniem roślin według spisu »aptekarskiego prikazu«. Wybór ten środków leczniczych roślinnych posłużył następnie za pewną wskazówkę dla zbiorów farmakognostycznych.

Stopniowo przybyłych z zagranicy cudzoziemców pomocników lekarzy, jak aptekarzy, chirurgów i t. d., zaczęto zastępować Rosyanami. Od połowy XVII w. zwiększają się stawiane im wymagania, musieli oni studyować w polu rośliny, rozpoznawać je i następnie przedstawiać spis chorych, których wyleczono i jakimi środkami; wtenczas tylko dawano dyplom. W r. 1678 dla ułatwienia uczniom poznania teoryi medycyny rozpoczęto naukę języków: łacińskiego, niemieckiego i polskiego. Pierwszych dwóch uczono w szkole w Moskwie i w niemieckiej słobodzie. Polski i łaciński wykładali Szymon Potocki, Krzysztof Synoradzki i tłomacz Jan Wasiutyński. W owych czasach nauka nasza, bujnie rozkwitająca, krzewiła wiedzę zachodnią w państwie moskiewskiem, oddzielonem zresztą od Europy prawdziwym chińskim murem. Do najpopularniejszych dzieł lekarskich należały w Moskwie podręczniki lekarskie polskie z XVI w., dla których zrozumienia młodzież uczyła się po polsku. Szczególną sławą cieszyły się wydawnictwa krakowskie, jak księga lekarska Jana Czornego z r. 1517, Zielnik Spiczyńskiego z r. 1542 »Problemata« z r. 1567, »Ochładzający Wetohrod« z r. 1523. Ta ostatnia księga stanowiła rodzaj encyklopedyi medycyny obejmującej anatomię, fizyologię, dyagnostykę, patologię, terapię, farmakologię i t. d.; przytoczono w niej 45 orzeczeń starożytnych powag, począwszy od Platona do Hipokratesa. Wiele z dzieła tego czerpali współcześni badacze medycyny ludowej: Zmiejew, Floriński i inni. Oprócz tego »aptekarski prikaz« korzystał w całości z dzieła naszego sławnego Szymona Syreniusza, wydanego w Krakowie w tłumaczeniu słowiańskiem. Zalecano kupować i tłómaczyć dzieła lekarskie i z innych języków. Tak n. p. lekarzowi Wilimowi Horstenowi w r. 1678 kazano kupić w Wilnie i w Gdańsku kilka najlepszych dzieł lekarskich. Zaledwie w XVIII w. podręczniki cudzoziemskie zostają wyparte przez liczne rosyjskie przeróbki i skrócenia z różnych dzieł; stare zielniki rosyjskie tracą też wtedy w oczach lekarzy moskiewskich wszelkie podstawy naukowe. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy wybrany na Walnem Zgromadzeniu w dniu 16. lipca 1908 r. odbył dotąd trzy posiedzenia. Na pierwszem z nich w dniu 27. lipca b. r. uchwalono zmienić administracyę Towarzystwa w ten sposób, ażeby korespondencye były prędzej załatwiane, i ażeby braki w administracyi spowodowane śmiercią trzech bardzo zasłużonych członków Wydziału, t. j. ś. p. Prof. Jordana, Dra Langiego i Dra Słapy jaknajdokładniej wyrównać.

Ponieważ wobec zamierzonej zamiany »Samopomocy« na »Związek krajowy lekarzy« dochodziły Wydział bardzo różne głosy od kolegów, ponieważ jedni witają nową myśl z zapałem, drudzy zaś postanowili nie przystąpić do »Związku«, a nawet wystąpić z »Samopomocy«, przeto Wydział odpisał występującym, jak następuje: »Towarzystwo Samopomocy lekarzy dotąd nie zamieniło się na »Związek lekarzy w Galicyi« i nie nastąpi to prawdopodobnie przed upływem b. r. Obecnie Wydział z polecenia Walnego Zgromadzenia zajęty jest próbą utworzenia organizacyi na zasadach zawartych w statucie Związku krajowego lekarzy. O ileby ta zamiana nie okazała się praktyczną, Walne Zgromadzenie zapewne postanowi, co należy dalej czynić. Dlatego nie jest jeszcze przesądzonem, jakie formy przyjmie organizacya lekarzy w Galicyi, i ile będzie wynosiła wkładka. W każdym razie przepisuje §. 12. statutu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, że wystąpienie z Towarzystwa jest ważnem od 1-go dnia najbliższego roku administracyjnego po dacie zgłoszenia, musi zatem W. P. kolega uważać się za członka Towarzystwa do końca b. r. — Według brzmienia §. 2. regulaminu Kasy pogrzebowej, członkiem jej może być tylko członek Towarzystwa Samopomocy lekarzy, a więc i to prawo straciłby W. P. kolega przez wystąpienie z Towarzystwa.

Z tych wszystkich powodów żywi Wydział nadzieję, że W. P. kolega nie wyłączy się od solidarnej organizacyi lekarzy w Galicyi, i prosi o rychłą odpowiedź«.

List ten odniósł pożądany skutek, bo wielu kolegów cofnęło swoje wystąpienie z Towarzystwa, a spodziewać się należy, że i inni to samo uczynią.

Posiedzenie Wydziału w dniu 22. sierpnia b. r. było czysto administracyjnem. — Na ostatniem posiedzeniu odbytem 2. września b. r. przedłożył skarbnik Towarzystwa sprawozdanie kasowe po objęciu Kasy od swego poprzednika, nadto inni referenci poszczególnych instytucyi przy Towarzystwie zdali sprawę ze swoich czynności. — Oddział komercyjny nie znalazł u lekarzy należnego poparcia, i dlatego postanowiono go zwinąć, a tylko rozpoczęte już sprawy doprowadzić do końca.

Kasa pogrzebowa pozostała nadal pod kierownictwem Dra Władysława Murczyńskiego (Sienna 7), oddział należytości u Dra Stanisława Jaugustyna (Sławkowska 20), administracya znaczków

receptowych u Dra Władysława Żydłowicza (Floryańska), ajencyę Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń objął Dr Józef Owsiński (Szpitalna).

Cholera w Rosyi. Dla cudzoziemca dziwną z początku wydać musi się rzeczą, dlaczego w Rosyi corocznie grasuje cholera. Jeżeli jednak pozna bliżej stosunki, dziwić się już temu nie będzie. Pomijam już nizki stan kultury i brak zrozumienia głównych zasad higieny, a nawet czystości. Już sam rodzaj i sposób odżywiania się niższych klas usposabia do tej choroby, zwykle też z reguły cholera atakuje najpierw osobniki klasy biedniejszej. Robotnicy odżywiają się tu w lecie głównie kawonami, śledziami, nasionami arbuza i słonecznika (które żują ciągle i wypluwają łuski na ulicy), dalej surowymi ogórkami, owocami niezawsze dojrzałymi i t. p., popijając te wszystkie przysmaki wodą nieraz wprost z Dniepru wziętą. Dodać tu należy, że u większej ilości osobników bywa żołądek stale wskutek nadmiernego używania alkoholu znacznie osłabiony. W Kijowie dopiero obecnie będzie miasto zaopatrywane w wodę artezyjską, bo dotąd posługiwano się z powodu małej wydatności dotychczasowych studzien, filtrowaną wodą dnieprową, która przedstawia się jako płyn żółtawy, tworzący osad i zawierający nawet po przefiltrowaniu różne domieszki, zwłaszcza pchły wodne. I woda artezyjska nie jest idealną, a po odstaniu tworzy także osad. Wprawdzie zarządzenia sanitarne przeciw cholerze są tu energiczne, lekarze jednak ważniejszych zarządzeń sami wydawać nie mogą, bo są tylko wykonawcami poleceń »z góry«. Jakże tu nawet wprowadzać w życie zasady higieny, gdy miasto tak wielkie i bogate nie może nawet zdobyć się na bruki, dobrą kanalizacyę i jakątaką czystość placów, po których walają się różne odpadki. Jeżeli dodamy do tego brak ścisłego nadzoru i badania środków spożywczych, to nie dziw, że epidemie wybuchają jedna po drugiej, a roznoszą je po całym kraju ciągle wędrujący; zwłaszcza pątnicy, udający się do świętych miejsc. W przepełnionych więzieniach grasują stale tyfusy. O higienie kaźni jeszcze nawet wyobrażenia tam niema. *Klęsk.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. do 12. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 13, płonicy 17 (1), odry 10 (1), duru brzusznego 8 (7), cholery dzieci 3. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 1), kokluszu 1 † 1, płonicy 99 † 11 (17 † 2), duru brzusznego 8 (3), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Miejski Urząd Zdrowia prosi wszystkich pp. lekarzy, zamieszkałych w Krakowie, aby jak najrychlej podali do wiadomości swoje adresy mieszkań, godziny ordynacyjne i numery telefonów tak, aby daty te można było umieścić we wykazach, z których wiadomości czerpią wydawnictwa peryodyczne, kalendarze i t. p. Wiadomości te należy podawać zapomocą kartki korespondencyjnej.

Lwów. W klinice chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera wolne jest miejsce elewa rządowego, do którego przywiązana jest remuneracya z rocznych 600 koron. Zgłaszać się należy o tę posadę wprost do Dyrektora kliniki.

Z różnych stron. Izba lekarska w Pradze uchwaliła założyć protest przeciw zbyt wysokiemu opodatkowaniu lekarzy. Zbyt częste podnoszenie należytości podatkowych nie idzie progresywnie, lecz robi zupełnie niewytłómaczone skoki. Jakkolwiek od czasu do czasu wnoszone rekursa odnoszą pożądany skutek, mimoto jest on zawsze tylko doraźny, bo na rok następny wymiar znowu śrubują władze bezgranicznie.

— W berlińskim szpitalu Virchowa wybuchła endemia, obejmująca około 100 osób, prawdopodobnie paratyfusu.

— W Rosyi między 15. a 21. sierpnia było przypadków cholery 1,145, z czego zmarło osób 517.

— Palenie zwłok zaczyna coraz więcej wchodzić w życie. Najwięcej pieców mają Stany Zjednoczone, potem Włochy, Niemcy, Anglia i Francya. W zeszłym roku w Stanach Zjednoczonych spalono 4,000 zwłok. w Niemczech 2,977. *K.*

Mianowani: Dr Stefański docentem patologii ogólnej w Odessie; Fischer profesorem patologii w Kolonii; Spratling profesorem fizyologii w Baltimore; Knopf profesorem fizyoterapii i Hunter profesorem fizyologii w Nowym Yorku.

Redakcya otrzymała: Szumowski: Druga połowa wieku XVIII. jako okres przełomowy w dziejach medycyny. (Wykład habilitacyjny). — Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej uchwalony podczas zeszłorocznego Zjazdu przyrodników i lekarzy. — Zaleski (Płock): W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Rok XLVII. Kraków, dnia 26. września 1908. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z polikliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Nowe spostrzeżenia w dziedzinie zaburzeń czucia w niektórych chorobach nerwowych.

Podał

Prof. Dr Jan Piltz.

(Doniesienie tymczasowe).

Od czasu otwarcia polikliniki chorób nerwowych w Uniwersytecie Jagiellońskim miałem możność śledzić dużą ilość organicznych chorób nerwowych. Zrobiłem przy tej sposobności pewne spostrzeżenia, które, o ile z dostępnej mi literatury mogę sądzić, dotychczas jeszcze nie są znane. Nie mając obecnie czasu na wyczerpujące opracowanie tych spostrzeżeń, spieszę podać przynajmniej krótką o nich wzmiankę.

Spostrzeżenia moje dotyczą zaburzeń czucia przy jamistości rdzenia *(syringomyelia)*, wiądzie *(tabes dorsalis)*, zapaleniu wielu nerwów *(polyneuritis)*, zapaleniu nerwów *(neuritis)*, połowiczem porażeniu *(hemiplegia)*, rwie kulszowej *(ischias)* i stwardnieniu rozsianem *(sclerosis disseminata)*.

Jamistość rdzenia *(syringomyelia)*. We wszystkich prawie obserwowanych przypadkach oprócz zwykłej dissocyacyi, niesłusznie syringomyelityczną zwanej, polegającej na zaburzeniach w dziedzinie czucia bólowego i termicznego przy zachowanem czuciu dotykowem, znajdowałem w dziedzinie czucia bólowego i termicznego między innemi zupełną dissocyacyę, czyli rozszczepienie czucia bólowego, czucia na zimno i czucia na ciepło, a mianowicie w ten sposób, że powierzchnia ciała, w której istniało upośledzenie czucia bólowego zupełnie była i co do wielkości i co do kształtu swego inną od powierzchni ciała, w której istniało upośledzenie czucia na zimno, a ta ostatnia była znów inną od powierzchni, w której istniało upośledzenie czucia na ciepło. Wskutek tego te 3 powierzchnie nie pokrywały się wzajemnie, granice ich rozbiegały i częstokroć przecinały się wzajemnie. Prócz tego stopień upośledzenia czucia na ból, ciepło i zimno był u nich zazwyczaj zupełnie różny.

Przy szczegółowem badaniu otrzymywałem w obrębie każdej z tych 3 wymienionych powierzchni tyle szczegółów, że niepodobna było badać równocześnie na wszystkie trzy rodzaje czucia. To też zwykle badałem każdy rodzaj czucia oddzielnie i dopiero po wrysowaniu znalezionych zaburzeń czucia, zaznaczonych dermografem na ciele chorego, na odpowiedni schemat, przystępowałem do badania innego rodzaju czucia. Przy tej sposobności zaraz nadmienić muszę, że badanie jednego rodzaju czucia wymagało zwykle mniejwięcej od 8 do 10 godzin czasu. Badając w ten sposób przekonałem się, że prawie we wszystkich przypadkach istnieją obok t. zw. korzonkowych, czyli radykularnych tak zwane »centralne«, czyli »peryferyczne« zaburzenia czucia.

»Centralny« typ zaburzeń czucia — inni autorowie nazywają ten właśnie ten typ »peryferycznym« — obserwował przy jamistości rdzenia pierwszy Charcot. Po nim opisywali to samo Parmentier, Debove, Souques, Gille de la Taurette, Zaguelman, Brissaud, Raymond, Brühl, Critzmann, Miller, Meder, Hatschek, Aneyrat i Crétien i inni.

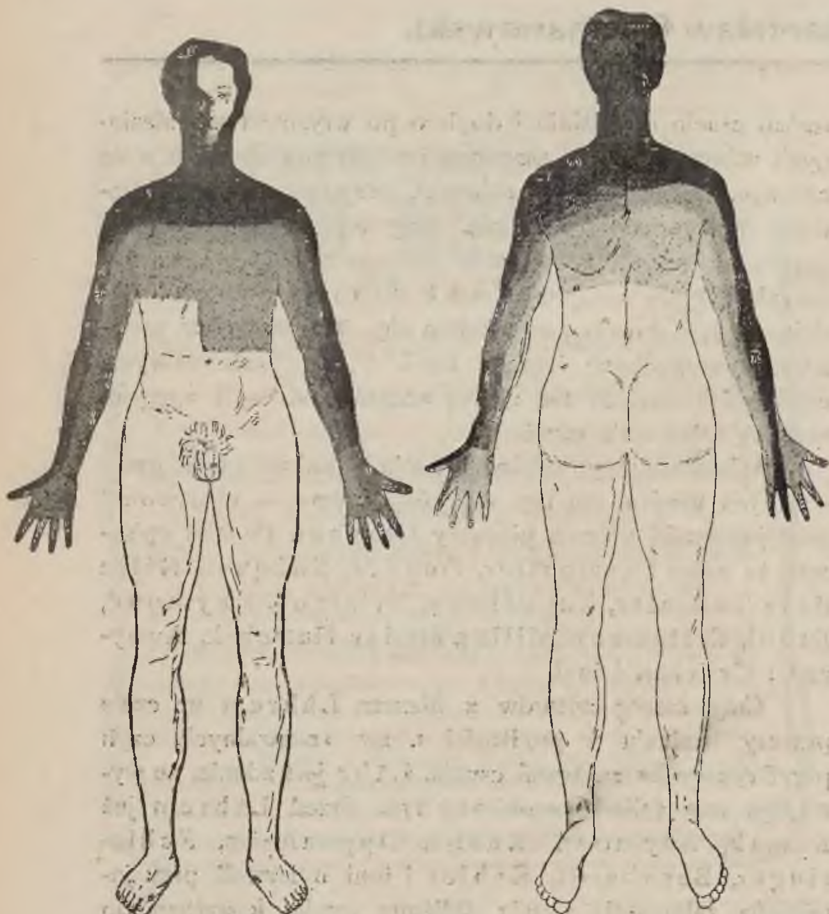
Cały szereg autorów z Maxem Lähr em na czele przeczy istnieniu w jamistości t. zw. »centralnych, czyli peryferycznych« zaburzeń czucia. Lähr jest zdania, że występuje tam tylko korzonkowy typ. Przed Lährem już Remak, Raymond, Runge, Oppenheim, Schlesinger, Bernhardt, Kahler i inni opisywali przy jamistości zaburzenia czucia zbliżone swoim kształtem do typu korzonkowego. Korzonkowe zaburzenia czucia opisywali dalej Hahn, Dejerine, Leyden i Goldscheider, Oppenheim, von Sölder, Van Gehuchten, Huét i Guillan, Huét i Céstan, Ferranini, Fargues i inni.

Huét i Guillain są zdania, że zaburzenia czucia w syringomyelii mają już od samego początku choroby stale typ korzonkowy. Dejerine i Schlesinger zaś piszą, że w początkowych okresach choroby spotykali właśnie typ »centralny (peryferyczny«). Niektórzy autorowie śledzili przy jamistści rdzenia jużto »centralny peryferyczny«), jużto korzonkowy typ zaburzeń czucia, jak n. p. Knapp i Schlesinger. Według Hahna i Schlesingera typ korzonkowy przeważa; zdarzają się jednak i formy mieszane, przejściowe, gdzie typ »centralny (peryferyczny«) występuje na tle korzonkowego, czyli radykularnego lub w obrębie topografii radykularnej.

Prawie we wszystkich śledzonych przezemnie przypadkach jamistości rdzenia udało mi się wyodrębnić na tułowiu cały szereg pierścieni, a na kończynach kilka podłużnych pasów, w których stopień nasilenia zaburzenia czucia był

rozmaity. Niekiedy ilość tych pierścieni i pasów i ich ułożenie (topografia) przypominały schematy Thorburna lub Kochera. Częściej jednak na kończynach granice poszczególnych pasów odbiegały od granic podanych w tych schematach.

Podłużne pasy na kończynach przebiegały przeważnie w sposób zupełnie nieprawidłowy i często wężowato naokoło osi kończyny, ukośnie przecinając poszczególne *radicula*, t. j. pola unerwienia oddzielnych korzonków, a więc wkraczając w obręb unerwienia kilku korzonków i zajmując zaledwie tylko małe ich części. Schlesinger wspomina,



Rycina 1. J. W. *Syringomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

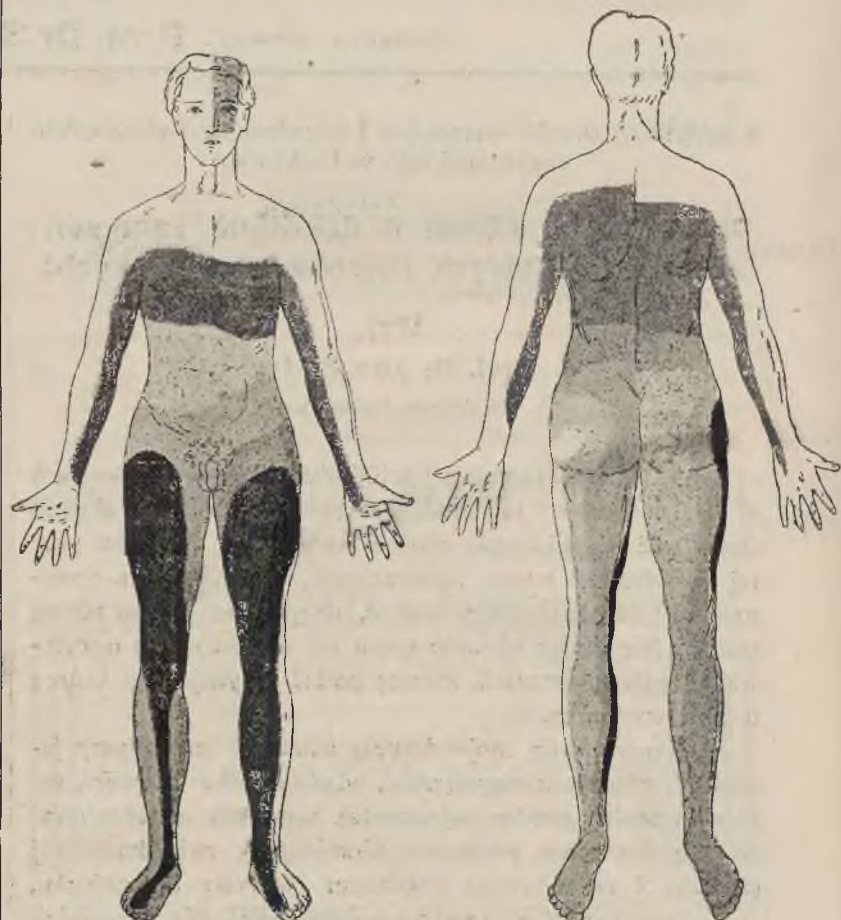
że w jednym jego przypadku pas radykularny upośledzenia czucia przebiegał na kończynie wężowato. Otóż ja na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzę do przekonania, że ściśle biorąc w syringomyelii zaburzenia czucia (t. zw. korzonkowe, czyli radykularne) wcale nie są radykularne, gdyż nie trzymają się granic poszczególnych pól unerwienia skóry przez poszczególne korzonki.

Obok tych podłużnych niejako radykularnych pasów znajdowałem na kończynach w większości przypadków pasy lub pierścienie ułożone prostopadle do osi kończyn, których dolne i górne granice przedstawiały linie proste, łamane lub faliste.

Te pasy, czy pierścienie poprzeczne przecinają pod rozmaitymi kątami opisane podłużne t. zw. radykularne pasy tak, że ogólny obraz zaburzeń czucia na kończynach składa się z całego szeregu pól mniej lub więcej czworobocznych w różnym stopniu pod względem czucia upośledzonych. Pola te są z boków odgraniczone pasami podłużnymi, a z góry i z dołu pasami poprzecznymi.

W ten sposób każdy t. zw. radykularny podłużny pas jest kilkakrotnie poprzecznie przedzielony i w jego obrębie czucie jest na rozmaitych wysokościach w różnym stopniu upośledzone. Na ogół biorąc, czworoboki, leżące bliżej obwodu kończyn, wykazują znaczniejsze upośledzenie czucia, niż czworoboki leżące bliżej środka. Często zdarza się jednak i tak, że czworobok, leżący bliżej tułowia, przedstawia silniejszy stopień upośledzenia czucia, niż czworoboki leżące bliżej obwodu kończyny (patrz ryc. 1).

Dla uzupełnienia dodać tutaj jeszcze muszę, że rozszczepienie czucia bólowego, czucia na ciepło i czucia na



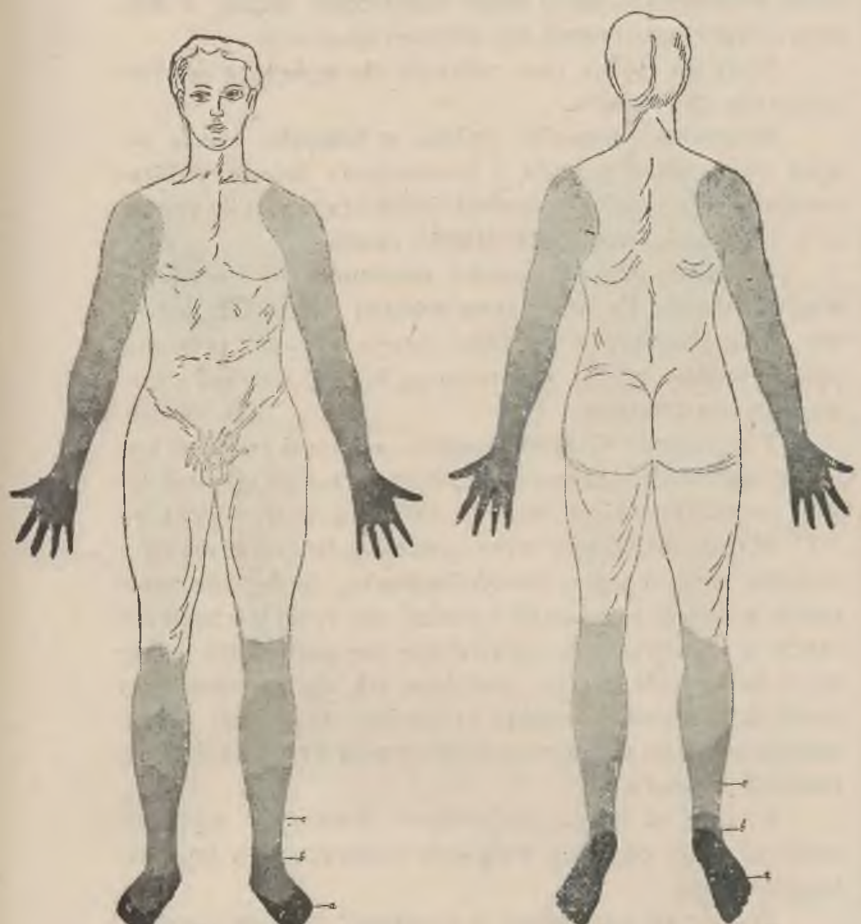
Rycina 2. J. K. *Tabes dorsalis.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

zimno obserwowałem nietylko, jak to już wyżej zaznaczyłem, odnośnie do granic tych powierzchni skóry, w obrębie których czucie na ból, na ciepło i na zimno było upośledzone, ale że takie samo rozszczepienie spostrzegałem zawsze i odnośnie do t. zw. radykularnych i odnośnie do t. zw. »centralnych, t. j. peryferycznych« zaburzeń czucia.

Jak silne bywają nieraz bóle przy jamistości, o tem świadczy przypadek śledzony u nas przed 2 laty. Chory O., u którego na górnych kończynach i na klatce piersiowej istniała *thermoanaesthesia* i *analgesia*, z powodu szalonych bolów w okolicy łopatek najpierw przykładał sobie obwiniętą w szmaty rozpaloną cegłę — wskutek czego powypadały mu kawałki ciała zwęglone — a później, nie mogąc dalej tych bolów znosić, próbował sobie odebrać życie, tak iż trzeba go było umieścić na oddziale dla umysłowo chorych.

Wiąd rdzenia *(tabes dorsalis)*. Z opisywanych dotąd zaburzeń czucia spostrzeganych u tabetyków wnosićby można, że zaburzenia czucia we wiądzie obejmują zwykle

w sposób jednostajny dość znaczną powierzchnię ciała, i że stopień upośledzenia czucia na całej tej przestrzeni jest jednakowy, tak że tylko ewentualnie górna lub dolna granica tej upośledzonej powierzchni ciała przypomina topografię radykularną. To też rysunki ilustrujące zaburzenia czucia w przypadkach wiądu przedstawiają się zazwyczaj w ten sposób, że cała powierzchnia ciała na schemacie, poczynając n. p. na kończynach od górnej (właściwie bocznej granicy C_8 i D_1 i na tułowiu od D_2 i D_3 aż do samego dołu zatuszowana jest w jednostajny sposób, ażeby uwydatnić, że czucie od tej górnej granicy w dół jest wszę-



Rycina 3. *Polyneuritis.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

dzie jednostajnie upośledzone. Badając szczegółowiej zaburzenia czucia u tabetyków przekonałem się, że zazwyczaj na kończynach dają się wyodrębnić poszczególne pasy podłużne o rozmaitym stopniu upośledzenia czucia, i że ilość tych pasów nieraz odpowiada ilości korzonków, czyli że w pasach unerwienia poszczególnych korzonków spotykamy różny stopień upośledzenia czucia (patrz ryc. 2).

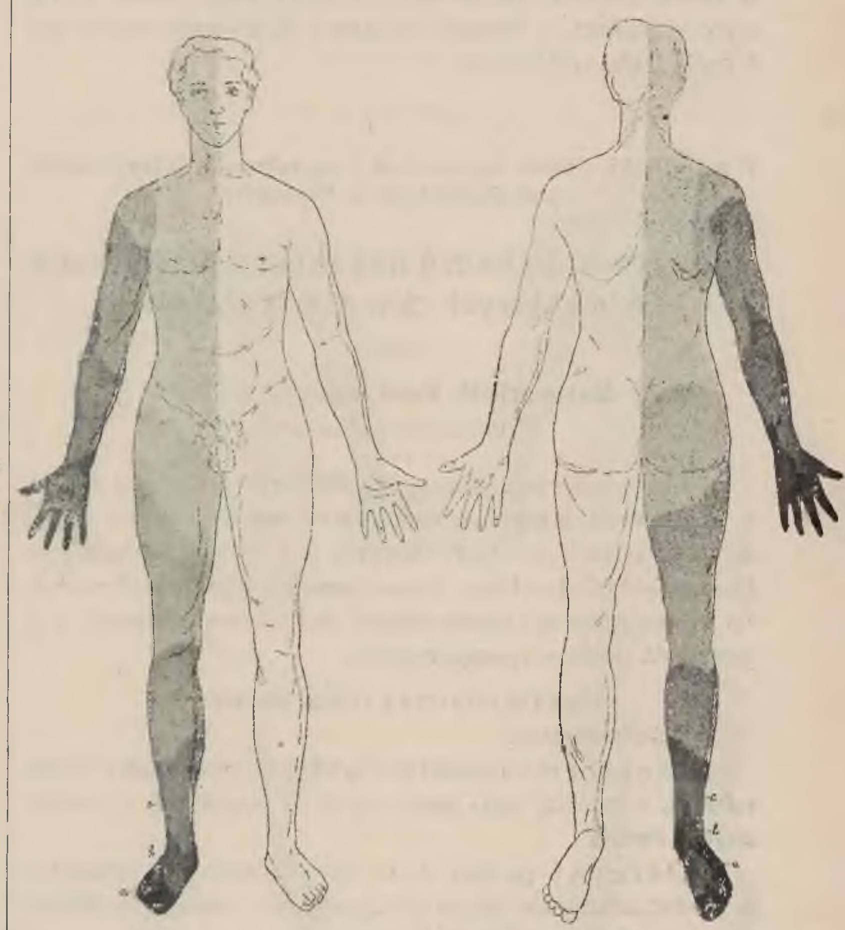
Te badania u tabetyków odnoszą się przeważnie do zaburzeń czucia dotykowego.

Jedynie Lähr, Dejerine, Fraenkel i Förster podają w swoich pracach podobne nieco wyniki badań. Moje badania jednak wykazują, że takie niejednakowe zachowywanie się poszczególnych pól unerwianych przez poszczególne korzonki *(radicula)* jest raczej regułą we wiądzie.

Zapalenie wielu nerwów *(polyneuritis).* Dotychczas przy polyneuritis spostrzegane zaburzenia czucia opisywali autorowie w sposób następujący: upośledzenie czucia na obwodzie kończyn było najgłębsze i stopniowo się zmniejszało ku środkowi. Otóż szczegółowe badania czucia w 2 przypadkach tego zapalenia wykazały:

1) że zmniejszanie się stopnia upośledzenia czucia w kierunku od obwodu ku środkowi nie odbywa się stopniowo jednostajne, a tylko że daje się wyodrębnić cały szereg dość szerokich poprzecznych pasów, czy pierścieni ponad sobą ułożonych, w obrębie których stopień upośledzenia czucia jest jeden i ten sam, że jednak pasy, czy pierścienie, leżące bardziej na obwodzie, są więcej upośledzone, niż pasy, czy pierścienie leżące bliżej tułowia (ryc. 3);

2) że na granicy tych poprzecznych pasów lub pier-



Rycina 4. *Hemiplegia.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

ścieni zauważyć się daje rozszczepienie czucia, dotyku, bolu, czucia na ciepło i na zimno, a że więc te oddzielne poprzeczne pierścienie z osłabionym czuciem dotyku, bolu, ciepła i zimna wzajemnie się nie pokrywają.

Porażenie połowicze *(hemiplegia).* W przypadkach połowiczego porażenia z *hemihypaestezyą* spostrzegałem na kończynach prawie zawsze zupełnie podobny rodzaj zaburzenia czucia, jak ten, który opisałem przy zapaleniu wielu nerwów (polyneuritis) z tą tylko różnicą, że występował on tylko na kończynach porażonych (patrz ryc. 4).

Zapalenie nerwu *(neuritis).* We wszystkich prawie bez wyjątku przypadkach porażenia nerwów obwodowych z zaburzeniami czucia spostrzegałem na granicy znieczulenia lub osłabienia czucia stale rozszczepienie czucia na dotyk, na ból, na zimno i na ciepło, jak to widać na rys.

Rwa kulszowa *(ischias).* W większości typowych przypadków rwy kulszowej spostrzegałem wyraźne zaburzenia czucia o typie radykularnym lub peryferycznym.

Stwardnienie rozsiane *(sclerosis disseminata).*

Mniejwięcej w $^2/_3$ cz. wszystkich śledzonych przypadków istniały zaburzenia czucia. Albo przedstawiały one typ zbliżony wyraźnie do radykularnego, jak to zostało stwierdzone przez asystentów polikliniki, albo przypominając tylko w ogólnych zarysach ten typ, ograniczały się często jedynie do zmian w obwodowych częściach dolnych kończyn i przedstawiały się wskutek daleko idącej dissocyacyi wszystkich rodzajów czucia, np. w ten sposób, że na palcach istniała *anaesthesia*, do kostek *analgesia*, a mniejwięcej do wysokości kolan *thermoanaesthesia*, albo przypominały zaburzenia czucia, opisane przezemnie niedawno w zniedołężnieniu poraźnem *(paralysis progressiva)*. Prócz tego w palcach, a nieraz i w stawie skokowym czucie położenia było zniesionem.

Z polikliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do badań nad zaburzeniami czucia w niektórych chorobach rdzenia.

Podał

Dr Maksymilian Rose, asystent polikliniki.

(Doniesienie tymczasowe).

Praca niniejsza polega na śledzeniu i badaniu czucia u 13 chorych. Kliniczne rozpoznanie wiądu rdzenia (*tabes dorsalis)* odnosi się do 6 chorych, u 2 rozpozpoznano wybroczynę śródrdzeniową (*haematomyelia*), u jednego krwotok do końca rdzenia *(haemorrhagia in caudam equinam)*, u 4 jamistość rdzenia *(syringomyelia)*.

Wiąd rdzenia *(tabes dorsalis)*.

Piśmiennictwo:

Frenkel obserwował w wiądzie pas znieczulony około tułowia, a poniżej tego pasa z przodu przestrzeń o wzmożonem czuciu.

Oulmont podaje w 16 przypadkach tej choroby u kobiet zaburzenia czucia umiejscowione przedewszystkiem w pasie między sutkami a pępkiem.

Hitzig w dobitny sposób akcentuje rozpoznawczą wartość zaburzeń czucia na tułowiu we wiądzie.

Laehr wskazuje na korzonkowy (radykularny) typ zaburzeń czucia, tak na tułowiu, jakoteż na kończynach.

Chipault i Patrik dochodzą do tych samych wyników, co Laehr.

Dejerine wskazuje na typ korzonkowy, jako wyłączny we wiądzie.

Frenkel i Foerster podają 49 przypadków i stwierdzają w tej chorobie korzonkowe zaburzenia czucia.

Z wielkiej ilości schematów, podanych przez tych autorów widocznem jest, że śledzili na rozmaitych częściach skóry plamy o mniej lub bardziej zaburzonem czuciu.

Zjawisko to tłumaczą sobie częściowem zajęciem korzonków rdzenia przez sprawę chorobową.

Własne spostrzeżenia.

U chorych badanych udało mi się wyróżnić cały szereg pasów tak wzdłuż kończyn, jakoteż na tułowiu o rozmaitym stopniu zaburzenia czucia.

Pasy te najczęściej nie odpowiadają przestrzeniom skóry, zaopatrywanym przez odnośne korzonki rdzenia, przypominają je tylko przebiegiem równoległym do osi na kończynach, a prostopadłym do osi ciała na tułowiu.

W obrębie wspomnianych pasów dał się wyróżnić cały szereg plam o czuciu bardziej lub mniej zaburzonem i o rozmaitych kształtach. W jednym przypadku z niewątpliwem rozpoznaniem wiądu można było zauważyć plamy znieczulone w czasie, gdy charakterystycznych pasów wykryć nie było możliwem.

W innych przypadkach plamy znieczulone przedewszystkiem rzucały się w oko, a dokładniejsze dopiero badanie wykazywało pas o lekko zaburzonem czuciu, w którego obrębie znajdowała się znieczulona plama.

Nieliczne tylko pasy udawało się wykryć z czuciem jednolicie zaburzonem.

Wszystkie przypadki badano w kierunku czucia dotyku, bólu, zimna i ciepła i spostrzegano zawsze wybitne rozszczepienie granic wszystkich jakości czucia, o ile wogóle były zaburzenia wszystkich jakości czucia.

Rycina 1. ilustruje wyniki wspomnianych badań we wiądzie rdzenia. Ze względu na warunki techniczne podane jest tylko badanie w kierunku czucia dotyku, przyczem pola o lepszem czuciu, oznaczone są jaśniej, pola zaś o gorszem czuciu ciemniej.

Przystępując do piśmiennictwa zaburzeń czucia w wybroczynach śródrdzeniowych *(haematomyelia)* uwzględnić należy przedewszystkiem badania Minora w tym kierunku

Minor badał przy wybroczynach już to połowicze znieczulenie ciała o typie Brown-Sepuarda, już to zaburzenia czucia w formie rękawiczek i spodni, nie brak też zaburzeń czucia o korzonkowym typie. Autor ten zwrócił też uwagę na rozszczepienie czucia, podobnie jak się ma rzecz przy jamistości rdzenia. Tłómaczy to zjawisko autor tem samem umiejscowieniem zmian chorobowych przy krwotokach i przy jamistości rdzenia.

Laehr na kilku przypadkach krwotoków wykazuje istnienie w tej chorobie wyłącznie korzonkowego typu zaburzeń czucia.

Dejerine potwierdza w zupełności badania Laehra.

Pozatem inni autorowie jednozgodnie prawie przyjmują i opisują przy krwotokach typ korzonkowy zaburzeń czucia.

Badania moje wykazują jednak w tej chorobie zmiany w czuciu identyczne z temi, jakie Piltz[1]) opisuje przy jamistości rdzenia. Anatomiczne tło tych chorób zdaje się w zupełności tłómaczyć podobieństwo w zaburzeniach czucia.

Zbierając wyniki mego badania czucia przy krwotokach w rdzeniu, zauważyć należy, że znalazłem w nich rozszczepienie czucia typowe dla jamistości rdzenia, że na kończynach wyróżnić się dało szereg plam o różnym stopniu zaburzenia czucia. Plamy te jednak w kierunku równoległym do osi kończyn dają długie pasy, różnej ilości (rycina 2), w kierunku zaś prostopadłym do tejże osi coś w rodzaju pierścienia. Plamy te na granicach swoich wykazują rozszczepienie wszystkich jakości czucia.

Omówienie zaburzeń czucia przy krwotokach, jakoteż i innych chorobach rdzenia, które w dalszym ciągu opisuję, pozostawiam na koniec niniejszych wywodów.

---

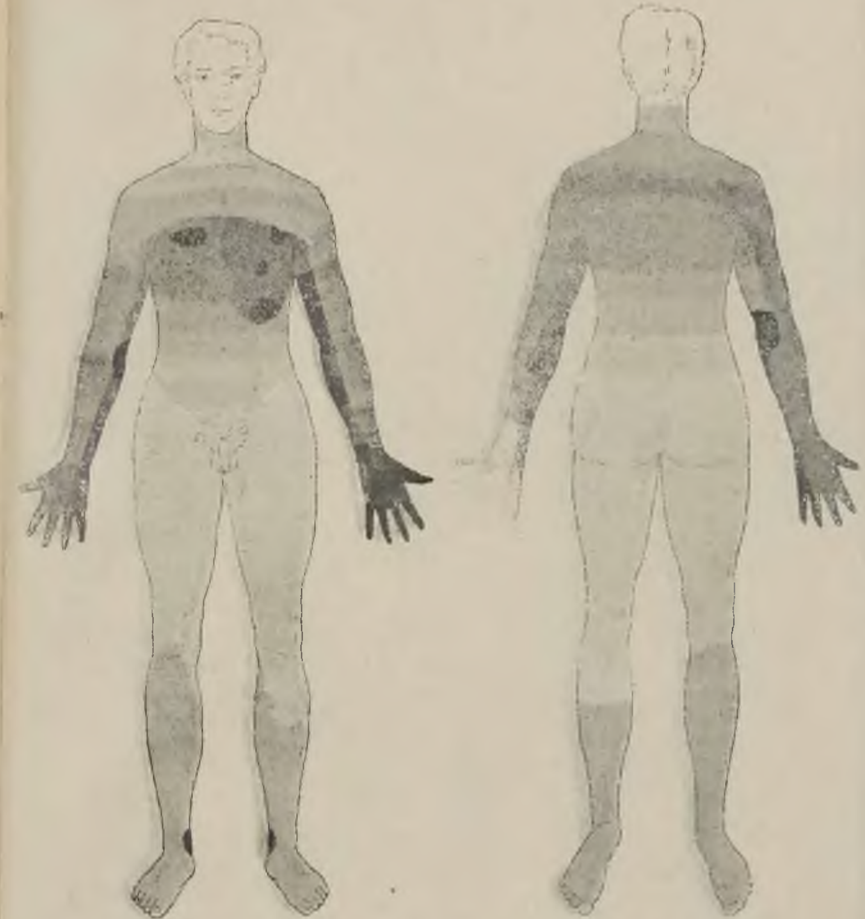
[1]) Piltz: Przegląd lekarski, 1908, Nr 39.

W badanych przypadkach jamistości rdzenia *(syringomyelia)* spostrzegałem również cechujące dla schorzeń rdzenia zaburzenia czucia w kształcie pasów, a w obrębie tych plamy o rozmaitem czuciu (ryc. 3). Pasy te nie odpowiadały przestrzeniom korzonkowym i udało mi się wyróżnić dość znaczną ich ilość.

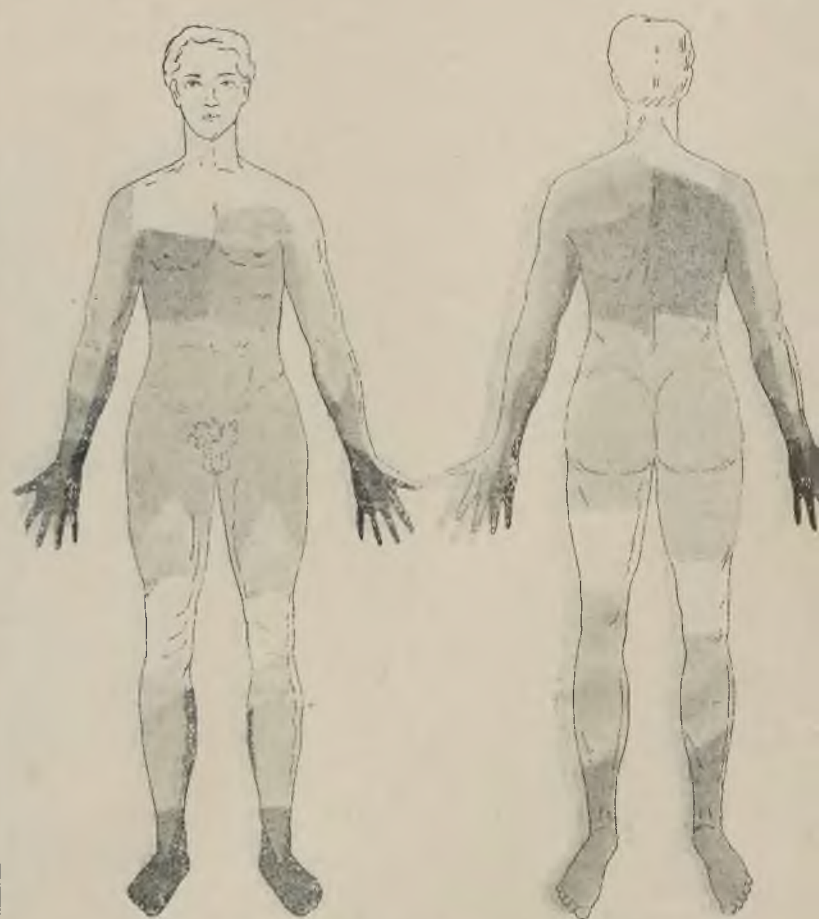
Pozatem śledziłem rozszczepienie granic wszystkich jakości czucia. Badania moje w tym kierunku są tylko potwierdzeniem spostrzeżeń Piltza.

Rycina 4 wskazuje, że i przy zniszczeniu korzonków dadzą się tedy włączyć ani w jeden, ani w drugi ze znanych typów zaburzeń czucia, chociaż tak pierwotny, jak i drugi typ do pewnego stopnia znajdują swój wyraz w tych schematach.

Plamy bowiem, bo w takiej formie zaburzenia czucia znalazłem, jakiegokolwiek nasilenia jest czucie w ich obrębie, w liniach równoległych do osi kończyn biorąc, dają długie pasy, przypominające swą formą, ale nie granicami, typ korzonkowy — segmentalny. Pasy te nie przedstawiają też sumy zaburzeń w obrębie 2 lub kilku korzonków, są



Rycina 1. *Tabes dorsalis.* Zaburzenia czucia dotykowego, W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.



Rycina 2. *Haematomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

końca rdzenia *(cauda equina)* w obrębie pasów wzdłuż kończyn dają się wyróżnić plamy o rozmaitym stopniu zaburzeń czucia.

W schematach czucia, podanych w pracy zwrócić należy uwagę na kilka momentów. Przedewszystkiem te zaburzenia nie można włączyć ani w tak zwany przez Niemców typ segmentalny (Francuzi używają nazwy typu korzonkowego), ani w typ, zwany przez Niemcow centralnym, a przez Francuzów segmentalnym.

Zaburzenia czucia typu korzonkowego-segmentalnego przedstawiają się w kształcie pasów równoległych do osi kończyn; pasy te jednak mają określoną granicę, albowiem przedstawiają one przestrzenie, zaopatrywane przez dane korzonki (Ross, Allen Starr, Thornburn, Kocher, Head, Wichmann).

Zaburzenia typu segmentalnego-centralnego przedstawiają się w formie pierścieni lub plam na kończynach i tułowiu (Brissaud).

Obrazy zaburzeń czucia w schematach podanych nie nieregularne, czasem śrubowato około kończyn przebiegające, a w obrębie tychże pasów jest szereg przestrzeni o rozmaitem stopniu zaburzenia czucia.

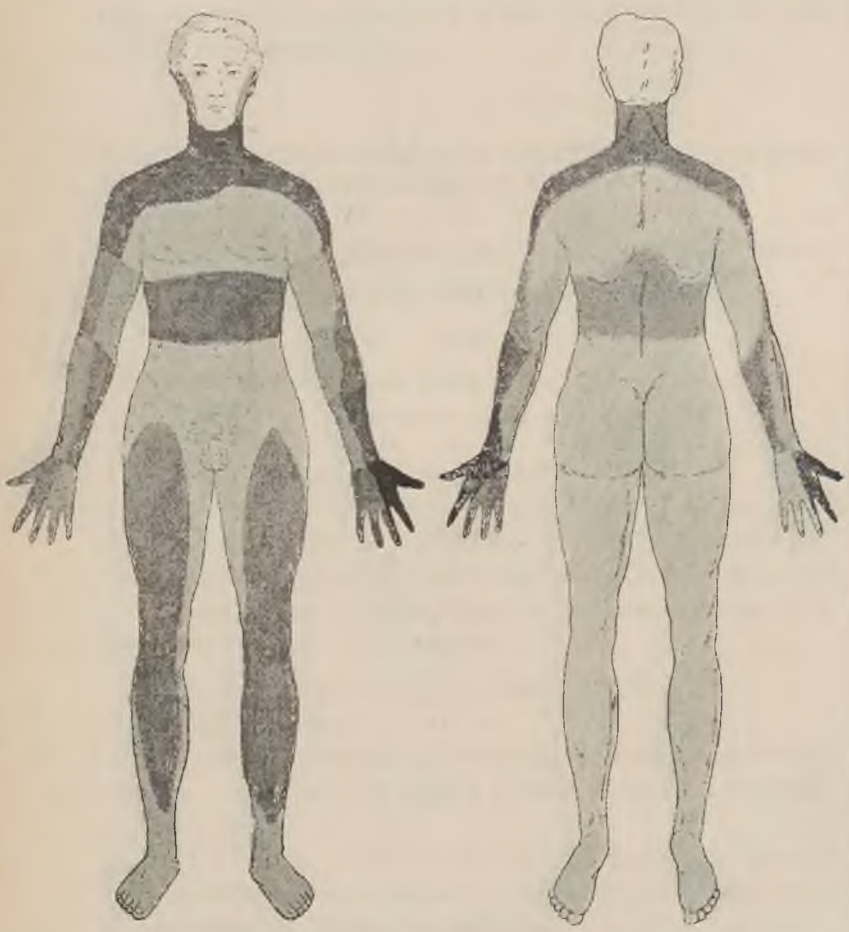
Co się tyczy typu segmentalnego-centralnego, to w schematach podanych nie ma mowy o pierścieniach około kończyn, w obrębie których czucie byłoby jednakowo zaburzone; przeciwnie w obrębie pierścieni tych jest również kilka przestrzeni o różnym stopniu zaburzenia czucia.

Widocznem więc jest, że te zaburzenia czucia, pojąć się dadzą tylko w formie plam; ułożenie jednak tych plam w długie pasy, przypominające swym kształtem pasy korzonkowe, wskazuje bezsprzecznie na okoliczność, że w powstawaniu tych plam mają swój udział zmiany anatomiczne w obrębie rdzenia lub korzonków tylnych.

W dalszym ciągu zastanowić się należy, jakie to zmiany w obrębie rdzenia doprowadzić muszą do zaburzeń czucia w postaci plam, układających się w długie pasy, wreszcie czy i jakie zmiany mogą się równocześnie odbywać w nerwach obwodowych i przyczyniać się do powstawania tychże

plam. Co się tyczy zmian anatomicznych w jamistości rdzenia, to Schlesinger wyraża się o tem w następujący sposób:

W wielu przypadkach jest przy jamistości zniszczoną zupełnie cała istota szara, albo tylko rogów tylnych, w obrębie kilku odcinków. W tych przypadkach będą zaburzenia czucia o typie czysto segmentalnym, bo przerwana jest łączność tych wszystkich włókien czuciowych z wyższymi ośrodkami. Przy jamistości napotyka się to dosyć często, nierzadko jednak waha się bardzo znacznie uszkodzenie w obrębie poszczególnych odcinków, tak w pionowym, jak

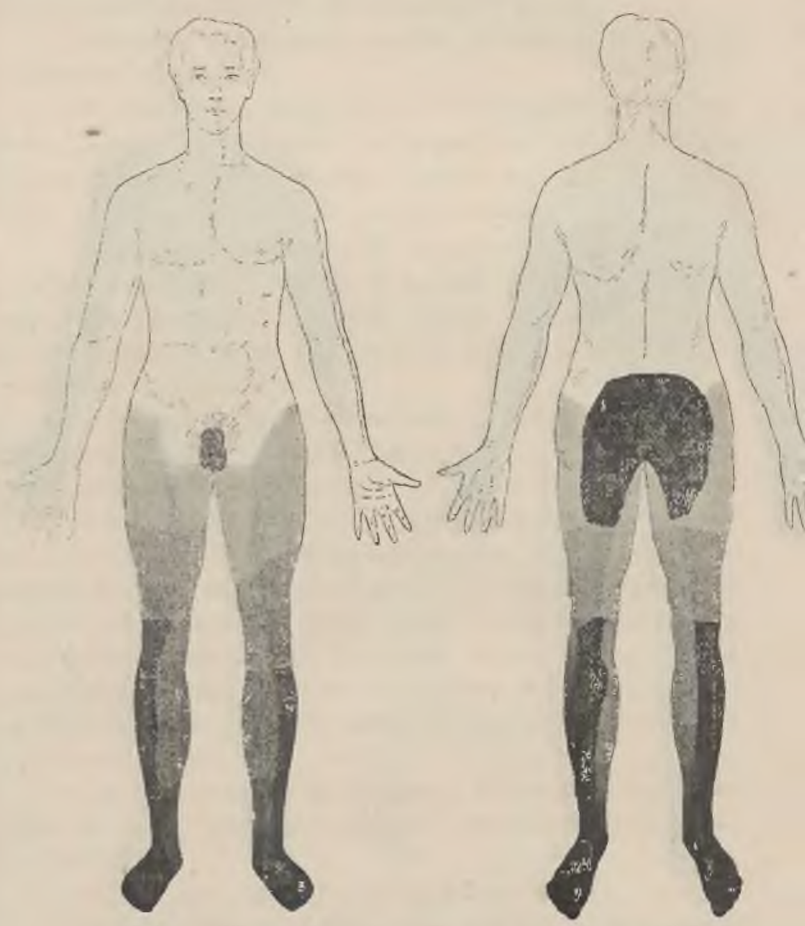


Rycina 3. M. K. *Syringomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

i poziomym kierunku. W tym przypadku ulega zniszczeniu tylko część istoty szarej w obrębie odcinka i to w zupełnie nieregularnem układzie. Wskutek tego więc, że mniejsza lub większa część istoty szarej w obrębie danego odcinka może zostać zdolną do swego działania, zaburzenia czucia muszą ulegać pewnym zmianom, albowiem część włókien zdąża do zniszczonego, druga część do nietkniętego rdzenia. Jest bardzo możliwem, że także w każdem odcinku rdzenia jest pewien podział tak, że rozmaite punkty odcinkowego obszaru skóry mają swą łączność z rozmaitemi częściami odcinka rdzenia. Jest to możliwem, że części skóry sąsiadujące, mają także sąsiednią reprezentacyę w rdzeniu. A więc przy częściowem uszkodzeniu odcinka miałaby ta część odcinkowego obszaru skóry czucie bardziej zaburzone, która ma swą ośrodkową reprezentacyę w zniszczonej części odcinka. W ten sposób Schlesinger tłómaczy powstawanie typu segmentalnego-centralnego w jamistości rdzenia. Dochodzi jednak do przekonania, że występowanie tej formy zaburzeń czucia jest czysto przypadkowem i przemijającem.

Pod pewnemi względami zbliża się teorya Schlesingera do Brissauda teoryi o metamerycznych centrach rdzenia. Wedle teoryi Schlesingera tedy powstawanie pierścieni byłoby objawem przypadkowości; wedle Brissauda polegałoby na zniszczeniu pewnych ośrodków.

W myśl tedy teoryi Schlesingera, dojść musimy do przekonania, że wskutek częściowego zniszczenia odcinków, wskutek tego, ze pewna część włókien czuciowych utraciła w danym odcinku centralną reprezentacyę, a druga



Ryc. 4. W. D. *Haemorrhagia in caudam equinam.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

ma ją zachowaną w mniejszym lub większym stopniu, nie mogą powstawać pasy o jednakowo zaburzonem czuciu.

Jeżeli jakaś część odcinka jest zniszczona, pozatem zaś odcinek jest nietknięty, to obszar skóry, mającej reprezentacyę w zniszczonej części odcinka będzie miał czucie zniesione, pozatem zaś cała odpowiednia przestrzeń skóry będzie miała czucie prawidłowe. Powstanie w ten sposób obraz plam znieczulonych. Jeżeli w danym odcinku pewne części będą w mniejszym, inne w większym stopniu dotknięte zniszczeniem, to powstanie szereg plam, ale będą one miały cechujące ułożenie w długie pasy, bo w ten sposób wyglądają odcinkowe obszary skóry, a tu chodzi o zniszczenie odcinka. Powstawanie pierścieni o jednolitem zaburzeniu czucia byłoby rzeczywiście zjawiskiem przypadku tego rodzaju, że w obrębie kilku odcinków doszłoby do zniszczenia tych właśnie części, któreby na skórze kończyny mogły utworzyć pierścień. Rzeczą takiego przypadku są na kończynach wężownice (*spirale*), śledzone zresztą bardzo rzadko (Schlesinger, Piltz).

W jamistości, a także i innych schorzeniach rdzenia rzadko tylko dochodzi do całkowitego zniszczenia odcinków i w takim wypadku zaburzenia czucia muszą się stanowczo przedstawiać w kształcie długich pasów o czuciu zniesionem. Przy całkowitem zniszczeniu odcinków będą one odpowiadały przestrzeniom zaopatrywanym przez korzonki, wychodzące z danych odcinków. Przy częściowem zaś zajęciu odcinków, a to jest najczęstszem, spotykać się możemy tylko z plamami z zaburzonem czuciem. Plamy te w liniach równoległych do osi kończyn tworzą pasy, które jako mniej lub więcej znieczulone dają się odgraniczyć od pasów sąsiednich. Pasy te mogą się rozmaicie przedstawiać i nie w każdym przypadku można je dokładnie wyróżnić, bo mogą się tu łączyć n. p. dwie znieczulone plamy sąsiednich odcinków i to w rozmaity sposób, dając rozmaitego kształtu pasy, n. p. wężownicowe lub nieregularne pasy, zgoła nie przypominające tablic Kochera, Thornburna lub innych autorów.

Przy chorobach tedy rdzenia, przy których nie dochodzi do zupełnego zniszczenia odcinków, powstaje odrębny typ zaburzeń czucia, typ cechujący się powstawaniem plam mniej lub więcej znieczulonych, a układających się w długie pasy, przypominające ich pochodzenie ośrodkowe. Przy całkowitem zniszczeniu odcinka są zaburzenia czucia takie, jakie powstałyby przy zniszczeniu korzonków od tego odcinka odchodzących i dlatego uzasadnioną byłaby w tym wypadku nazwa zaburzenia czucia korzonkowego.

Przy częściowem zniszczeniu odcinków i powstawaniu na skórze plam o zaburzonem czuciu i pasów nieprzypominających zgoła pasów korzonkowych byłaby może na miejscu nazwa typu segmentalnego, ze względu na fakt, że zawsze typ ten się pojawia przy schorzeniach rdzenia, nie niszczących całych odcinków.

W dalszym ciągu należy zwrócić uwagę na cały szereg zmian, zachodzących w obwodowych częściach nerwów czuciowych, które na zaburzenia czucia mogą wpływać i przyczyniać się w niemałym stopniu do powstawania wymienionych plam.

Znanem zjawiskiem przy schorzeniach rdzenia są odżywcze zaburzenia w skórze, częściach miękkich, kościach, mięśniach, stawach i błonie śluzowej.

Dla uzasadnienia tego zaniku wprowadzają autorowie rozmaite teorye, odnosząc go albo do schorzenia rogów przednich, albo nerwów czuciowych, do zmian naczynioruchowych, albo wreszcie do porażenia nerwów i ośrodków odżywczych. Oppenheim twierdzi, że zwój rdzeniowy *(ganglion spinale)* wtedy tylko prawidłowo działa, gdy może przenieść do środka podrażnienia z obwodu. Jeżeli rdzeń jest schorzały i podrażnień tych przejąć nie może, to gromadzą się one w komórkach tegoż zwoju, zaburzając jego działanie odżywcze. Dochodzi w ten sposób do zaniku obwodowego. Wedle tych mniej więcej teoryi dochodzić ma do zaniku wszystkich części organizmu.

Pozostają nam jedynie do omówienia nerwy czuciowe. Ośrodek odżywczy nerwu czuciowego znajduje się w zwoju rdzeniowym (Waller). Jestto zjawisko, powtarzające się zawsze i tłómaczące samodzielność odżywczą neuronu. Zawsze uszkodzenie komórki nerwowej prowadzi do zwyrodnienia całego neuronu. Chodzi tylko o to, czy nie istnieją inne jeszcze wpływy szkodliwe, mogące działać na neuron czuciowy z pominięciem zwoju rdzeniowego.

Doświadczenia wykazują, że obok opisanego t. zw. zwyrodnienia wtórnego wywołanego zniszczeniem ośrodka, lub zerwaniem z niem łączności, istnieje t. zw. zwyrodnienie pierwotne, będące wynikiem czynników, które, działając wprost na włókno nerwowe zaburzają prawidłowe warunki odżywiania i przemiany materyi tegoż włókna. Działanie to szkodliwe może być też równomierne i równoczesne dla ośrodka i dla włókna, gdy n. p. odpowiednia trucizna krąży we krwi.

Czynniki, które wywoływać mogą zanik we wszystkich częściach organizmu, jak wymienione teorye wskazują, muszą też szkodliwie wpływać na nerwy czuciowe i wywoływać zanik w ich obrębie. Odbijać się zaś to musi stanowczo na czynności tychże nerwów.

Krwotok do rdzenia i jamistość jego, choroby, w których przychodzi do tak znacznych zaburzeń naczynioruchowych stanowczo wpływać muszą szkodliwie na odżywienie nerwów czuciowych i wywoływać w ich obrębie t. zw. zanik pierwotny.

Rumpf wyraża przekonanie, że obniżenie energii życiowej ośrodków odżywczych wywołuje zanik części najodleglejszych przez ten ośrodek zaopatrywanych.

Ponieważ zdaniem Oppenheima dochodzi przy zniszczeniu rdzenia do nagromadzenia pobudek z obwodu w zwoju rdzeniowym, a tem samem do obniżenia jego energii życiowej, zrozumiałem wydaje się przypuszczenie wraz z Rumpfem, że wynikiem tego będzie zanik zakończeń nerwów czuciowych.

Szczególnie w przebiegu wiądu rdzenia opisano zanik nerwów czuciowych. Zauważył go pierwszy Westphal, a potwierdzili to również Dejerine, Siemerling i Oppenheim. Gumpertz wykazał to również na skrawkach skóry, wyciętych za życia ludziom z wiądem rdzenia.

Widocznem więc jest, że w nerwach czuciowych może zachodzić cały szereg zmian odżywczych, które w zaburzeniach czucia bezwątpienia zacierają ich rdzeniowe pochodzenie. Szczególnie zaś przyczyniają się do uwydatnienia plam, przy częściowem zniszczeniu odcinków.

Zanik nerwów czuciowych we wiądzie ma, jak to schematy wykazują, z pewnością niepoślednie znaczenie w zaburzeniach czucia.

Zebranie:

Zaburzenia czucia w chorobach rdzenia, przebiegających pod obrazem częściowego zniszczenia odcinka lub korzonków rdzenia, przedstawiają się w formie plam, o nieregularnych kształtach, tworzących długie pasy mniej lub więcej równoległe do osi kończyn. Pasy te nie trzymają się granic przestrzeni, zaopatrywanych przez korzonki.

Uzasadnienie swe znajduje ten typ zaburzeń czucia częścią w częściowem zniszczeniu odcinka, częścią w sprawach zanikowych w obrębie nerwów czuciowych z rozmaitych przyczyn powstałych.

Granice plam wykazują rozszczepienie wszystkich jakości czucia.

Praca niniejsza wykonaną została pod kierunkiem i za wskazówkami J. W. Pana Prof. Piltza.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy przemyskich.

Posiedzenie naukowe dnia 21. sierpnia 1908 w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący: Kol. Kramarzyński.

1) Przewodniczący zdaje sprawę z kursów samarytańskich dla pań, które odbyły się w maju b. r. w Przemyślu, staraniem Tow. lek. przem. Wykłady odbywały się równolegle w języku polskim i ruskim. Wstęp wynosił 1 K. Czysty dochód wynosi: *a*) w grupie polskiej 25 K 81 h, *b*) w grupie ruskiej 27 K 80 h, razem 53 K 61 h, które postanowiono oddać Stowarzyszeniu Czerwonego Krzyża m. i d. dla Galicyi, z tem zastrzeżeniem, że stowarzyszenie to przyczyni się do wybudowania w Przemyślu szpitalika dla dzieci, który w potrzebie oddanym zostanie do rozporządzenia władzom wojskowym.

Następnie przewodniczący, jako delegat sekcyi przemyskiej na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. zdaje sprawę z obrad i uchwał, powziętych na tem zgromadzeniu.

2) Kol. Herman przedstawia m. i. następujących chorych:

a) Ozdrowieńca, przeszło 80 lat liczącego po przezpęcherzowem **wyłuszczeniu stercza sposobem Freyera** z powodu przewlekłego i całkowitego zatrzymania moczu, spowodowanego przerostem wspomnianego gruczołu.

b) Chorego, operowanego w dwa tygodnie po urazie w brzuch z powodu **otorbionego** (w trzech miejscach) **zapalenia ropnego otrzewny,** wywołanego pęknięciem kiszki, którą zeszyto.

c) Chorego operowanego w tydzień po **uwięźnięciu przepukliny udowej** w okresie ciężkiego zapadu, równającego się niemal agonii, który po herniotomii prawdopodobnie dzięki energicznemu stosowaniu wlewań podskórnych fizyologicznego roztworu NaCl przyszedł do siebie wbrew wszelkim nadziejom i ma się obecnie dobrze.

d) Ozdrowieńca po **urazowem pęknięciu poprzecznem cewki moczowej,** spowodowanem upadnięciem na krocze.

e) chorego, u którego **rak śluzówki policzka** wielkości dwu halerzówki nie sprawiający zresztą choremu żadnych dolegliwości wywołał liczne przerzuty w gruczołach podszczękowych i szyjnych; w obrazie klinicznym przerzuty te wysuwały się na plan pierwszy; mimo rozległości zmian udało się usunąć doszczętnie wszystko chorobowe; operowany opuszcza szpital jako uleczony.

f) Chorą, u której wykonano **połowiczą rhinoplastykę** sposobem indyjskim z powodu raka nosa, przerastającego na policzek; ubytek na czole pokryto z dobrym wynikiem wolnym płatem skórnym wyciętym ze sutka.

g) Chorego ze **strzaskaniem łuski kości skroniowej lewej.** U chorego zanotowano duże trudności w mówieniu i drgawki w kończynach prawych. Obok tego obrażenia stwierdzono u poszkodowanego złamanie obu kości przedramienia lewego i złamanie żebra. Odłamki kości skroniowej wciśnięte w jamę czaszki usunięto, opony i mózg nietknięte. Zaburzenia w mowie (pięć dni po operacyi) nie ustąpiły.

h) Chorą, u której przed kilkoma dniami usunięto łuki kręgowe z X., XI. i XII. kręgu piersiowego *(laminectomia)* z powodu **całkowitego porażenia poprzecznego** w przebiegu gruźlicy trzonów wymienionych kręgów. Podczas zabiegu nie stwierdzono zmian na oponie.

3) Kol. Małaniuk przedstawia 4-letnie dziecko, przyjęte do szpitala z powodu **garbu gruźliczego** w środkowej części piersiowej kręgosłupa i **porażenia kończyn dolnych.** W parę dni po założeniu redresującego opatrunku gipsowego sposobem Callota, porażenia ustąpiły i dziecko chodzi o własnych siłach. Nawiązując do demonstracyi, przedstawia prelegent obecny stan nauki o leczeniu garbu, opierając się głównie na pracach Callota.

4) Kol. Lenartowicz demonstruje na chorym, dotkniętym **żylakami** na jednej tylko kończynie dolnej **objaw Trendelenburga,** występujący w tym przypadku w sposób klasyczny i przedstawia kilku chorych z rozmaitemi zmianami gruźliczemi, u których po wtarciu maści tuberkulinowej wystąpił charakterystyczny **odczyn na skórze.**

6) Kol. Ehrlich (w zastępstwie kol. Dolińskiego) przedstawia chorą, u której z powodu **pęknięcia macicy** przy IV. porodzie **odcięto trzon macicy** sposobem Porroa. Chora, lat 33 licząca, zaczęła rodzić 23. lipca. Miednica płaska, położenie płodu czaszkowe. W nocy 24. lipca nastąpiło pęknięcie macicy. O godz. 5 rano 25. lipca wykonano w szpitalu na chorej w wysokim stopniu wykrwawionej cięcie brzuszne w uśpieniu eterowem. Jama otrzewnowa, wypełniona skrzepami krwi, między pętlami jelit obumarły dobrze rozwinięty płód z łożyskiem. Macica pęknięta tuż ponad szyjką poprzecznie. W linii pęknięcia amputowano trzon macicy i kikut wszyto w powłoki brzuszne. Przebieg pooperacyjny gorączkowy z powodu nacieków zapalnych w przymaciczu.

Nawiązując do demonstracyi omawia kol. E. etyologię patogenezę, anatomią i symptomatologię pęknięć macicy, kładąc ostatecznie główny nacisk na leczenie. Na podstawie 18 przypadków pęknięcia macicy przez siebie spostrzeganych sądzi, że najlepiej zrobimy, gdy chorym tym zapewnimy opiekę kliniczną lub szpitalną oczywiście o ile na to zezwolą warunki. Po rozwiązaniu rodzącej z pęknięciem macicy przez wymóżdżenie lub embriotomią, następuje zwykle gwałtowny krwotok, ogromnie trudny do opanowania przez tamponadę, który ostatecznie chorą szybko zabija. Z przypadków śledzonych przez prelegenta udało się uratować tylko jeden, oczywiście pęknięcia niezupełnego. W dwóch przypadkach oderwanie szyjki macicznej zostało spowodowane zabiegiem operacyjnym. *Dr Süsswein,* sekretarz.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 7. maja 1908.

Obecnych członków 34.

Przewodniczący: Dr Rumszewicz.

Na porządku dziennym:

1) K. Rumszewicz: **Kilka uwag o odczynie Calmettea.**

Dyskusya: Łążyński pyta, jak prelegent leczy zapalenia, powstałe pod wpływem odczynu.

Januszkiewicz przypomina, że u chorej, o której mówił prelegent, wystąpił najprzód zwykły odczyn, którego objawy zniknęły po upływie dni trzech, a potem dopiero rozwinęło się na nowo przewlekłe pryszczykowe zapalenie.

Hoene stwierdza niepewność odczynu w kierunku rozpoznawczym.

Prelegent odpowiada, że odczyn występuje albo pod postacią zapalenia nieżytowego, albo pryszczykowego, stosownie do tego stosuje się też zwykle w podobnych razach używane środki. Odczyn zużytkować można tylko w tych przypadkach gruźlicy, które znajdują się w okresie rozwoju; zawodzi on jednak niekiedy w przypadkach o bardzo ostrym przebiegu. Rozczyn 1% jest w wielu razach stanowczo za silny, zwłaszcza zaś przestrzega prelegent przed używaniem w celach rozpoznawczych preparatu, znanego pod nazwą »test«, radząc go raczej zupełnie zaniechać, albo przynajmniej używać nader oględnie.

2) B. Kozłowski demonstruje: *a*) **Kamienie nerkowe,** usunięte drogą operacyjną, z których jeden zatykał moczowód. Kamienie te leżały w nerce prawdopodobnie 63 lata. 2) **Raka nerki.**

W dyskusyi zabierali głos: Obniski i Makowski.

3) Odczyt Cichockiego: **Pęknięcie śledziony w przebiegu gorączki powrotnej.**

Dyskusya: Sochacki pyta o kliniczne objawy pęknięcia śledziony w danym wypadku. — B. Kozłowski przypomina, że do przypadków, zacytowanych przez prelegenta z literatury, dodać jeszcze należy 3 przypadki Müncha. — Rumszewicz wspomina o urazowem pęknięciu śledziony u zdrowego człowieka. — W dyskusyi zabierają jeszcze głos: Makowski, Pietkiewicz, Januszkiewicz, Sągaiło, zastanawiając się nad bezpośrednią przyczyną pęknięcia w opisanym przez Cichockiego przypadku. — Prelegent odpowiada, że objawy pęknięcia wystąpiły pod postacią zapadu, trwającego zresztą krótko, gdyż chory zmarł nader szybko. Co się tyczy bezpośredniej przyczyny pęknięcia, to przyszło ono do skutku w chwili, w której chorego ważono, prawdopodobną zatem jest rzeczą, że przeprowadzanie pacyenta do wagi, stojącej na drugim końcu sali szpitalnej, mogło się przyczynić do wywołania pęknięcia. Prelegent myśli, że chory stracił równowagę i upadł już po dokonanem pęknięciu i właśnie wskutek niego; to też szukanie przyczyny pęknięcia w urazie, wywołanym przez upadek, wydaje mu się mniej właściwem.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Pierwszych lekarzy, kończących szkołę lekarską w Moskwie, wysyłano do wojska, często w głuche i zapadłe miejscowości, tak że los tych pionierów był ze wszech miar opłakany, stanowiąc kontrast z losem pierwszych lekarzy, przybywających z zagranicy. Oprócz szkoły rządowej przy »prikazie«, były i prywatne szkoły lekarskie. Kurs trwał lat 5; uczniów było bardzo mało; wszyscy uciekają od zawodu lekarskiego i rząd musi przyciągać do niego siłą. Autor stara się udowodnić, że podwaliny szkoły lekarskiej położone zostały w okresie moskiewskim, a nie przez Piotra Wielkiego.

Z działalnością lekarską ściśle łączy się działalność sądowo-lekarska i administracyjna. Z początku ciesząca się pewną powagą i zaufaniem sądu, stopniowo zeszła działalność sądowa lekarzy do stanu tak upośledzonego, jak w czasach nam współczesnych. Kolebką ekspertyzy lekarskiej były już sądy pogańskie; następnie powstaje organizacya sądów książęcych. Pierwszym pomnikiem medycyny sądowej w Rosyi, jeśli ją tak nazwać można, jest umowa Rosyan z Grekami za Olega i Igora z r. 911 i 945 co do uszkodzeń i ran. W »Ruskiej prawdzie«, którą posługiwano się z XI—XIII w., znajduje się wzmianka o sprawieniu szkody na zdrowiu. Dzwińska »ustawna hromota« r. 1397 odróżnia krwawą ranę od siniaka. Sądownictwo za Iwana Groźnego (1550 r.) odróżniało uszkodzenie zdrowia od kalectwa, lecz znawcami byli nie lekarze. Pierwsze badania lekarskie służą do oceniania stanu zdrowia podejrzanych o zarazę morową: szczególnie podlegali oględzinom urzędnicy, którzy przedstawiali się na dworze, obawiano się bowiem, aby nie zanieśli tam jakichś chorób; kiedy liczba lekarzy się zwiększyła, polecano im oględziny różnych przedmiotów, co przed tem robili wojewodowie, jak badanie proszków, maści i t. p. leków, szczególnie rogu jednorożca dla przekonania się, czy on jest prawdziwy (karmiono gołębie arszenikiem, a następnie jako odtrutkę podawano kawałek tego rogu i t. p.) Pierwsze rzeczywiste badania sądowo-lekarskie rozpoczynają się w r. 1644 na żywych i na zwłokach.

Organizacya lekarska wojskowo-szpitalna rozpoczyna się w połowie XVII w. Pierwszą instytucyą leczniczą są ambulanse dla rannych, założone w r. 1612, które nieraz mieściły się w monasterach. Następnie zakładano szpitale wojskowe, jedne z pierwszych pod Dynaborskiem w r. 1657 i pod Czehryniem w r. 1678. W Kazaniu założono w r. 1680 szpital, który później staje się prototypem szpitali cywilnych. Fedor Aleksiejewicz wydaje ukaz o otwarciu szkół i szpitali, w którychby mogli praktykować przyszli medycy. Ostatni z carów moskiewskich nie mógł z powodu zaburzeń i niepokojów spełnić tego, co wprowadził Piotr I.

Od r. 1650 osiedlają się pierwsi lekarze po miastach, pomiędzy innemi w prowincyach białoruskich; Roman Lochowicz w Szkłowie, Iwaszko Michajłów w Połocku, Mikołaj Zarecki w Mohylowie i w Białej Cerkwi r. 1655 Jerzy Moh, a w r. 1679 Jerzy Taborowski. W ogóle największa liczba pierwszych lekarzy osiadła w pasie zachodnim ówczesnego Księstwa Moskiewskiego.

Pierwszy szpital, urządzony na sposób europejski, powstał w Moskwie w r. 1683 z rozkazu Fedora Aleksiejewicza.

Chorób umysłowych nie leczono i takich chorych pomieszczano po klasztorach. Wtenczas tylko zajmowano się więcej chorobami umysłowemi, kiedy psychoza przybierała charakter epidemiczny. Szpitale klasztorne były to raczej domy dobroczynności, w których pomieszczano obłąkanych spokojnych; niebezpiecznych zaś dla spokoju publicznego osadzano w więzieniu. W dokumentach z końca XVII w. znajduje się cały szereg opisów przypadków szaleństwa, często na tle alkoholizmu. Liczba chorych umysłowych była jednak w tym czasie na zachodzie jak się zdaje znaczniejsza, niż w Moskwie.

Środki walki z chorobami zakaźnemi przepisał rząd moskiewski nie oglądając się na lekarzy cudzoziemców, którzy nie mieli wpływu na ludność i na ówczesną administracyę. Według latopisów wiele chorób nagminnych rozwijało się w czasach wielkich posuch, silnych deszczów i powodzi, wczesnych mrozów i t. d. W czasie zarazy, dotykającej ludności, często panował jednocześnie mór na bydło, konie, ptaki, nieraz na zwierzęta leśne i polne. Zarazy szły do Rosyi dwiema drogami, z Europy przez Połock, Smoleńsk, Psków i Nowogród, lub z Południa przez Krym. Ostry klimat, częste nieurodzaje, głód, szereg wojen przy złem odżywianiu wojska, przyczyniały się do zwiększenia chorób zaraźliwych i śmiertelności. Chociaż rząd nakazywał pewne środki przeciw epidemiom, to jednak stosowano je nie stale, ale tylko przygodnie. W czasie klęsk pospolitych zmysł praktyczny samego ludu wyszukiwał środki zaradcze, kierując się popędem zdrowego rozsądku. Podczas głodu w Nowogrodzie w r. 1128 wybuchło morowe powietrze, a śmiertelność dochodziła do strasznych rozmiarów, trupy walały się na ulicach i drogach. W r. 1214 w czasie głodu i zarazy przy wielkiej śmiertelności grzebano we wspólnych jamach, zwanych »skudelnicy«. W r. 1230 podczas epidemii, chociaż grzebano podobnie, jednakże został ustanowiony osobny dozorca, pilnujący, aby wiele osób nie uczestniczyło w pogrzebie. W r. 1353 według latopisu podczas zarazy w ziemi pskowskiej wszyscy, którzy oddawali posługę zmarłym, umierali. We wspólnych mogiłach grzebano w r. 1341 w Pskowie i Izborsku, w r. 1364 w Moskwie i innych miastach. W takich wspólnych mogiłach (»skudelnicach«) w XIV i XV w. grzebano po 10 i więcej zwłok. Dawniej śmiertelność była znaczniejsza i liczba grzebanych trupów we wspólnej mogile bywała jeszcze większa. W czasie epidemii r. 1230 w Smoleńsku złożono do jednej mogiły 16 tysięcy zmarłych, do drugiej 9 tysięcy, a w Nowogrodzie przeszło 3 tysiące i t. p. W r. 1352 w Nowogrodzie podczas »czarnej śmierci«, chcąc zwalczyć epidemię, palono zwłoki na stosie. Pierwszą kwarantanę ustanowiono w r. 1521 w Pskowie podczas morowego powietrza i od tego czasu myśl odosobnienia znajduje szerokie zastosowanie. W r. 1552 w Nowogrodzie podczas morowego powietrza za naruszenie ustawy ochronnej i ucieczkę z miasta karano knutem i paleniem na stosie, gdyż poprzednie epidemie wywołały panikę wśród ludności, która ze strachu rozbiegała się po okolicy, roznosząc zarazę. Za przejście wałów miejskich karano spaleniem na stosie w r. 1566 i 1567 podczas strasznej dżumy. W r. 1572 stawiano przegrody na ulicach, zamykano domy, w których znajdowali się chorzy, przestrzegając ścisłego odosobnienia chorych i zmarłych. Przekroczenia karano śmiercią (nawet duchownych, którzy spieszyli z wiatykiem do umierających). Oprócz środków sanitarnych zalecał kościół prawosławny przeciw zarazom budowanie świątyń dla przebłagania Boga, przyczem ludność zwoziła materyały i składała ofiary pieniężne; urządzano też nabożeństwa, procesye (»krestnyje chody«), rozsyłano wodę święconą i t. d.

Do bardziej racyonalnych środków ochronnych dla walki z epidemiami, zaprowadzonych w końcu XVI w. w Moskwie, należą: zakaz grzebania ciał zmarłych blizko miejsc zamieszkałych i źródeł, zamknięcie wszelkiej komunikacyi z gniazdami zarazy, odosobnienie oddzielnych ulic i domów. W w. XVII środki sanitarne i kwarantany zastosowują jeszcze szerzej. W czasie moru w Moskwie wyznacza Borys Godunow osobne miejsca dla grzebania zmarłych, a podczas moru w Smoleńsku rozciąga kwarantanę aż do Briańska, dla przerwania komunikacyi z Litwą. Podczas moru w latach 1654—1656, kiedy car Aleksiej Michajłowicz walczył na czele wojska pod Smoleńskiem, wydano rozkaz, aby po drogach z Moskwy do Smoleńska nikt nie jeździł. W pałacu carskim pilnowano, ażeby »powietrze zakażone« się nie dostawało, rozkazano okna i drzwi pozabijać, wrota pozamykać, a około domów z chorymi na mór postawić straże, aby nikt nie wychodził. Podczas epidemii 1655 r. rodzina carska schroniła się do Monasteru Kalazińskiego i gdy przez drogę, wiodącą do Monasteru, przewieziono ciało zmarłej z choroby zakaźnej »dworianki Gawreniewoj«, dla odwrócenia niebezpieczeństwa zapalono stos na przestrzeni 30 sążni i popiół rozsypano na drodze.

(Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

XIII. Zjazd austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Pradze w dniach 29. do 30. września b. r. Program Zjazdu obejmuje:

1) Sprawozdanie Izby zarządzającej.
2) Sprawozdanie Wydziału.
3) Reforma ubezpieczenia robotników w Kasach chorych (referent: Dr Pick).
4) Założenie Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków dla lekarzy.
5) Sprawa tytułów lekarskich.

6) Stanowisko lekarzy do ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych (referent: Dr Pick).

7) Wniosek o zgłaszanie się lekarzy morawskich, obowiązanych do ubezpieczenia, do krajowego morawskiego zakładu ubezpieczeń (referent: Dr B. Kučera).

8) Projekt reformy należytości sądowych dla lekarzy (referent: Dr Festenburg).

9) Wniosek o zaprowadzenie w Austryi na wszystkich Wydziałach lekarskich katedr dla medycyny socyalnej (referent: Dr Grün).

10) Reforma ustaw sanitarnych państwowych z roku 1870 (referent: Dr Koutnik).

11) Ochrona przed niesłusznym bojkotem posad lekarskich (Izba wiedeńska).

12) Stanowisko wobec ustawy o technice dentystycznej (Izba wiedeńska).

13) Referat o należytościach lekarskich wobec prywatnych zakładów ubezpieczeń od wypadków (referent: Dr Würtenberger).

14) Stanowisko wobec projektu nowej ustawy o epidemiach (referent: Dr Festenburg).

15) W sprawie świadectw lekarskich (Izba wiedeńska).

16) Sprawa praktyki lekarskiej ze strony lekarzy urzędowych (referent: Dr List).

17) Wniosek Zjazdu Izb: »Należy dążyć, aby lekarze wojskowi czynni i lekarze rządowi, o ile oddają się praktyce prywatnej, w tym kierunku przymusowo należeli do Izb lekarskich i płacili przepisane wkładki« (Izba bukowińska).

18) W sprawie ordynacyi elektroterapeutycznych (Izba wiedeńska).

19) Wybór Izby zarządzającej.

20) Wybór Wydziału.

Skład Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej nowo wybranej na następujące trzechlecie jest następujący: Ze Lwowa członkowie: Dr Festenburg, Dr Papée, Dr Kwiatkiewicz i Dr Starzewski; zastępcy: Dr Świątkiewicz, Dr Haisig, Dr Fels, Dr Jasiński. Z prowincyi członkowie: Dr Smolarski, Dr Mikołajski, Dr Zawadzki, Dr Żukowski, Dr Münzer, Dr Stöckl i Dr Piaskiewicz; zastępcy: Dr Doliński, Dr Ozarkiewicz, Dr Gold, Dr Krasowski, Dr Witoszyński, Dr Gilnreiner, Dr Lewicki.

W dwóch okręgach z powodu unieważnienia wyborów muszą się odbyć wybory ponowne.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 47 (w tem obcych 18), z nich z gruźlicy 13 (4), zapalenia płuc 5 (1), błonicy 1 (1), cholery niemowląt 3. — Od 13. do 19. 1908 urodziło się dzieci żywo 45, nieżywo 2; zmarło osób 45 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy płuc 3 (1), zapalenia płuc 4 (—), błonicy 3 (1), krztuśca 1, płonicy 5 (3), cholery niemowląt 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 20. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 12 (w tem obcych 5), krztuśca 16 (8), płonicy 8, odry 24, duru brzusznego 6 (4), cholery dzieci 3 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 20. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 1), kokluszu 1, płonicy 68 † 4 (6), duru brzusznego 7 (1), *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Talko-Hryncewicz, lekarz okręgowy z Troickosawska został zamianowany nadzwyczajnym profesorem antropologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Minister oświaty w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych zamianował na rok szkolny 1908/9 następujące komisye egzaminacyjne dla medycznych rygorozów w Krakowie: komisarzem rządowym: Dr Gustawa Bielańskiego, zastępcą: Prof. Dr Stanisława Ponikłę; koegzaminatorami dla II rygorozum: Prof. Bujwida, Prof. Pareńskiego, Prof. Piltza, dla III rygorozum: Prof. Reissa, Prof. Pieniążka i Doc. Rutkowskiego. — We Lwowie: komisarzem rządowym: Radcę Dworu Dr Merunowicza, zastępcą: Dr Lachowicza; koegzaminatorami dla II rygorozum: Prof. Raczyńskiego, Prof. Halbana i Prof. Wiczkowskiego; dla III rygorozum: Prof. Łukaszewicza, Prof. Ziembickiego, Prof. Schramma i Prof. Bylickiego.

Lwów. W d. 12. b. m. odbył się egzamin I. wakacyjnego kursu czterotygodniowego dla położnych, urządzonego staraniem lwowskiego Towarzystwa lekarskiego. Przewodniczył: R. Dw. Dr Merunowicz, egzaminowali: Dr Czyżewicz jun. i Prof. Raczyński.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące konkursa: *a*) na nagrodę 200 rb. im. Chałubińskiego, konkurs za najlepszą pracę naukową w latach 1905 do 1908, ostateczny termin składania prac: koniec stycznia 1909; *b*) na nagrodę 150 rb. im. Helbicha za najlepszą pracę naukowo-lekarską ogłoszoną w latach 1907 i 1908; *c*) tematy, z których najlepiej opracowany, otrzyma nagrodę 300 rb z fundacyi Kaczorowskiego.

— W początkach października b. r. otwarte będzie sanatoryum dla niezamożnych chorych piersiowych w Rudce (gub. warszawska). Przyjmowani będą chorzy tylko w I. i II. stadyum gruźlicy. Koszta leczenia i utrzymania wynosić będą 1 rb. 50 kop. od osoby.

— Działający od r. 1905 komitet dla walki z cholerą rozpoczął ponownie swe czynności.

Z różnych stron. Komitet gospodarczy Zjazdu balneologicznego zawiadamia, że Zjazd projektowany na 25. i 26. b. m. w Zakopanem odracza się do roku przyszłego z powodu małej ilości zgłoszeń.

— Budapeszteński Senat akademicki uchwalił, by przestrzegać przy nostryfikacyi dyplomów austryackich tych samych surowych przepisów, co przy nostryfikacyi dyplomów zagranicznych. Lekarz, chcący przeto otrzymać nostryfikacyę dyplomu austryackiego musi zdać najpierw na jednym z uniwersytetów węgierskich II i III. egzamin ścisły, a wtedy dopiero może być dopuszczony do ponownej promocyi.

Odznaczeni: Dr Gładyszewski, inspektor sanitarny otrzymał order Franciszka Józefa.

Mianowani: Matiegka profesorem antropologii w Pradze; Tóth prof. ginekologii w Peszcie; Kraus prof. patologii ogólnej we Wiedniu; Resch dyrektorem szpitala im. Rudolfa we Wiedniu; Mader dyrektorem szpitala im. Wilhelminy we Wiedniu.

Zmarli: Edebohls, prof. ginekologii w Nowym Yorku.

Redakcya otrzymała: Turzański: Migrena oczna. Wypadek obserwowany w praktyce prywatnej. (Odbitka z »Tyg. lek.«). — Puławski: O kąpielach powietrzno-słonecznych i werandowaniu. (Odb. z »Gazety lek.«). — Janiszewski: Opieka nad chorymi gruźliczymi.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 3. października 1908. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (IB) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Prątki durowe we krwi i dodatni odczyn Gruber-Widala w przebiegu ropnicy (Pyämia).

Podał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

W artykule »Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Blute von nicht typhuskranken Personen«, umieszczonym w 21 numerze »Czasopisma lekarskiego monachijskiego« (Münchener med. Wochenschrift, Nr 21, 1908), donosi Busse na podstawie badań w królewskim instytucie higienicznym w Poznaniu, iż prątki tyfusowe mogą się niewątpliwie znajdować we krwi chorych, którzy nie są dotknięci durem brzusznym. U dwóch chorych, gdzie za życia stwierdzono prątki Eberth-Gaffkyego we krwi zapomocą hodowli, a obraz kliniczny przemawiał za durem brzusznym, sekcya wykazała gruźlicę prosówkową jako jedyną chorobę i przyczynę śmierci. W jednym przypadku gruźliczych owrzodzeń, gdzie stanowczo można było wykluczyć dur brzuszny, wyhodowano ze krwi prątki durowe. Podobnie i w czwartym przypadku (u mężczyzny murzyna) w przebiegu zapalenia włóknikowego dolnego płatu płuca prawego — gdzie jako objaw wystąpiła w pierwszych dniach biegunka, wzbudzająca podejrzenie na dur brzuszny, co jednak dalszy przebieg kliniczny stanowczo wykluczył — we krwi wykazano obecność prątków tyfusowych. We wszystkich przypadkach odczyn Gruber-Widala był ujemny. Wobec faktu podniesionego między innymi i przez Jürgensa, iż w kale ludzi, zwłaszcza u suchotników — znajdują się częstokroć prątki durowe w czasie epidemii duru brzusznego, chociaż ludzie ci wcale nie przechodzili tej choroby, uważa Busse owrzodzenia w jelicie już to na tle gruźliczem, już to na tle nieżytowem jako wrota dla przedostania się prątków durowych do naczyń krwionośnych jelitowych, a tem samem następnie i do ogólnego krążenia krwi.

Spostrzeżenia Bussego co do pojawienia się prątków durowych we krwi u chorych nietyfusowych nie są odosobnione. Busse przytacza przypadek z kliniki Krehla, gdzie u chorego na podstawie otrzymanej hodowli prątka durowego ze krwi rozpoznano za życia tyfus brzuszny, a sekcya stwierdziła gruźlicę prosówkową *(tuberculosis miliaris)*.

W miesiącu lipcu b. r. spostrzegałem na oddziale moim przypadek chorobowy, który stanowi potwierdzenie zapatrywania Bussego, iż obecność prątka durowego we krwi nie musi stanowić w każdym przypadku kryteryum rozpoznawczego dla duru brzusznego.

Karol L., l. 16, wyrobnik ze Suchy, został przyjęty na oddział dnia 4. VII. b. r. w stanie znacznego odurzenia; z tego też powodu brak wszelkich wywiadów.

Badanie dnia 5. VII. wykazało stan następujący: Budowa i odżywienie liche. Skóra smagława, blada, sucha; brak jakiejkolwiek osutki; ciepłota ciała 40° C, język obłożony, podsychający.

Klatka piersiowa płaska. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej na 6 żebrze, a lewego na czwartem żebrze; z tyłu w linii przykręgowej granica dolna płuc na dolnym brzegu 10. żebra, ruchoma. Wypuk wszędzie jawny, szmery oddechowe zaostrzone, pokryte dość licznymi świstami i furczeniami; liczba oddechów 20.

Serce prawidłowych rozmiarów. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niewyczuwalne; tony serca głuche; tętno 100, drobne, miękkie, regularne.

Brzuch prawidłowo wysklepiony, tkliwy. Wątroba nie powiększona; śledziona duża, dość miękka. W jelitach mierna ilość gazów i kału.

Pęcherz moczowy rozszerzony, sięga do pępka, bolesny. Oddawanie moczu utrudnione; mocz mętny oddziałuje kwaśno, zawiera chlorki zmniejszone i sporą ilość białka; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni.

Senzoryum zajęte; chory bardzo odurzony i nie odpowiada na pytania; źrenice równe i leniwo oddziałują na światło.

Gruczoły obwodowe prawidłowe.

5. VII. Pod wieczór gorączka 39° C; zresztą s. i.

6. VII. Ciepłota rano 39° C, a wieczorem 38° C; tętno 100. Na wardze dolnej opryszczka *(herpes)*. Język suchy; przed wieczorem silne dreszcze i wymioty; brzuch zapadły.

7. VII. Ciepłota rano 39,8° C, a wieczorem 37,6°; tętno 100, drobne; noc spokojna; brzuch zapadły.

8. VII. Ciepłota rano 38° C, a wieczorem 38,2° C; tętno 90; majaczenia; język suchy, brak stolca. Chory bardzo odurzony i oddaje mocz pod siebie bezwiednie; źrenice równe, leniwo oddziałują na światło. Zarządzono badanie bakteryologiczne krwi, które wykonał uproszony Dr F. Eisenberg, asystent higieny na Uniw. Jag.

9. VII. Ciepłota rano 37,9° C, a wieczorem 37° C; tętno 86, regularne, miękkie; odurzenie znaczne; chory spokojny; jeden zwykły stolec; brak osutki na skórze; opryszczka na wardze przysycha.

10. VII. Ciepłota rano 37,3° C, a wieczorem 36,8° C; tętno 100, drobne, miękkie; język suchy; wymioty, odurzenie; ogólna przeczulica; źrenice równe, prawie nie oddziaływują na światło. Wynik badania bakteryologicznego krwi: Hodowla bakteryi tyfusowych ze krwi dodatnia; odczyn Gruber-Widala dodatni przy rozcieńczeniu 1/50, 1/100 i 1/200.

11. VII. Ciepłota rano i wieczorem 36° C (stan bezgorączkowy); tętno 108; jeden stolec zwyczajny; chory odurzony, mocz oddaje bezwiednie pod siebie; język suchy; w płucach liczne świsty i furczenia i rozsiane rzężenia; liczba oddechów 26; brzuch zapadły.

12. VII. Ciepłota rano i wieczorem 36° C; tętno 108, drobne, bardzo miękkie, regularne. Chory majaczy i krzyczy przez całą noc i w dzień. Popołudniu czkawka, wymioty, *facies Hippocratis.*

13. VII. Wśród ogólnego zapadu — zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne ze względu na wynik badania bakteryologicznego opiewało: *Typhus abdominalis.* Wobec silnego zapadu nasuwało się podejrzenie na powikłanie z krwotokiem wewnętrznym i pęknięciem jelita w następstwie owrzodzeń durowych.

Sekcya zwłok wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego dnia 14. VII. b. r. wykazała:

Rozpoznanie anatomiczne: *Pyämia. Nephritis apostematosa ambilateralis. Urctheritis et cystitis catarrhalis ac. Abscessus lobi superioris pulmonis sin. Pleuritis circumscripta fibrinosa sinistra. Degeneratio parenchymatosa hepatis et musculi cordis. Tumor lienis subacutus.*

Budowa mierna; odżywienie liche. Skóra blada. Tkanka podskórna, kości, stawy, mięśnie, naczynia obwodowe, czaszka, opony mózgowe, mózg, móżdżek, most Warola i rdzeń przedłużony: bez zmian. Śródpiersie prawidłowe. Jamy opłucnowe próżne nie zawierają zrostów. Opłucna płuca lewego w kilku miejscach na ograniczonej powierzchni przyćmiona i pokryta skąpymi złogami włóknikowymi. Płuco prawe zmian nie okazuje. Płuco lewe w górnym płacie w miejscu odpowiadającem przyćmionej opłucnej, okazuje ognisko, wielkości orzecha laskowego, bezpowietrzne, kruche, barwy żółtawo-szarej, z którego za uciskiem wydziela się ciecz ropna. W płacie dolnym płuca lewego — również w miejscach, odpowiadających przyćmieniu opłucnej — widoczne dwa ogniska, każde wielkości orzecha laskowego, ciemno-szare, dość kruche, wydzielające ciecz mętną, bezpowietrzną, szarawoczerwoną. Błona śluzowa oskrzeli różowa, gładka. Gruczoły oskrzelowe, gardło, gruczoł tarczowy, krtań, tchawica, naczynia płucne zmian nie okazują. Worek osierdziowy zawiera pół łyżki cieczy jasnej. Osierdzie, nasierdzie gładkie, lśniące; tkanka podnasierdziowa bez zmian. Komórka i przedsionek lewy skurczone, okazują ścianę prawidłowej grubości, zastawki cienkie, gładkie, lśniące. Komórka i przedsionek prawy nie rozszerzone, zastawki prawidłowe. Tętnica główna i żyły główne bez zmian.

Jama brzuszna próżna; otrzewna gładka, lśniąca; ułożenie trzew prawidłowe. Śledziona miernie powiększona, torebka cienka, pomarszczona, miąższ różowy, kruchy. Nerki obie miernie powiększone, bardzo wiotkie; miąższ zasiany mnogimi ropniami, dochodzącymi wielkości grochu, o rysunku zupełnie zatartym. Miedniczki i kieliszki miernie rozszerzone, błona śluzowa silnie nastrzykana, rozpulchniona.

Nadnercza, trzustka: bez zmian.

Wątroba okazuje miąższ przyćmiony, rysunek utrzymany. Woreczek żółciowy i przewody żółciowe bez zmian.

Przełyk, żołądek: bez zmian. W jelicie cienkiem grudki samotne nieco powiększone; kępki Peyera przedstawiają stan »siatkowaty« i zabarwione są szarawo; zresztą błona śluzowa bez zmian. Nigdzie w jelicie cienkiem nie widać żadnych wyraźnych śladów po przebytym durze jak n. p. blizn i t. p. Jelito grube, kątnica, wyrostek robaczkowy bez zmian. Moczowody: błona śluzowa silnie nastrzykana, rozpulchniona. Pęcherz zawiera mocz mętny; błona śluzowa rozpulchniona, nastrzykana. Części płciowe bez zmian.

Rozpatrując bliżej nasz przypadek chorobowy musimy przyznać, iż przebieg kliniczny przemawiał rychlej za chorobą ostrą zakaźną, ujawniającą się głównie przypadami mózgowymi a nie za durem brzusznym. W czasie 10-dniowego spostrzegania klinicznego można było zauważyć prócz atypowej gorączki i ogólnego odurzenia: opryszczkę na wardze dolnej, ogólną znaczną przeczulicę, wymioty powtarzające się, brzuch zapadły, brak rozwolnienia i osutki na skórze, pęcherz moczowy rozszerzony po pępek i mimowolne oddawanie moczu, ogólny zapad bez objawów krwotoku kiszkowego i zapalenia błony brzusznej. Rozpoznanie kliniczne duru brzusznego opierało się na wyniku badania bakteryologicznego t. j. na wyhodowaniu prątka Eberth-Gaftkyego ze krwi i na dodatnim odczynie Gruber-Widala przy rozcieńczeniu 1/200. Natomiast sekcya wykluczyła wogóle dur brzuszny, a stwierdziła jako sprawę chorobową i przyczynę śmierci pojedyncze ogniska ropne w płucu lewem i bardzo liczne ropnie rozsiane w nerkach, a więc ogólną ropnicę *(pyämia).* Przypadek nasz również poucza, iż nietylko dodatni odczyn Gruber-Widala, co już niejednokrotnie zostało podniesione, ale nawet i wykazanie prątków durowych we krwi nie zawsze stanowi pewny dowód dla istnienia duru brzusznego. Niemniej przypadek nasz zasługuje na uwagę i z tego względu, iż przy wyraźnym odczynie Gruber-Widala (1:200), (który należałoby odnieść z wszelkiem prawdopodobieństwem do dawniej przebytego duru brzusznego) — mogą we krwi krążyć świeże prątki durowe, co dowodzi, że aglutyniny durowe nie stanowią czynnika uodporniającego przeciw zarazkom durowym.

W jaki sposób dostały się zarazki durowe do krwi, nie dają wyjaśnienia oględziny pośmiertne. Prawdopodobnie jednak wobec zmian nieżytowych w jelicie cienkiem nieznaczne ubytki błony śluzowej na tle nieżytu mogły stanowić odnośne wrota.

Nowy sposób leczenia nadżerek na części pochwowej macicy zapomocą przeszczepiania nabłonka pochwowego.

Podał

Dr Wiktor Frommer we Wiedniu.

Mimo licznych zabiegów leczniczych i środków, których używamy do usunięcia nadżerek na części pochwowej macicy, nie zawsze udaje się je usunąć i każdy wie z własnego doświadczenia, ile cierpliwości musi niejednokrotnie posiadać lekarz i chora, aby wygoić uporczywą nadżerkę. Jakkolwiek nadżerki występują po większej części jako objaw lub skutek zapalenia błony śluzowej szyjki macicznej lub jej jamy — pominąwszy przyczyny urazowe lub mechaniczne — to przecież zdarza się niejednokrotnie, a nawet wcale często, że zapalenie błony śluzowej już dawno ustąpiło, a nadżerki jeszcze długi czas się utrzymują i mimo całej staranności w leczeniu i używania rozmaitych środków żrących, jak azotanu srebra, octu drzewnego, rozczynu chlorku cynkowego, nastoju jodu i t. d. nie udaje się osiągnąć pożądanego wyniku.

Stosunki patologiczno-anatomiczne powstawania nadżerek na części pochwowej macicy oraz sposób gojenia się ich w przypadkach, w których zapalenie już ustąpiło, podały mi myśl leczenia nadżerek zapomocą przeszczepiania nabłonka pochwowego.

Jakkolwiek dotychczas wykonałem tylko jedną [1]) próbę, a w przypadku tym udało mi się wygoić nadżerkę z najlepszym skutkiem, to przecież teoretyczne względy pozwalają mi już dzisiaj przesądzić, że przeszczepianie nabłonka pochwowego powinno mieć doniosłe znaczenie w lecznictwie uporczywych nadżerek części pochwowej macicy i spodziewam

[1]) Od czasu wysłania powyższego artykułu do druku, miałem sposobność powtórnie przekonać się o skuteczności leczenia nadżerek zapomocą podanego sposobu.

się, że i koledzy zawodowi nie omieszkają ze swej strony zabieg ten wypróbować i ogłosić wyniki. Naturalnie, że wykonam dalsze próby na licznym materyale klinicznym, sądzę jednak, że już dzisiaj jestem uprawniony do tymczasowego doniesienia.

Zabieg przeszczepiania nabłonka przedstawia się w sposób następujący: Po odpowiedniem odkażeniu narządów rodnych i pochwy ustala się część pochwową zapomocą kulociągu we wzierniku Simsa, poczem nadżerki na części pochwowej wyskrobuje się przy pomocy ostrej łyżeczki, a następnie powierzchnię tę okrywa się wyjałowioną gazą, krwawienie jest przytem nieznaczne i ustępuje zupełnie przy ucisku. Teraz następuje drugi okres zabiegu, a mianowicie oddzielenie odpowiedniego płatu warstwy nabłonkowej i podnabłonkowej z błony śluzowej pochwy zapomocą odpowiedniego płaskiego noża. Tak oddzielony płat nabłonka układa się starannie na odświeżoną powierzchnię rany części pochwowej macicy. Ujście zewnętrzne powinno możliwie pozostać wolne, aby ewentualne wydaliny z błony śluzowej szyjki i jamy macicy mogły swobodnie odpływać.

Przez staranne wyskrobanie nadżerki nietylko usuwa się zupełnie pokrywający ją nabłonek wałeczkowy, lecz także powierzchowne, oraz w głębszych warstwach położone gruczoły ulegają zupełnemu lub częściowemu zniszczeniu, co dla następowego gojenia się nadżerek nie może być obojętnem.

Uzyskanie względnie oddzielenie nabłonka z pochwy, może przy dalszych próbach być ulepszone; sądzę, że wskazanem jest takie oddzielenie nabłonka, by jego brzeg pozostał w łączności z błoną śluzową pochwy, w celu należytego odżywiania. Dalsze próby mogą jednakże wykazać, że jest odpowiedniej oddzielić zupełnie warstwę nabłonkową i pokryć nią nadżartą powierzchnię. Aby nowo przeszczepiony nabłonek płaski (zwłaszcza przy większych nadżerkach), mógł się stale utrzymać na części pochwowej macicy, aż do zupełnego zagojenia rany, wydaje mi się rzeczą wskazaną, prowizoryczne przytwierdzenie go do podścieliska zapomocą szwu katgutowego lub też zaciskadła.

Zatykania pochwy gazą należy unikać, by przezto nie zmiażdżyć nowo przeszczepionego nabłonka. Wytworzony ubytek nabłonka na błonie śluzowej pochwy goi się łatwo bez leczenia. W celu zapobieżenia odpadnięciu przeszczepionego nabłonka układa się chorą na wznak z uniesioną miednicą.

Wynik zabiegu zależy głównie: 1) od dokładnego wyskrobania nadżerki, 2) od ścisłego oddzielenia nabłonka (w jednostajnej i cienkiej warstwie), 3) od starannego rozpostarcia przeszczepionej tkanki nabłonkowej i podnabłonkowej.

Jak wiadomo, nabłonek błony śluzowej pochwy zachowuje się zupełnie analogicznie do nabłonka części pochwowej macicy, gdyż w nim rozróżniamy również trzy warstwy: jedną u podstawy warstwę macierzystą nabłonka wałeczkowego, drugą najbardziej rozwiniętą wielowarstwową o komórkach płaskich różnokształtnych i trzecią powierzchowną warstwę o odpadających bliskich obumarcia komórkach. Ściana pochwy złożona z trzech pokładów: z nabłonka, z tkanki łącznej podnabłonkowej i z warstwy mięsnej, posiada przeciętnie 3—4 mm grubości. Warstwa nabłonkowa pochwy jest najgrubszą w wieku dziecięcym, najcieńszą u kobiet w podeszłym wieku, ponadto najobficiej rozwiniętą jest ona pomiędzy fałdami błony śluzowej pochwy, podczas gdy na szczycie zmarszczków jest stosunkowo najcieńszą. Te stosunki histologiczne należy możliwie uwzględnić przy oddzielaniu nabłonka.

Istotą nadżerek na części pochwowej, jak wiadomo na podstawie prac K. Rugego i i J. Veita, nie jest ubytek nabłonka, lecz zastąpienie nabłonka wielowarstwowego przez warstwę komórek wałeczkowych z błony śluzowej szyjki macicznej.

Nadżerki nie stanowią zatem żadnych owrzodzeń, względnie ziarnin lub otarć, lecz przedstawiają mniejszą lub większą powierzchnię mocno zaczerwienioną, łatwo broczącą, pokrytą cienkim nabłonkiem wałeczkowym, który — podobnie jak gruczoły — okazuje szczególną dążność do wnikania w głąb tkanki łącznej części pochwowej macicy.

Obraz anatomiczny gojenia się nadżerek świadczy, że przeszczepienie nabłonka płaskiego pochwy jest zdolne sprowadzić zupełne wyleczenie i uzasadniają powyższe teoretyczne rozumowanie.

Zupełne wyleczenie następuje wówczas, jeżeli powierzchnia nadżerek pokryje się nowym nabłonkiem płaskim, a gruczoły znikną całkowicie. Jeżeli zaś resztki gruczołów utrzymują się w warstwach głębiej położonych błony śluzowej, wówczas uzyskamy tylko niezupełne wygojenie. Odradzanie się nabłonka płaskiego następuje po największej części od zdrowego brzegu błony śluzowej części pochwowej macicy. Nabłonek płaski powoli posuwa się naprzód, pokrywając zwolna nadżartą powierzchnię, albo podminowuje nabłonek wałeczkowy, podnosząc go z podścieliska. Przy stopniowem posuwaniu się nabłonek ten może się wgłębić w gruczoł i wypełnić całą jego jamę jako stały czopek, albo też przechodzi on ponad gruczołem, pozostawiając mu nabłonek wałeczkowy i zdolność wydzielniczą.

W dalszym przebiegu może tkanka łączna zatkać przewód gruczołowy i przyczynić się do utworzenia torbieli zastoinowych lub pęcherzyków Nabotha, wówczas zachodzi skłonność do odnowy nadżerki. Torbiele zastoinowe dochodzą do pewnej wielkości, następnie pękają, wylewając swoją wydzielinę pomiędzy nabłonek a tkankę łączną, a wtedy może nastąpić zupełne zarośnięcie przewodu gruczołowego. Przekształcenie nabłonka wałeczkowego w płaski na części pochwowej macicy należy do rzadkości. Sądzę, że przez wyskrobanie nadżerki ulegają tak gruczoły, jakoteż i torbiele zastoinowe w znacznej części zniszczeniu i że nowo przeszczepiony nabłonek płaski może sprowadzić zupełny powrót do stanu prawidłowego.

W końcu należy jeszcze nadmienić, że przeszczepienie nabłonka wskazanem jest tylko w przypadkach, w których zapalenie błony śluzowej szyjki lub macicy zupełnie zostało usunięte.

Podając ten nowy sposób leczenia nadżerek, mam nadzieję, że wypełni on niejednokrotnie brak w dotychczasowem leczeniu i usunie ujemne strony odcięcia części pochwowej macicy, które przy rozległych i uporczywych nadżerkach jeszcze czasami wykonujemy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Cheyne. **Rozpoznanie i leczenie złośliwych guzów sutka.** (*76 roczne zebranie British Medical Association w Sheffield*). Na dorocznem zebraniu powyższego Towarzystwa toczyła się bardzo ciekawa dyskusya na temat leczenia i rozpoznania nowotworów sutka. Cheyne uważa za pewny dość wskaźnik rozpoznawczy nierówne ustawienie brodawek (brodawka chorej piersi stoi wyżej). W przypadkach wątpliwych bezwarunkowo powinno się dokonać próbnego wycięcia, ale nie wolno ciąć w guzie, lecz należy albo pojedynczy guzek lub też guz z piersi usunąć zupełnie, a potem w razie, gdy jest złośliwy, dołączyć następowo zabieg doszczętny. Skórę i powięź należy usuwać na wielkiej przestrzeni. Zawsze należy zabierać część mostkową mięśnia piersiowego wielkiego, natomiast część obojczykową i mięsień mały można zostawiać po usunięciu z nich powięzi. Ramię po zabiegu należy ułożyć pod kątem prostym i rychło przystąpić do miesienia. Stilles w dyskusyi oświadcza, że dla szybkiego rozpoznania natury guza zanurza go do 5% kwasu azotowego. Już po kilku minutach tkanka łączna galaretowacieje, a nabłonek mętnieje. Raka galaretowatego uważa za mniej niebezpiecznego i twierdzi, że nawet przy nim nie należy doszczętnie operować. Przy mięsaku nie potrzeba wybierać pachy. Śmiertelność po operacyi raka 2%, wyleczeń zaledwo 40—50%. Przy owrzodziałym guzie usuwa go S. najpierw, a w 14 dni później wykonuje dopiero doszczętny zabieg. Morison usuwa u młodych kobiet równocześnio i jajniki, by zapobiedz zajściu w ciążę. Po zabiegu naświetla długi czas bliznę promieniami Röntgena. Thomas poleca też naświetlanie. Przy operacyi podminowaną skórę nakłuwa w kilku miejscach i przyszywa do mięśni śródżebrowych. Przez to zapobiega obumieraniu płatów. Handley poleca badać zawsze przed zabiegiem miednicę, bo często w jej narządach spotykał przerzuty i we wczesnych okresach. Evans zupełnie nie ustala ramienia po zabiegu, Bell nie wierzy zupełnie, by zabieg mógł z raka wyleczyć, przynajmniej przez 17 lat nie widział ani razu wyleczenia, Lloyd twierdzi zaś, że zaledwo niewielka część przypadków nadaje się do zabiegu. Obiecywać wyleczenia nigdy nie można. *K.*

Baeyr. **Zadania nowoczesnej ortopedyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 36). Dotąd ortopedya nie ma właściwie oznaczonych granic swego zakresu działania. Lorenz twierdzi, że do ortopedyi należą wszelkie choroby narządu ruchowego, twierdzi on, że chirurgia rozpada się na drobniejsze gałęzie i nie długo powiemy: chirurgia umarła, niech żyje chirurgia! Vulpius znów jest zdania, że klinika chirurgiczna powinna medykowi dawać całokształt wiedzy chirurgicznej, a więc i ortopedyę, jednak szczegółowe zadania ortopedyi znajdować się powinny w rękach specyalistów tak, by lekarze, chcący się tej gałęzi poświęcić, mogli u nich się kształcić. Ortopedya według Vulpiusa zajmować się powinna wszelkiemi wrodzonemi i nabytemi zniekształtnieniemi ciała. Autor nie widzi ścisłej granicy pomiędzy ortopedyą a chirurgią. Obecna ortopedia leczy głównie skrzywienia kręgosłupa, zniekształtnienia i skrzywienia krzywicowe, zwichnięcia wrodzone biodra, stopy płaskie, prócz tego jednak należą do niej: gruźlica kostna i wielka gałęź zabiegów przeszczepiania mięśni i nerwów. Przybyło jeszcze do zakresu ortopedyi: miesienie, wyrób opasek, gorsetów i aparatów, co dawniej spoczywało wszystko w ręku nielekarzy. *K.*

Dehner. **Umocowanie sutka celem usunięcia zwisłej piersi.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 36). Celem usunięcia zwisłej piersi u kobiet poleca D. zabieg, który zastosował raz z bardzo dobrym skutkiem. W razie za dużego gruczołu, zmniejsza go przez eliptyczne wycięcie skóry i tkanki podskórnej od góry aż do powięzi mięśnia piersiowego dużego. Potem rozszczepia mięsień piersiowy duży i mały w przebiegu włókien na rozległości 8 cm, uruchomia okostnę trzeciego żebra i przyszywa do niej gruczoł szwami katgutowymi. Wygojenie zupełnie dobre. Zabieg ten poleca D. wykonywać u kobiet, które z powodu zwisłej piersi cierpią na uporczywe wypryski skóry, a nawet bole. Pamiętać należy jednak, że pozostaje potem dość duża blizna. *K.*

Wederhake. **Odkażanie rąk i skóry jodowym czterochlorkiem węgla i dermagummitem.** (*Mediz. Klinik*, 1908, Nr 34). Tak zwane mokre sposoby odkażania rąk nie mogą wnikać głęboko w skórę i zabierać wszelkich zanieczyszczeń i zarazków, z tego też powodu W. uważa sposoby suche za znacznie lepsze i pewniejsze. Z nich powstała też myśl pokrywania rąk powłoczkami nieprzepuszczalnemi. Dotąd nie znamy jednak idealnej powłóczki, bo wymaga się od niej, by przylegała ściśle do rąk, wnikała w głąb skóry, nie pękała, a dawała się łatwo potem usuwać. Po długich próbach doszedł W. w końcu do takiej powłoczki, która, zdaje się, odpowiada wspomnianym wymaganiom. Dermagummit sporządza się z parakauczuku, rozpuszczonego w czterochlorku węgla z dodatkiem rozczynu jodu 0,4 w 100 częściach czterochlorku węgla. W. odkaża ręce w ten sposób, że jałową szczotką lub wacikiem myje ręce rozczynem jodowym czterochlorku węgla (1:1000), a potem na dłonie bierze dermagummit i wciera starannie w ręce. Dermagummit tworzy przytem powłoczkę, którą po zabiegu ściera się znowu czystym czterochlorkiem. Ręce są trochę lepkie, posypuje się proszkiem kaolinowym. Wśród zabiegu można ręce zmywać dowolnie płynami odkażającymi lub alkoholem. Czterochlorek węgla jest niezapalny, nie drogi, a posiada te same własności, co eter lub benzyna. W aptekach nosi nazwę benzynoformu. Dotychczasowe próby dały bardzo dobre wyniki. W. poleca ten sposób odkażania rąk lekarzom praktycznym jako tani, pewny i krótkotrwały. *K.*

Prof. Friedrich. **Operacyjne uruchomienie klatki piersiowej i płuc celem leczenia jednostronnej gruźlicy płuc.** (*Mediz. Klinik.*, 1908, Nr 33). Wszelkie dotychczasowe próby bezpośredniego operacyjnego leczenia gruźlicy płuc nie znalazły obywatelstwa, a to z powodu, że po pierwsze, gruźlica prawie nigdy nie jest cierpieniem miejscowem, lecz rozlanem, a powtóre zabieg na płucach należy do bardzo ciężkich i chorzy sił do niego już nie mają. O wiele też racyonalszemi są zabiegi, dążące pośrednio do leczenia gruźlicy, a zwłaszcza zalecone jeszcze w r. 1888 przez Quinckego uruchomienie klatki piersiowej. Jak wiadomo samo wyleczenie z gruźlicy, polega na kurczeniu i bliznowaceniu się płuca, jak to spostrzegać można często u dzieci, gdzie klatka piersiowa jest jeszcze podatną. U dorosłych temu kurczeniu się przeszkadza sztywna klatka piersiowa, uruchomienie też klatki piersiowej pomaga samoleczeniu natury. Płuca są dostatecznie wydrenowane przez oskrzela i osobnego jakiegoś odpływu nie potrzebują. F. usuwa przy jednostronnych schorzeniach żebra od 2—10 na całej przestrzeni, t. j. od chrząstki aż po kręgosłup. Zabieg ten znoszą chorzy bardzo dobrze, trwa on 20—25 minut. Po zabiegu wynik okazuje się rychło, w postaci spadku ciepłoty, zniknięcia prątków, zmniejszenia się plwociny, podniesienie wagi ciała, poprawy snu i uczucia podmiotowego. Wpływ na serce po zabiegu trwa krótko i chorzy znoszą go bardzo dobrze. *K.*

Dunger. **Ostre nieropne zapalenie tarczycy.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 36). D. opisuje powyższe cierpienie na mocy 7 spostrzeganych przypadków. Występuje ono głównie u młodych dziewcząt nagle, nieraz wśród dreszczy. Towarzyszą bole szyi, zwłaszcza przy łykaniu, a badanie gardła nie wykazuje zmian żadnych. Bole rozpromieniają się do ucha i tyłogłowia, często występuje wdechowa duszność. Zajętym często bywa płat środkowy (*isthmus*) rzadziej boczny. Zapalenie występuje zwykle jako powikłanie ostrych chorób zakaźnych. Rokowanie dobre, nadto zachodzi potrzeba otwarcia tchawicy. Cierpienie to przypomina żywo zmiany tarczycy przy chorobie Basedowa. Leczenie przeciwzapalne i objawowe. *K.*

Dermatologia.

Becker. **Doświadczenia nad leczeniem światłem.** (*Posiedzenie lek. we Frankfurcie n. M.*, 3. II. 1908). Leczenie promieniami Röntgena najpewniej uskutecznia się sposobem Riedera t. j. stosuje się krótkotrwające posiedzenia w dłuższych odstępach czasu z pomocą średnio twardych lamp. Z 22 chorych leczonych w ten sposób z powodu przewlekłego wyprysku skórnego u 17 uzyskał B. pewne i zupełne wyleczenie (od 3 nie dostał odpowiedzi). Podobnie i przy innych chorobach skóry, wyniki są wcale dobre. Radem wyleczył 3 skórniaki zupełnie dobrze. Do leczenia »Uviollampą« nadają się sączące wypryski, trądzik i łuszczyca i spiczaste kłykciny. Lampą kwarcową leczył 57 chorych i miał dobre wyniki, zwłaszcza przy toczniu, łuszczycy i łupieżu. *K.*

Carle. **O znaczeniu dziedzicznem kiły ojca i matki.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 2). C. podziela zdanie wielu nowszych autorów, że kiła matki jest dla potomstwa o wiele niebezpieczniejszą, niż kiła ojca. Mężczyzna kiłowy może płodzić całkiem zdrowe dzieci, jak długo matka nie zakaziła się kiłą. Dla udowodnienia tego zapatrywania przytacza spostrzeżenia różnych autorów i swoje własne, dochodząc do wniosku, że przy udzielaniu pozwolenia na małżeństwo musimy być u kobiet znacznie ostrożniejsi i więcej ściśli, niż u mężczyzn.

Krzyształowicz.

Audry. **Syfilomania i syfilofobia.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 3). Syfilomanami nazywamy ludzi, którzy wmawiają w siebie, że są zarażeni kiłą, chociaż tak nie jest w rzeczywistości. Najczęściej ma się w tym razie do czynienia z ludźmi umysłowo słabymi, nieświadomymi istoty kiły i jej objawów, a którzy każdy najmniejszy objaw nieprawidłowy tłómaczą w kierunku tych chorobliwych myśli. W największej liczbie przypadków nie można ich przekonać o nieprawdziwości tych chorobliwych myśli i stąd uważa się ich za nieuleczalnych. Mania ta prowadzi ich do energicznego leczenia rtęcią, mimo sprzeciwu ze strony lekarza, rzadko jednak doprowadza do samobójstwa. Inaczej zachowuje się syfilofob, gdyż przebył rzeczywiście kiłę i ta świadomość opanowywa go zupełnie, utrzymując go ustawicznie w ciągłem dręczącem podnieceniu. Żyje zatem w ciągłej trwodze następstw tej choroby i możności przeniesienia jej na otoczenie. Stan taki kończy się nierzadko samobójstwem.

Krzyształowicz.

Hamel. **Leczenie wysypek kiłowych miejscowem wstrzykiwaniem rtęci.** (*Annal. d. derm. et syphil.*, 1908, 5). H. próbował, na polecenie Dariera, leczenia miejscowego różnych wysypek kiłowych (guzków, gruzełków i owrzodzeń) wstrzykując pod nie lub w ich miąższ rozczyn hydrarg. cyanatum 1:2000 z dodatkiem stowainy 1:200. Rozczyn ten działał bardzo korzystnie, wstrzykiwania zaś były zupełnie niebolesne. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień w ilości 1 gr w pojedynczy wykwit. Wyleczenie następowało w krótkim czasie. Leczenie ogólne jest jednak nietylko pożądane, ale najczęściej i konieczne, a wspomniane leczenie miejscowe stanowi tylko środek pomocniczy, szczególnie wtedy, gdy leczenia ogólnego dla jakiejś przyczyny jeszcze przeprowadzić nie można. *Krzyształowicz.*

Boyreau. **Leczenie kiły czopkami rtęciowymi.** (*Journ. d. mal. cut. et syph.*, 1908, 3, 4). B. opisuje 31 przypadków kiły, o lekkim i średnim przebiegu, w których stosowano rtęć w czopkach stolcowych wedle metody Andryego. Czopki zawierały po 0,03 gr maści szarej dla dorosłych, a 0,01 dla dzieci, jako dawka codzienna. Chorzy znosili ten rodzaj leczenia bardzo dobrze, nie występowały w żadnym przypadku objawy rtęcicy albo zapalenia kiszki stolcowej, w niektórych przypadkach jednak musiano się uciec do energiczniejszego sposobu stosowania rtęci. Przeciwwskazanie stanowił: późny wiek, krwawnice, rozpadliny około stolca i przypadki, które wymagały szybkiego usunięcia zmian.

Krzyształowicz.

Vörner. **Ospowata wysypka, wywołana środkami leczniczymi.** (*Dermat. Zeits.*, t. XV, zesz. 6). Wykwity wysypki pęcherzykowej ze zagłębieniami środkowemi znamionują ospę prawdziwą i wietrzną, oprócz tego zdarzają się bardzo rzadko, a prawie nieznane są jako następstwa ubocznego działania pewnych leków. V. opisuje przypadek dotyczący 63-letniego robotnika, u którego z powodu półpaśca polecił podawanie na wewnątrz antipiryny i kwasu salicylowego po 0,5 trzy razy dziennie. Już po czwartym proszku zaczął chory doznawać dotkliwego świądu. W następnym dniu spostrzegł autor, że wykwit półpaśca zmienił się zupełnie, pęcherzyki bowiem przybrały postać wrzodów o nieregularnych granicach. Oprócz tego na tułowiu i kończynach po obu stronach ciała zauważył inny rodzaj wysypki pęcherzykowej. Pęcherzyki mniej lub więcej przeźroczyste, częściowo szarobiałej barwy, od wielkości ziarna owsa do wielkości soczewicy rozmnożone były po całej skórze, z początku tylko większe pęcherzyki okazywały środkowe zagłębienia, wciągnięte do środka. Na drugi dzień prawie wszystkie pęcherzyki miały zagłębienia, niektóre już były zaschnięte i pokrywały się strupem. W następnych trzech dniach reszta pęcherzyków uległa zaschnięciu, poczem po odpadnięciu strupów powstały drobne powierzchowne blizny. W trzy tygodnie później po podaniu na próbę tych środków znowu wystąpił odczyn skórny w postaci takiej samej wysypki. *Stopczański.*

Zeisler. **O leczniczem zastosowaniu płynnego powietrza i płynnego kwasu węglowego.** (*Dermat. Zeits.*, t. XV, zesz. 7, 1908). W ostatnich dziesięciu latach zastosowano płynne powietrze w leczeniu różnych chorób skórnych. Środek ten dotąd jednak zupełnie się nie rozpowszechnił z powodu trudności przy nabywaniu tegoż, gdyż produkcya tego środka jest bardzo niewielka. Sposób zastosowania płynnego powietrza jest bardzo prosty i wystarcza w tym celu wacik na pręciku twardym, który po zanurzeniu w płynie przykłada się z pewnym naciskiem na miejsce chorobowe. Natychmiast występuje mniej lub więcej głęboko sięgające zamrożenie, które powoli ustępuje. W krótki czas później występuje przy nieznacznem pieczeniu widoczny odczyn zapalny. W następnych dniach tworzy się w miejscu działania dobrze przylegający strup, który w 10. do 20. dniach oddziela się. Wtedy dopiero można ocenić wynik i w razie potrzeby powtórzyć zamrożenie. Autor stosował w leczeniu znamion wrodzonych, raków skórnych i tocznia rumieniowego płynny kwas węglowy. Kwas węglowy płynny przesyłają do użytku w żelaznych długich cylindrycznych naczyniach, mieszczących 10 do 12 litrów. Zastosowanie bezpośrednie kwasu węglowego w rodzaju natrysku z naczynia nie jest wskazane. Autor poleca następujący sposób użycia: do wentylu naczynia, zawierającego płyn zakłada woreczek skórzany, w którym po otwarciu naczynia uchodzący płyn zagęszcza się w masę śniegową, mającą ciepłotę —90° C. Tą masą śniegową odpowiednio ukształtowaną zapomocą rurki z twardego kauczuku mrozi się miejsce chorobowe. Pierwszym widocznym objawem działania jest zaczerwienienie, po kilku godzinach w miejscu działania tworzą się pęcherze; następowy strup utrzymuje się do dwóch tygodni. Zakres zastosowania tego środka nie jest wielki. Stosowano go z początku głównie w celu usuwania rozmaitych brodawek, znamion i nagniotków. Autor podaje wyleczenie tym sposobem w przypadku, dotyczącym ośmioletniej dziewczynki, u której owłosione ciemno-brunatne znamię naczyniakowe miało 6 cm długości, a 3 cm szerokości. Po ukończeniu leczenia nie było najmniejszej blizny, skóra w miejscu naczyniaka miała wejrzenie zupełnie prawidłowe i nie odróżniała się zupełnie od skóry w otoczeniu. Oprócz tego opisuje Z. dwa przypadki zupełnego wyleczenia raków skórnych zapomocą tego sposobu. W jednym z tych przypadków rak skórny znajdował się w wewnętrznym kącie oka prawego, w drugim przypadku tworzył miękki guz wielkości korony w okolicy lewej skroni. Także bardzo dodatni wynik uzyskał w leczeniu przypadku tocznia rumieniowego, który opierał się poprzednio leczeniu innymi środkami. *Stopczański.*

Pedyatrya.

Lehndorff. **Przyczynek do granulozy tkanki limfatycznej pod postacią białaczki wrzekomej typu Paltaufa-Sternberga.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1908, V). Autor przedstawia w swej pracy dziewczynkę 5-letnią, u której wystąpiło silne powiększenie gruczołów szyjnych w przeciągu 4 miesięcy. Stan chorobowy zupełnie się nie zmieniał, ani przy użyciu soli arszenikowej, ani też jodku potasu. Gruczoły na szyi dochodziły wielkości bobu, a niektóre do wielkości jabłka i były niebolesne, z otoczeniem niezrośnięte. W płucach nie było żadnych zmian. Szmer wdechowy i duszność w położeniu poziomem. Śledziona nieco powiększona, podobnie i wątroba. Ciepłota była z początku prawidłowa, później przez długi czas miała cechy gorączki przerywanej. Tętno 120—144, regularne. W moczu nieco białka; odczyn diazowy utrzymywał się przez cały przeciąg choroby. Badanie mikroskopowe treści otrzymanej zapomocą nakłucia wykazało niewiele limfocytów, komórek tucznych i nabłonkowatych; nie znaleziono zaś zupełnie ani gruzełków, ani też bakteryi gruźliczych. Wynik szczepienia na śwince morskiej okazał się ujemny. Leczenie arsenem i naświetlaniem promieniami Röntgena było bezskuteczne. Gruczoły szyjne powiększały się ustawicznie, obwód szyi dochodził do 46 cm, obrzęk śledziony i wątroby zwiększał się ciągle, aż w końcu umarło dziecko po $3^1/_2$ miesiącach z powodu niedokrwistości postępującej. Cztery tygodnie przed śmiercią okazywała skóra silniejsze i rozległe zabarwienie żółtawo-brunatne, szczególnicj na szyi ponad gruczołami i pod pachami. Błony śluzowe były niezmienione, wybroczyn przez cały czas choroby nie spostrzeżono. Krwinek czerwonych było początkowo 3,020,000, później zaś liczba ich spadła do 1,843,000, hemoglobiny 40%, następnie 20%. Prócz krwinek czerwonych prawidłowych były także i normoblasty, a w miarę postępowania niedokrwistości, zjawiała się i pojkylocytoza. Krwinki białe wynosiły 8,000, przy końcu zaś choroby 16,000. Prócz neutrofilów 80%, eozynochłonnych 2% i limfocytów małych i dużych, znajdowały się i myelocyty. Przy sekcyi znaleziono gruczoły szyjne silnie powiększone, na rozkroju blado-żółte, niezropiałe; częściowa niedodma płata płucnego środkowego i dolnego prawego, zapalenie oskrzeli, obrzęk śledziony i wątroby, w kościach długich szpik kostny czerwony, a w niektórych miejscach galaretowaty. Badanie drobnowidowe powiększonych gruczołów chłonnych wykazało wzrost tkanki granulacyjnej, specyalnej dla chronicznych zapaleń. Taki sam obraz był w śledzionie i w szpiku kostnym. Ta zmiana każe nam oddzielić *granulomatosis* od białaczki wrzekomej, ponieważ przy tej ostatniej nie znachodzimy nigdy w narządach cech zapalenia chronicznego tkanki. Przy rozpoznaniu tego cierpienia możnaby pomylić go z mięsakiem limfatycznym (*lymphosarcoma*), ale, jeśli się weźmie pod uwagę, że przy mięsaku komórki tkanki limfatycznej przechodzą przez otoczkę i po-

wstaje guz, zrastający się silnie z otoczeniem, to o pomyłkę rzeczywiście trudno. Prócz tego mamy i inne cierpienia, z któremi moglibyśmy granulomatosis pomieszać, a mianowicie: białaczkę i białaczkę wrzekomą. W białaczce mamy jednak zmiany, polegające na wybitnie silnem powiększeniu ilości krwinek białych, czego w granulomatosis nie spostrzegamy. Szczególniejszem jest jeszcze i to, że w granulomatosis spotykamy zmniejszony odsetek hemoglobiny, bo 40—20% nawet przy normalnej ilości krwinek. Przy białaczce wrzekomej mamy zawsze leukocytozę limfocytarną, a przy końcu tej choroby spotykamy się zawsze z lymfocytozą, której brak w granulomatosis, dalej mamy zawsze w moczu białko, gdyż to cierpienie sprowadza zwyrodnienie skrobiowate nerek. Schur przytacza słusznie, że tej kombinacyi nie spotykamy nigdy ani w białaczce, ani też w białaczce wrzekomej. Jeszcze jedna sprawa chorobowa wchodzi tutaj w rachubę, a nią jest gruźlica narządów chłonnych. Gruźlica jednak i granulomatosis są to choroby swoiste, lecz jedna może przebiegać dobrze obok drugiej, a nawet niektórzy autorowie, jak Yamasaki, twierdzą, że granulomatosis usposabia do gruźlicy, sama jest chorobą zakaźną, której złośliwego czynnika jednakże nie znamy. Że mamy tutaj przyczynę inną, a nie gruźlicę, tego najlepiej dowodzą wstrzykiwania tuberkuliny z wynikiem zupełnie ujemnym, prócz tego w gruczołach zmienionych nie znaleziono nigdy ani bakteryi gruźliczych, ani też gruzełków. Leczenie tego cierpienia jest tylko objawowe. Co się tyczy nazwiska tej choroby, to najlepszem jest określenie Grosza: *granulomatosis textus lymphatici* z dodatkiem *sub forma pseudoleucaemiae typus Paltauf-Sternberg*. *Dr Kostecki.*

Okulistyka.

Dutoit. **O stosowaniu kokainy w chorobach rogówki.** (*Corrbl. f. schweiz. Ärzte*, 1908, Nr 6). D. dochodzi do wniosków następujących: 1) kokaina nie ma przy najrozmaitszych cierpieniach rogówki żadnego wpływu na bolesność, 2) uszkadza tkankę rogówki i wobec tego jest przy cierpieniach rogówki wprost przeciwwskazana; 3) jedyny wyjątek stanowią ciała obce w rogówce, ale i tu należy stosowanie kokainy jaknajbardziej ograniczyć. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Joseph. **Nowy sposób oznaczania i mierzenie środkowych ubytków w polu widzenia zapomocą kątowego stereoskopu Pigeona.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 2). Najlepsze usługi przy oznaczaniu środkowych ubytków w polu widzenia oddaje stereoskop. J. poleca stereoskop Pigeona. Składa on się z 3 deszczułek spojonych jedną krawędzią, jak karty książki, środkowa z jednej strony pokryta jest szkłem zwierciadłowem i ustawiona jest tak, gdy przyrząd jest rozłożony, że przepoławia kąt krawędziowy, jaki tworzą ze sobą obie boczne deseczki. Na wewnętrznych płaszczyznach tych bocznych deseczek umieszcza się identyczne figury przedstawiające schemat pola widzenia taki, jakiego się używa w perymetryi. Do takiego stereoskopu patrzy badany w ten sposób, że okiem zdrowem widzi obrazek jednej figury schematu w zwierciedle płaskiem dokładnie w tem samem miejscu, w którem widzi drugiem okiem rzeczywistą drugą figurę schematu. Oczy zlewają łatwo obie te figury stereoskopijne, a tem samem zapewniony jest dla oka badanego nieruchomy i niezmienny kierunek patrzenia. Zapomocą małego znaczka białego na czarnym trzonku można teraz na tle figury schematu perymetrycznego (znaczonej białemi liniami na tle ciemnem) zupełnie dokładnie oznaczyć granice środkowego ubytku. *K. W. Majewski.*

Rollet. **O krwiakach pochewek nerwu wzrokowego.** (*Rév. gén. d'Opht.* 1908, Nr 2). Autor przytacza 4 spostrzeżenia własne, z których 3 pierwsze odnoszą się do przypadków złamania czaszki, czwarty zaś jest tylko podaniem wyników mikroskopowego badania preparatu muzealnego, pochodzącego jeszcze z czasów profesora Gayeta, poprzednika Rolleta na katedrze. W jednym z przypadków urazowych spostrzegał R. objaw wziernikowy, znamienny dla krwiaka pochewki nerwu wzrokowego, mianowicie tarczę nerwu wzrokowego otaczał ciemno krwawy pierścień (*halo haemorrhagicus*), zupełnie różniący się od t. zw. pierścienia naczyniówkowego, przytem było nitkowate zwężenie rozgałęzień tętnicy środkowej. We wszystkich przypadkach towarzyszył krwotokowi podoponowemu, mimo wykonanej trepanacyi śmiertelnemu, krwotok do pochewek nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Wilms (Deut. Zeits. f. Chir., t. 93, zesz. 4—5) poleca do wycięcia stercza cięcie 4—5 cm długie na zstępującem ramieniu kości łonowej. Zranienie kiszki odchodowej przytem jest wykluczone. *K.*

Odkażanie rąk 90—96% alkoholem (5 minut) uważa Meissner na mocy doświadczenia kliniki Brunsa za zupełnie pewne i poleca, zwłaszcza lekarzom praktykom. *K.*

W leczeniu kiły poleca gorąco Nagelschmidt »mergal«, jako środek, który zawiera zawsze tę samą ilość rtęci, działa szybko i pewnie bez ubocznych szkodliwości. Dziennie podaje się 6—8 kapsułek. Zwykle 300—350 kapsułek wystarcza do całego leczenia. *K.*

Pudełko z narzędziami, zawsze gotowemi do użytku podał Heermann z Deutz. Narzędzia są w niem umieszczone pojedynczo, każdy w metalowej osłonie, napełnionej płynem odkażającym. *K.*

Plamy z protargolu na bieliznie świeże usuwa się najlepiej mydlinami, starsze zaś jodkiem potasu lub wodą utlenioną z amoniakiem. *K.*

Na oparzenie poleca Renner proszek, składający się z jednej części bizmutu (subnitr) i 2 części koaliny. Posypuje się nim miejsca oparzone, przykrywa gazą i zawija opaską. *K.*

W ogólnych zakażeniach poleca Sick podskórne wstrzykiwania 5—10 cm z 5% rozczynu jodipiny. *K.*

Rosenthal przy otyłości poleca miesienie brzucha, a potem całego ciała. Cały proceder nie powinien trwać dłużej, jak ½—1 godziny. Najpierw miesi się powłoki, potem przechodzi się do miesienia kiszek, zwłaszcza grubej, a w końcu klepie się powłoki. Potem systematyczne miesienie całego ciała. *K.*

Wodniaka jądra leczy Spirt wstrzykiwaniami karbolu z gliceryną (*āā*). Po wypuszczeniu płynu wstrzykuje 6 cm³ środka, miesi worek, by karbol wszędzie zadziałał, potem płyn wypuszcza i płucze jamę wodą jałową. Bolesność przy tym zabiegu nie wielka, a wyniki dobre. *K.*

Perhydrolowy proszek do zębów poleca Birnbaum. Głównym składnikiem jego jest Mg_2O_2. Sole magnowe, tworzące się w ustach zobojętniają kwasy, działające, jak wiadomo, źle na zęby, a wywiązujący się wolny tlen działa znów odkażająco. *K.*

Cynkperhydrol poleca Ritter na oparzeliny, wrzody podudzia, wypryski i zapalenia skóry i t. p. Cynkperhydrol usuwa zastosowany na oparzelinę zaraz ból. Stosuje się go w postaci proszku lub też 25% maści. *K.*

Do zeszycia oddalonych od siebie kikutów ścięgien używa Prof. Ritter kawałka żyły, zwykle odpiszczelowej, wyciętej u tego samego osobnika. Zgojenie występuje przytem rychło i pewnie. *K.*

Przy kryzach żołądkowych i strzelających bolach w wiądzie rdzenia stosowali Marinesco i Gradinesco nieraz z bardzo wybitnym skutkiem śródoponowe wstrzykiwania siarkanu magnu. Niestety, czasem sposób ten może wywołać i skutek odwrotny, t. j. wzmożenie się bolów, dalej zatrzymanie moczu i podniesienie ciepłoty. *K.*

Zatrucie veronalem cechuje podług Steinitza utrata przytomności wśród podniecenia, wysypka, podobna, jak przy płonicy i skąpomocz. Źrenice zwykle są zwężone, nieraz brak odruchu rogówki. Często ciepłota bywa podniesiona. Ponad 10 gm zatrucia bywają nieraz śmiertelne. Leczenie: płukania żołądka, środki przeczyszczające i pobudzające. *K.*

Przy karmieniu piersią poleca Nagel zwracać uwagę matek, by na jedno posiedzenie nie podawały dziecku obu piersi, gdy w takim razie gruczoł nie opróżnia się doszczętnie nigdy, co sprowadza zastój, a potem zanikanie pokarmu. Niemowlę nie należy przystawiać do piersi za wczas, dopiero drugiego dnia. W razie gdy podaje się i flaszeczkę, powinno się uważać, by smoczek miał mały otworek tak, aby dziecko przy ssaniu musiało pracować. W przeciwnym razie, t. j. gdy pokarm z flaszki odchodzi łatwo, dziecko potem niechętnie chwyta pierś, gdyż musi więcej pracować. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 4. września 1908.

Wiceprezes Dr Łazarewicz wita kolegów po dłuższej przerwie letniej i referuje o zaproszeniu Dra Frączaka z Buffalo na konferencyę przeciwgruźliczą w Waszyngtonie. Wydział zgadza się na to, żeby wyznaczyć wraz z innemi Towarzystwami lekarskiemi polskiego reprezentanta na tym Zjeździe.

Po przeczytaniu protokołu przez Dr Dembińskiego, referuje tenże o nowym przetworze z części eucalyptusa, wytworzonym przez Hr. Skórzewskiego z Lubostronia. Chodzi tu o małe cegiełki, zawierające w sobie olejki eteryczne eucalyptusu, które przy spaleniu ulatniają się i przez to nadają się do wdychania przy gruźlicy. Preparat nazywa się »Euscol« i ma być opatentowany. Spostrzeżenia w Rosyi, że tam, gdzie ludzie oddychają często drzewnym dymem nie przydarza się wcale gruźlica płuc, uprawniają do stosowania i wypróbowania nowego środka.

Dr Karwowski referuje, nawiązując do protokołu o stosowaniu drzemki skopolaminowej we Fryburgu badeńskim, w którym bawił na studyach. Dr Łazarewicz od siebie dorzuca jeszcze kilka uwag, mianowicie kładzie nacisk na konieczność bezwzględnego spokoju przy narkozie skopolaminowej.

Następnie Dr Łazarewicz przedstawia fotografie, nadesłane przez Dr Szafarkiewicza z Gniezna, a przedstawiające przypadek akromegalii i wyjaśnia istotę, piśmiennictwo i swoje zapatrywania co do tej choroby. Uważa, że w tym wypadku prawdopodobnie chodziło o myxoedema, mające wiele podobieństwa z akromegalią. Tej chorobie towarzyszy nie obrzmienie, lecz rzeczywisty przerost tkanki i to łącznej podskórnej. Rozrastając się, wciska się między tkankę łuszczową, rozdziela włókna nerwów, przez co nieraz wywołuje zaburzenia w sferze czuciowej, następowo dopiero przerastają także kości, ale wskutek ciężaru powiększonych członków. Odkryto, że przy rzadkiej tej chorobie musi być związek jakiś z przysadką mózgową (*glandula pituitaria*); naczynia krwionośne cierpią wskutek jakiegoś nieznanego zakażenia, spowodowanego nieprawidłowem działaniem przysadki. W niektórych wypadkach dawanie przysadki istotnie zdawało się wywierać pewien korzystny wpływ na akromegalię. Benda radzi operować przysadkę, co atoli tylko może mieć znaczenie teoretyczne.

Dr Karwowski zaznacza, że zachodzi łączność między przysadką a sferą płciową i wspomina próby V. Varnabo, który u psów stwierdził, że po przecięciu sznurków nasiennych z obu stron lub jednostronnej kastracyi a drugostronnem przecięciu sznurka następował silny przerost przysadki.

Dr Łazarewicz dodaje do tego, że istotnie przy akromegalii stwierdzono niepłodność.

Dr Nowakowski wspomina, że spostrzegał przypadek akromegalii, gdzie ręce, nogi, szczęka i wargi doszły do wielkich rozmiarów.

Następnie referuje Dr Mieczkowski: **O szkorbucie.** Opisuje chorego wycieńczonego zupełnie bubonami kiłowymi, którego operował przed kilku laty. Gruczoły okazały się jako gruźlicze, zmienione, a po kilku dniach rany krwawiły bardzo silnie miąższowo. Przytem cierpiał on na zupełne rozluźnienie błony śluzowej ust. Dyeta, składająca się ze świeżych jarzyn, owoców i t. d. po kilku tygodniach doprowadziła do wygojenia. Referent przypuszcza, że chodziło tu o szkorbut wskutek wycieńczenia.

W dyskusyi Dr Karwowski przypuszcza możliwość, że chodziło o zapalenie rtęciowe dziąseł u osłabionego bardzo chorego i wspomina o podobnym przypadku, spostrzeganym niedawno i rozpoznanym jako szkorbut. Podobnie zapatruje się także Dr Łazarewicz i Dr Nowakowski.

Dr Adamczewski wspomina o 4-letniem dziecku, które prócz plam krwawych na ciele miało także krwawienie z dziąseł. Adrenalina wygoiła chorobę.

Dr Łazarewicz podnosi znakomite działanie przy krwawiączce (*hemofilii*) żelatyny Mercka, którą można stosować wewnętrznie u dzieci, u dorosłych podskórnie. Zwraca uwagę na dawniejsze przypadki, gdzie po zastrzyknięciu żelatyny nieraz następował tężec i stwierdza, że zakażenia te polegały na niedość wyjałowionym preparacie. Obecnie 40% rozczyn żelatyny Mercka jest tak znakomicie wyjałowiony, że go można bez żadnej obawy stosować. U kobiet zaś przy krwawieniach macicznych, spowodowanych hemofilią działają doskonale wyparzania Pincusa. Na zapalenie dziąseł (*stomatitis*) poleca t. zw. kaubalsam »Saphir«.

Posiedzenie Wydziału z dnia 18. września 1908 r.

Zagajając zebranie wiceprezes Dr Łazarewicz poświęca słów kilka zmarłym kolegom ś. p. Dr Wiktorowi Schrautowi z Pniew i Dr Michałowi Szurmińskiemu z Sulmierzyc. Pierwszy był gorliwym członkiem Wydziału, a jako lekarz i człowiek zyskał sobie ogólne uznanie i szacunek obu narodowości, które umiał ze sobą godzić. Drugi, choć nie należał do Wydziału był znakomitym i cenionym lekarzem. Na pogrzebie ś. p. Dr Schrauta Wydział reprezentowali kol.: Łazarewicz, Schultz i Wlazłowski. Pamięć zmarłych Zebranie uczciło przez powstanie.

W sprawie Zjazdu gruźliczego w Waszyngtonie, to po porozumieniu się z Prof, Dr Ciechanowskim, radzi zaniechać zamierzonej reprezentacyi, skoro polskie Towarzystwa przeciwgruźlicze się tą sprawą nie zajęły.

Na wniosek Dr Karwowskiego Wydział postanawia przesłać kondolencyę Prof. Dr Bylickiemu ze Lwowa z powodu zgonu jego małżonki.

Następnie Dr Kroll demonstruje kobietę 62-letnią z ogromnem zniekształtnieniem twarzy, spowodowanem przez narośl. Badanie wykazało, że chodzi o tłuszczaka, dość rzadkiego w okolicy dolnej szczęki. Referent wykona zabieg operacyjny.

Dr Karwowski przedstawia rentgenogram ręki przestrzelonej 30 śrutami, których nie można było wyczuć przy obmacaniu.

Walne Zebranie postanowiono odbyć w połowie października. O wykład obiecany przez Prof. Dr Kleckiego z Krakowa poprosi wiceprezes.

Dr Karwowski radzi zaprosić na Walne Zebranie także kolegów z pobliskiego Kalisza, na co się zebrani godzą.

Resztę posiedzenia zajęła nader ożywiona dyskusya nad sprawami zawodowemi. *Dr Adam Karwowski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 21. maja (3. czerwca) 1908 r.

Obecnych członków 20.

Przewodniczący: K. Rumszewicz.

Na porządku dziennym:

1) Odczyt K. Rumszewicza: **O torbielach spojówki** (będzie ogłoszony w »Postępie okulistycznym«) z demonstracyą preparatów mikroskopowych.

Dyskusyi nie było.

2) Odczyt Makowskiego: **Odczyn v. Pirqueta w chirurgii.**

Dyskusya: Rumszewicz pyta, czy prelegent przy stosowaniu odczynu nigdy nie zauważył poważniejszych zmian skóry w miejscu szczepienia (w piśmiennictwie znane już są podobne niepożądane powikłania), a dalej stwierdza, że odczyn przy używaniu »Alt-Tuberculin« wypadał nieraz dodatnio u osobników, pozornie przynajmniej zupełnie zdrowych. Ponieważ prelegent wspomniał także o próbach z odczynnikiem Calmettea, a więc R. zaznacza, że najpoważniejszem przeciwwskazaniem użycia tego sposobu są nie choroby spojówki, lecz najlżejsze chociażby gruźlicze cierpienie tęczówki. — Sochacki: Rozpoznawcze działanie odczynników takich, jak odczynnik Pirqueta, możemy sobie tłómaczyć w sposób następujący: Dodając do istniejących już w ustroju toksyn nowe toksyny, osiągamy ujawnienie się ich działania na organizm, czyli właśnie odczyn. Ten ostatni zaś wyraża się przez to, że pobudza do działania fagocyty, do których aktywizacyi toksyny, wytwarzane przez sam ustrój chorego przy niektórych chorobach (n. p. gruźlica, przymiot) bywają w pewnych razach za słabe. Taki pogląd ułatwia nam zrozumienie leczniczego działania n. p. tuberkuliny. — Bylina, zastanawiając się nad teoryą działania odczynnika Pirqueta, stwierdza, że ustrój zakażony wytwarza przeciwciała. Jeśli wprowadzamy doń nowe toksyny, to miejscowy odczyn uważać należy jako skutek połączenia antytoksyn właśnie z temi nowemi toksynami. Co się tyczy wyników odczynu Calmettea, to należy je przyjmować z wielką ostrożnością. — Makowski: Teorya odczynu Pirquetowskiego pozostaje mimo wszystko kwestyą otwartą. Ważnem jest pytanie, czy odczyn Pirqueta jest swoistym odczynem, czy też nie. Jeśli tak, to ujemny wynik mógłby mieć duże rozpoznawcze znaczenie u dorosłych, u dzieci zaś, u których gruźlica mniej jest rozpowszechniona, także dodatni wynik.

S. Trzebiński.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Dokończenie).

Zmarłych grzebano zwykle w tej odzieży, w jakiej zmarli i to jaknajprędzej. Kuryerzy i urzędnicy, jadący z miejscowości zakażonej, podlegali srogiej kwarantanie od 2—3 tygodni. Część zadań policyjno-sanitarnych wkładała administracya na gospodarzy domów; każdy z gospodarzy, któryby w swój dom przyjął człowieka z miejsc zakażonych, miał być spalony na stosie. Rozporządzenie to ściśle wykonywano. Wewnątrz państwa zatrzymywała straż nieraz jadących i bez »projezżich hramot« nie przepuszczała. Podróżnych z miejsc zadżumionych odsyłano z powrotem, nie robiono wyjątków nawet dla kuryerów od panujących. Znajdujemy też zajmujący dokument z r. 1654, w którym wojewoda Wileński donosi, że wielu mieszczan widząc »gniew Boży« zaczęło rozjeżdżać się; rozkazał więc pozamykać bramy i z miasta mieszczan nie wypuszczać. Ludność wileńska podała prośbę »czołobitną«, ażeby jej pozwolono wyjechać do Łukiszek za rzekę Wilię, przemieszkiwać w polach, lasach i wsiach, dopóki w Wilnie »gniew Boży« nie ustanie. Prośba mieszczan została uwzględniona. I w innych miejscowościach praktykowały się podobne wyludnienia miast na poblizkie pola i stepy, jak n. p. w Nowobogorodicku, Kursku i. t. d. Rząd sam wydał rozporządzenie w r. 1654, aby wysiedlać ludność z miejsc zapowietrzonych, co było powodem rozszerzenia się epidemii. Ludność uciekała nietylc przed niebezpieczeństwem zarażenia się, ile wskutek ogólnej paniki, jaka w takich razach wszystkich ogarniała. Cyrkularze rządowe ówczesne zawierają rozporządzenia, ażeby zmarłych na choroby zakaźne grzebać oddzielnie, dalej za miastem, na osobnych cmentarzach i nie przy cerkwiach. Na mogiłach takich zwykle rozkładano ogień, a mogiły przysypywano popiołem, ażeby dzikie zwierzęta nie mogły ich rozkopywać. Ruchomości po zmarłych nieraz rozchwytywali obecni, na co moskiewska administracya zwracała uwagę, każąc wszystko palić. W r. 1657 w Wierchoturiu podczas moru nakazano odzież pozostałą po zmarłych wymyć i wymrażać, a tę, którą mieli na sobie, oraz pościel ich spalić, ludzi zdrowych z domów zapowietrzonych przesiedlać, a tam, gdzie byli zmarli, nie mieszkać dwa tygodnie, ażeby ściany przemarzły, następnie piece silnie napalać jałowcem z piołunem przez trzy dni. Wogóle administracya ściśle trzymała się ukazu z r. 1691. Do środków ochronnych należało rozporządzenie, by w miejscach zakażonych przyjmować żywność i zboże z pewnemi ostrożnościami, jak i pieniądze miedziane, które należało wymyć w wodzie i przetrzeć piaskiem. Bywały wypadki, że wszystkie pieniądze kasy państwowej przemywano wodą i piaskiem, jak podczas strasznej epidemii w Kursku r. 1690. Całe miasto wówczas ściśle odosobniono, a tylko kuryerzy przez rzekę i ogień, dowiadywali się o biegu epidemii. Mieszkańcy Kurska, odcięci od wszelkiej komunikacyi, pozbawieni w końcu pożywienia i zagrożeni głodową śmiercią, zaczęli się burzyć i oznajmili, że jeśli nie otrzymają pożywienia, to sami je pójdą zdobywać, gdyż w obydwóch razach śmierć im zagraża, co też spełnili, przechodząc kordon, rabując w okolicach pożywienie, wino i miód i oddając się hulatyce i bójkom. W r. 1657 podczas moru ustanowiono kwarantanę pomiędzy Wilnem, a Borysowem i zabroniono wszelkiej komunikacyi pod karą śmierci. W r. 1656 postawiono straż około Wierchoturia. ostrzegając straż, że ieśli kogo przepuści i choroba przez to przejdzie na Syberyę, to strażnicy śmiercią będą karani. Wielka odpowiedzialność, leżąca na straży kwarantanowej, zmuszała ją często do ucieczki. Zbiegów ze straży srogo karano, piewszy raz bito knutem, za drugim skazywano na śmierć. Wojewodowie, którzy wskutek niedbałości i złego dozoru nieograniczali epidemii, podlegali »opale« i »zestokomu nakazaniu bez poszczady«. Korespondencye i doniesienia z miejsc zadżumionych przepisywano nieraz kilkakrotnie i ostatnią kopię tylko wręczano carowi, a przepisujący jakiś czas nie miał prawa podchodzić do nikogo.

Liczne kordony przy wciąż grasujących epidemiach przyczyniały się wielce do zastoju w ekonomicznem życiu kraju, co zmuszało administracyę do bacznego nadzorowania epidemii. W tym celu porozumiewano się przez ogień z miejscowościami, w których panowały epidemie, jaka choroba panuje, ilu chorych, ilu umiera i t. d. Nieraz dopytywano po tysiąc i więcej osób. zapisując ich słowa, niekiedy wszystkich włościan we wsi. — Jednak srogość kwarantany ustępowała nieraz wobec interesów ekonomicznych rządu moskiewskiego, podobnie jak i w Rosyi współczesnej, gdzie w miejscowościach, dotkniętych nieurodzajem, wobec milionów głodnych, sprzedaje się wódkę w większych ilościach, niż w innych latach, a podatki egzekwuje się z niemniejszą srogością. Podobnie praktykowało się i w wieku XVII. W r. 1690 doniesiono z Kurska, że straże powstrzymały przywóz wódki i miodu do składów rządowych; nakazano osłabić kwarantanę. Mieszkańcy tegoż Kurska prosili w swej »prośbie czołobitnej« o uwolnienie od podatków z racyi podupadłego ruchu handlowego, lecz rząd tego nie uwzględnił. Środki ochronne, jakie stosowało państwo Moskiewskie w połowie XVII stulecia przeciw chorobom zakaźnym, noszą z jednej strony charakter ściśle określony i konsekwentny, ale z drugiej strony była to mieszanina religijnych pojęć i przepisów szkodliwych i bezużytecznych. Tak n. p. z rozporządzenia władz do różnych miast, gdzie grasowały choroby epidemiczne, »dla zmniejszenia ich i wpływu nieczystego ducha« posyłano krzyże z relikwiami i rozkazywano przyjmować je duchowieństwu z ludem uroczyście, odprawiać nabożeństwa, wodą święcić ludzi i zwierzęta. Przyczyniało się to bardzo do rozpowszechnienia zarazy, gdyż krzyże z relikwiami obnoszono według ukazu po miastach zapowietrzonych, przy tłumach ludu, przyczem nakazywano zachowywać posty, modlić się i jak najliczniej przystępować do spowiedzi i komunii. Woda święcona była uważana za środek nietylko zapobiegawczy, ale i odkażający; tak n. p. gdy w r. 1660 w Streleckim umarła pewna tatarka, rozkazano miejsca, gdzie ona wymiotowała i umarła, wyskrobać, wymyć, a następnie wodą święconą pokropić. Tak było w Rosyi, gdy we Francyi ordonans z r. 1596 i następne zalecały wyłącznie domy zadżumione tylko odosabniać i w tym celu umieszczać na nich biały krzyż; w końcu XVI w. w Paryżu rozkładano stosy drew na ulicach dla oczyszczenia powietrza i odegnania zarazy. W Moskwie dla odkażenia oprócz okurzania d.wami jałowcowemi, okurzano octem, a wewnętrznie używano środków takich, jak pieprz, ocet, wódka. Z wywiadywaniem się o chorobach grasujących na granicy i w państwach sąsiednich połączone było w czasach późniejszych także zbieranie wiadomości czysto politycznego charakteru o rozkwaterowaniu wojsk w państwach sąsiednich, o politycznych stosunkach Polski, Francyi, Krymu, Turcyi i t. d.

Epizoocye należały w Carstwie Moskiewskiem do zjawisk zwykłych i obejmowały znaczne przestrzenie, sprawiając ludności ogromne straty ekonomiczne, jak księgosusz, pryszcz syberyjski, zapalenie nagminne płuc i t. d. Pierwszą wzmiankę o chorobach bydła znajdujemy w latopisie z r. 1264 w słowach »byst' welikij mor wo skotiech«. W w. XIV i XV epidemiom ludzkim zwykle towarzyszą zwierzęce, lecz ani o sposobach leczenia, ani o środkach zapobiegawczych przeciw zarazom bydlęcym wiadomości nie ma; spotyka się je zaledwie dopiero w początkach XVII w. W r. 1631 przekonano się w powiecie kołomieńskim, że pryszcz syberyjski udziela się od bydła ludziom. Od tego czasu Moskwa zarządza pewne środki ochronne przeciw szerzeniu się zarazy, wzbraniając zdejmować skóry z padłych zwierząt i dotykać się ich rękami. Trupy padłych zwierząt zakazywano rzucać na drogach, lub do wody, lecz kazano je zakopywać głęboko w ziemi, w miejscach oddalonych, aby dziki zwierz, lub psy nie mogły ich odgrzebać. Wykroczenia przeciw tym prawidłom karano więzieniem i knutami. Później już wprowadzono także środki ochronne przeciw chorobom zakaźnym u bydła i u ludzi, jak kordony i kwarantany. Pierwszy ukaz podobny wydano w r. 1629; surowość za niespełnianie »prykazów« dochodzi do kary śmierci. Od czasu do czasu objawiały się protesty ludu moskiewskiego, pogrążonego w niewoli, przeciw krwiożerczym i despotycznym prawom. W czasie zarazy na konie w r. 1848 w Rżewie donosi wojewoda do Moskwy, że rozkaz carski wymierzenia kary śmierci nie może być spełniony, gdyż Rżewianie odmówili z pośród siebie dostarczyć kata. Podobne protesty nie były rzadkie w obec kar, wymierzanych czarodziejom.

Ówczesna administracya moskiewska często nie odróżniała epidemicznych chorób ludzkich od zwierzęcych i brała jedne za drugie. W opisach niektórych chorób epizootycznych znajdujemy następujące określenia: »objawitsia na briuchie jabłoko i ot toho umirojut«, »puzdro (brzuch) puchniet«, »puzdro i gorło puchniet«, »objawitsia opuchol na grudi ili na puzdrie, a inoho znaku nikakoho niet i ot toj boliezni łoszadi padut« i t. d. Szerokiem rozkrzewieniem się epizoocyi i olbrzymiemi stratami ekonomicznemi, jakie przez nie powstawały, da się wytłómaczyć silny i nieustanny ruch mechanizmu kwarantano-policyjnego.

Wszystkie środki i prawa przeciw chorobom zakaźnym, zaprowadzone w okresie moskiewskim, pochodziły częścią z prze-

sądów ludowych, w części od przybyłych lekarzy cudzoziemców. Piotr I potwierdza rozporządzenia, wydane przez poprzednio panujących. Ukaz n. p. z r. 1771 nakazuje ludzi i ruchomości, przewożone z miejsc zapowietrzonych, zatrzymywać w kwarantanie od 21—42 dni; codziennie po zachodzie słońca wykurzać domy zapowietrzone bogatych »ładonem«, średnio-zamożnych jagodami jałowcowemi, a biednych drzewem jałowcowem lub słomą. Za grabież ruchomości z domów zapowietrzonych winnych należy karać śmiercią. Towary z miejsc zarażonych nakazano zatrzymywać w kwarantanie przez dni 15, przewietrzać i wykurzać: odzież i bieliznę wymyć, futra okurzać, wywietrzać i spryskiwać octem, listy i asygnacye pieniężne moczyć w occie i wysuszać, a następnie wysyłać dalej. Wszystkie więc prawa późniejsze co do policyi lekarskiej w Rosyi są wzorowane na epoce moskiewskiej. Jakby więc krytycznie odnosić się do pierwotnych środków epoki przedpiotrowej, bądź co bądź stały się one podwalinami nowo powstającego gmachu współczesnej medycyny społecznej w państwie rosyjskiem.

Rozpatrując ostatecznie środki, używane przez rządy moskiewskie do walki z chorobami zakaźnemi u ludzi i zwierząt, autor przytacza następne: 1) Odosobnienie chorych, budynków i całych okolic. 2) Rychłe grzebanie zmarłych zdala od miejsc zamieszkałych i źródeł wód służących do picia. 3) Odkażanie przez okurzanie, wymrażanie i nagrzewanie wszystkiego tego, co miało związek z zarazą.

Czasy późniejsze, a nawet współczesne, pomimo wzrostu nauk przyrodniczych, niewiele wniosły nowych pierwiastków dla walki z epidemiami. W tem tylko zauważyć się daje postęp, że posiadamy więcej i lepszych środków odkażających, a przyszłość niewątpliwie ich liczbę jeszcze pomnoży, choć sama zasada odkażania pozostaje niezmienioną. Odosobnienie praktykuje się obecnie, jak i przed wiekami, stając się wespół z odkażeniem podstawowym czynnikiem współczesnej policyi lekarskiej i osnową wiedzy, którą ludzkość zdobyła za pomocą empirki.

Troickosawsk, za Bajkałem. Październik, 1907.

Dr J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Dnia 16. IX. b. r. na posiedzeniu Wydziału Izby lek. zach.-gal. odbyło się skrutynium z wyborów do Izby. Wybrani zostali następujący członkowie i ich zastępcy:

Z grupy I. (pow. Biała, Chrzanów, Wadowice, Żywiec): członkiem: Dr Jan Gawlik, zastępcą: Dr Wiktor Idziński.

Z grupy II. (pow. Bochnia, Limanowa, Myślenice, Kraków (z wyjątkiem miasta), Nowy Targ, Podgórze, Wieliczka): członkiem: Dr Wiktor Łodziński, zastępcą: Dr Kazimierz Służewski.

Z grupy III. (pow. Gorlice, Grybów, Jasło, Nowy Sącz): członkiem: Dr Tadeusz Kijas, zastępcą: Dr Bronisław Olszewski.

Z grupy IV. (pow. Brzozów, Dobromil, Krosno, Lisko, Sanok): członkiem: Dr Ludwik Ćwiklicer, zastępcą: Dr Karol Zaleski.

Z grupy V. (pow. Brzesko, Dąbrowa, Pilzno, Tarnów): członkiem: Dr Włodzimierz Rogalski, zastępcą: Dr Szymon Bernadzikowski.

Z grupy VI. (pow. Kolbuszowa, Mielec, Ropczyce, Rzeszów, Strzyżów): członkiem: Dr Stanisław Jabłoński, zastępcą: Dr Wojciech Fiałkowski.

Z grupy VII. (pow. Jarosław, Łańcut, Nisko, Przeworsk, Tarnobrzeg): członkiem: Dr Adolf Dietzius, zastępcą: Dr Antoni Sawicki.

Z grupy VIII. (miasto Kraków): członkami: Dr Adam Ackermann, Dr Wacław Damski, Dr Jan Landau, Dr Stefan Schoengut, zastępcami: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, Doc. Dr Stanisław Dobrowolski, Dr Antoni Jabłoński, Dr Eljasz Stahr.

Emerytura lekarzy okręgowych. Wydział krajowy wniósł do Sejmu przedłożenie z wnioskiem ustawy krajowej, określające emeryturę dla lekarzy okręgowych, oraz zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach okręgowych. Przed opracowaniem przedłożenia odniósł się Wydział krajowy do wszystkich Wydziałów powiatowych z zapytaniem, czy i w jakim stosunku zechcą one przyczynić się do funduszu emerytalnego lekarzy okręgowych. Znamienita większość Wydziałów powiatowych zobowiązała się do udziału w funduszu w ilości 3% od płac tych lekarzy, płaconych przez powiaty. Kilka Wydziałów powiatowych uchwaliło nawet wprost emerytury z własnych funduszów. Emerytura w myśl wniosku Wydziału krajowego ma się odnosić do wszystkich lekarzy okręgowych, którzy w dniu otrzymania posady nie przekroczyli 40. rok życia, dotyczy także tych lekarzy, którzy mają uchwaloną emeryturę z funduszów powiatowych. Lekarzom okręgowym, mianowanym przed wejściem w życie tej ustawy emerytalnej mają być wliczone lata poprzednie służby, ale nie więcej, jak lat 10, o ile opłacą taksę nominacyjną w kwocie 100 koron i 3% wkładki za policzony czas służby.

Na fundusz emerytalny, którym zarządzać będzie Wydział krajowy, składają się: taksy nominacyjne, 3% wkładki od policzonych lat służbowych, 3% od ustanowionej płacy nominalnej lekarza, 3% opłat z funduszów powiatowych i 3% opłat z funduszu krajowego. Emeryturę pełną określono ilością 1000 koron, którą uzyskuje lekarz okręgowy po 35 latach służby, liczonych od dnia złożenia przysięgi. Emeryturę wogóle może otrzymać lekarz już po 5 latach służby, skoro wykonywanie służby wywoła u niego niemożność dalszego urzędowania, a wtedy otrzyma 40% pełnej emerytury, jakby po 10 latach służby. Po 10 latach służby otrzymuje 40% emerytury, za każdy następny rok służby zwiększa się emerytura o 2,4%. Gdyby lekarz z powodu pełnienia służby stał się zupełnie niezdolnym do zarobkowania, natenczas bez względu na ilość lat, spędzonych w służbie, otrzyma co najmniej emeryturę, przypadającą dopiero po 20 latach służby. Wdowy po lekarzach okręgowych otrzymają 50% płacy, jako minimalnej ustawą określonej, a sieroty do 24 roku życia ¼ część pensyi wdowiej — w każdym razie ogólna kwota datków sierocych nie może przekraczać pensyi wdowiej. Wreszcie określono krwartał pośmiertny kwotą, odpowiadającą 25% pensyi minimalnej lekarza okręgowego.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 2; zmarło osób 52 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy 8 (4), zapalenia płuc 10 (1), płonicy 2 (1), duru brzusznego — (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 13 (w tem obcych 5), krztuśca 5 płonicy 8 (2), odry 9, duru brzusznego 5 (3). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 23. IX. b. r. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-gal., na którem: 1) Przewodniczący zdawał sprawę z czynności Rady honorowej i Wydziału; 2) zajmowano się sprawami obrad XIII. wiecu Izb, który odbędzie się w Pradze 29. i 30. b. m.; 3) Dr D. interpelował w sprawie wzywania przez sąd jako rzeczoznawców lekarzy wojskowych. Uchwalono odnieść się do Apelacyi lwowskiej; 4) następnie załatwiono szereg drobnych spraw.

— Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego Józefa i Emmy hr Załuskich w Iwoniczu przesłała na ręce skarbnika Towarzystwa Samopomocy lekarzy kwotę 150 K, złożoną przez grono gości przy uczcie pożegnalnej, urządzonej na cześć Dra Juliana Staniszewskiego. Za wspaniałomyślny dar składa Towarzystwo Samopomocy lekarzy w Krakowie serdeczne podziękowanie.

Lwów. Posiedzenie Wydziału Izby lek. wschodnio-galicyj. odbyło się dnia 18. września b. r., na którem: Uchwalono wnieść petycyę do Sejmu o przyznanie przy reformie wyborczej Izbom lekarskim galicyjskim prawo wyboru dwóch posłów jako reprezentantów stanu lekarskiego i zaproszenie na konferencyę lekarzy posłów celem omówienia wspólnie z Wydziałem Izby wniesionego przez Wydział krajowy projektu ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych — referentem do tej sprawy ostatniej wybrano Dra Festenburga. — Przedyskutowano porządek dzienny XIII. wiecu Izb, który się odbędzie w Pradze 29. i 30. b. m. i po odczytaniu pisma Ministerstwa pracy, zawiadamiającego o zamiarze zwołania ankiety celem podniesienia zdrojowisk austryackich, wybrano do tej sprawy referentem Dra Festenburga. — Odczytano kilka pism, jak w sprawie wymiaru emerytury chir. p. R. w S., Ministerstwa handlu w sprawie odmówienia pewnemu technikowi dentystycznemu rozszerzonej koncesyi i zapytań kilku lekarzy w sprawie honoraryów.

— Otrzymaliśmy z Izby lek. wschodnio-galicyjskiej następujące pismo:

»Z końcem października przystąpi Izba do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Tow. lek. w sumie 1,492 koron. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wschodnio-gal. zechcą wnieść najdalej do 20. października b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej we Lwowie (ul. Dominikańska l. 11).

We Lwowie, dnia 25. września 1908.

Dr Festenburg,
prezydent Izby lek. wschod.-gal.«

— Doc. chirurgii Dr Maksymilian Herman otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu.

— Wydział krajowy zamianował Dra Piotra Kuśmierczyka, dyrektorem szpitala w Śniatynie.

— W skład sejmowej Komisyi sanitarnej weszli: jako przewodniczący: hr Gołuchowski, jako zastępca: Dr Jabłoński, sekretarz: Dr Jan Bednarski, członkowie: Dr Bernadzikowski, Cipser, Czaykowski, Federowicz, Gniewosz, Kraiński, Kurowicz, Dr Mars, Myroniuk-Zajaczuk, Sare, Sobolewski, Trzecieski.

Z różnych stron. Na tegorocznem posiedzeniu »British medical Association« w Sheffieldzie zamianowano honorowymi doktorami angielskimi obcokrajowców: Prof. Fuchsa z Wiednia, Prof. Tillmannsa z Lipska, Prof. Boncharda i Lucasa-Championnière z Paryża, Prof. Murphiego z Chicago.

— Na członków Komitetu międzynarodowego Towarzystwa do walki z rakiem wybrani zostali: Prof. Hohenegg (Wiedeń), Prof. Golgi (Padwa), Prof. Podwysocki (Petersburg); stałym prezesem honorowym: Prof. Leyden, prezesem: Prof. Czerny (Heidelberg), wiceprezesemi: Prof. Tierre Marie (Paryż) i Prof. Fibiger (Kopenhaga).

Mianowani: Kraus profesorem patologii ogólnej we Wiedniu; Schaffer profesorem histologii we Wiedniu; Piffl profesorem rynologii w Pradze (uniw. niem.).

Zmarli: Dr Aleks. Poehl, profesor chemiii lekarskiej w Petersburgu, twórca organoterapii, zmarł nagle w Berlinie; Dr Borkenhagen i Dr Muszkat w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Krokiewicz: Ein Rückblick auf die Bauchtyphusfälle im letzten Dezennium. (Odb. z »Klin. therap. Wochenschrift«). — Tenże: Odczyn tuberkulinowy spojówkowy, a nowotwory rakowe. (Odb. z »Nowin. lek.«). — Tenże: Ueber die konjunktivale Tuberkulinreaktion. (Odb. z »Wien. klinische Wochenschrift«). — Janiszewski: Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w wrześniu 1908:

Gazeta lekarska Nr 34: Żebrowski: Mięsak ucha środkowego. Jaworski: Cardiopathia uterina. Handelsmann (c. d.). — Nr 35: Saks: Siedm przypadków cięcia kości łonowej. Handelsmann (dok.). — Nr 36: Jaszczurowicz: W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku. Jakubowicz: Zaparcie nawykowe stolca w świetle fizyologii układu nerwowego. Saks (dok.). — Nr 37: Bregmann: Przyczynek do dyagnostyki ostrych spraw ogniskowych w rdzeniu przedłużonym. Jakubowicz (c. d.). Jaszczurowicz (c. d.). Zweigbaum: O cięciu nadłonowem szyjki macicy ciężarnej. — Nr 38: Szereszewska: Paciorkowce i pneumokoki. Jaszczurowicz (c. d.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 35: Halpern: O siarce w przemianie materyi. Kopczyński (c. d.). — Nr 36: Zawadzki: Łatwy i szybki sposób przyrządzania preparatów mikroskopowych, zatopionych w parafinie, bez użycia termostatu. Kopczyński (c. d.). Halpern (dok.). — Nr 37: Goldbaum: O swoistych neurotoksynach. Daszkiewicz: O powikłaniach ze strony nerek po ospie wietrznej u dzieci. — Nr 38: Tuchendler: Anatomia i fizyologia odbytnicy i kiszki esowatej według badań rektoskopowych. Eiger: O niektórych własnościach krwi chorych na rozedmę płuc w okresie dyskompenzacyi. Dobrowolski Z.: Z kazuistyki gruźlicy krtani u dzieci.

Tygodnik lekarski Nr 35: Progulski: Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci. Czyżewicz jun. (c. d.). Kohlberger (c. d.). — Nr 36: Rydygier jun.: Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego. Czyżewicz jun. (c. d.). Raczyński: W sprawie obecnej epidemii płonicy. Kohlberger (c. d.). — Nr 37: Hornowski: O nowotworach serca. Kohlberger (c. d.). — Nr 38: Hornowski (c. d.). Gońka: Sprawozdanie ambulatoryum dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego. — Nr 39: Hornowski (c. d.). Szulisławski: O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych.

Nowiny lekarskie Nr 9: Bartkiewicz: Zwichnięcie barku zastarzałe. Operacya krwawa. Krzyształowicz (c. d.). Rosenhauch (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 6: Wernic: Twardziel skóry i akromegalia.

Kronika dentystyczna Nr 9: Klejn: Rzut oka na istotę i przyczyny przedwczesnej utraty zębów. Zieliński: O zastosowaniu szyn przy złamaniach szczęk.

Głos lekarzy Nr 17: Mikołajski: Kasy majsterskie. W sprawie lekarzy kolejowych. Desmoulis (c. d.). — Memoryał Izb lekarskich w sprawie partactwa leczniczego. Klęsk: O ile lekarze sami przyczyniają się do rozwoju partactwa leczniczego. Mikołajski: Reforma ubezpieczenia robotniczego. — Nr 18: Mikołajski: Walka Izb lekarskich z partaczami lekarskimi. Klęsk: W sprawie narad lekarskich. Klęsk: W sprawie ogłoszeń środków leczniczych w gazetach lekarskich. Klęsk: Stosunki lekarskie w Austryi.

Czasopismo lekarskie Nr 7 i 8. T. X.: Helmann (c. d.). Goldberg: Przyczynek do leczenia złamań powikłanych. Sterling: Duńskie uzdrojowiska nadmorskie. Jarosiński: Stanowisko i byt lekarza prowincyonalnego u nas. Sterling: Nieracyonalność badania chemicznego wód studziennych Łodzi, jako środka walki z cholerą.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 10. października 1908. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Niezwykły przypadek piorunującej plamicy krwotocznej u osoby dorosłej.

Podał

Dr Władysław Kluger.

Nazwą *purpura fulminans* (plamica piorunująca) określił Henoch (1) w r. 1887 takie przypadki plamicy krwotocznej u dzieci, w których wybroczyny ograniczając się wyłącznie do skóry, rozszerzają się szybko ze skłonnością do wytwarzania pęcherzy, ale bez przyłączenia się zgorzeli i gdzie sprawa wiedzie w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Pojęcie plamicy piorunującej typu Henocha wyłącza zatem całkowicie obecność wybroczyn na błonach śluzowych, a przy sekcyi nie znajduje się ich również na błonach surowiczych. Riesel (2) opisując przypadek taki z kliniki dziecięcej w Lipsku, zestawia 12 dotychczas opisanych przypadków plamicy piorunującej, odpowiadających ściśle typowi Henocha. Spotykamy jednak w piśmiennictwie przypadki plamicy, zasługujące ze względu na przebieg, w całej pełni na nazwę: piorunujących, a różniących się od typu Henocha tem, że obok zmian skórnych występują obfite wybroczyny na błonach śluzowych, lub też krwawienia z narządów. W dostępnem mi (częściowo tylko w streszczeniach) piśmiennictwie znalazłem niewielką liczbę opisanych tego rodzaju przypadków, z nich uważam za rzeczywistą plamicę krwotoczną piorunującą przypadki: Littena (3), Zitekego (4), Kurkowskiego (5), Peszyńskiego (6), Burth Smitha (7), Nehrkorna (8), Bissa (9) i Grünbergera (10). Przypadek Simona (11) opisany jako plamica, sprawia raczej wrażenie krwawiączki (*haemophilia*).

Z powyższego zestawienia wynika, że plamica piorunująca jakiegokolwiek typu należy do rzadkich zjawisk klinicznych. Dlatego też, za zachętą Prof. Jaworskiego, postanowiłem opisać przypadek plamicy piorunującej, który miałem sposobność spostrzegać w b. r. w klinice lekarskiej krakowskiej, tem więcej, że jest on z kilku względów niezwykły. Przebieg przypadku tego był następujący:

W dniu 8. lutego b. r. zgłosiła się około 10 rano do ambulatoryum klinicznego Katarzyna K., l. 22 (L. dz. 185), zamężna, zamieszkała na Krowodrzy, podając za przyczynę przybycia: nagłe pojawienie się »krwawych króst« na wardze i wewnątrz jamy ustnej, oraz plam ciemnych na skórze. Ściślejsze wywiady stwierdziły: Chora pochodzi z rodziny zdrowej i miała nigdy dotąd nie chorować. Na pytania w kierunku krwawiączki, odnoszące się tak do niej samej, jak i do jej rodziny, odpowiada przecząco. Rodziła raz jeden, w październiku 1907, prawidłowo; nie roniła. Z początkiem ubiegłego tygodnia zachorowała na ból gardła, połączony z dreszczami, gorączką i silnymi potami. Ból ten, największy przy połykaniu, trwał 3 dni i minął bez leczenia. W półtora dnia po ustąpieniu bolu gardła, t. j. w piątek 7. lutego popołudniu, zauważyła chora w lewym kąciku ust, na wardze dolnej czarniawą krostkę, a równocześnie krwawy guzek na dziąśle jednego z zębów trzonowych lewych. Wieczór tego dnia czuła się zupełnie zdrową, zauważyła jedynie, że na języku zrobiła jej się krosta podobna do tej, którą miała na wardze, a która szybko się powiększała. W nocy chora spała, rano przekonała się jednak, że w jamie ustnej, dalej na i pod językiem powstała znaczna ilość plam i krwawych guzków różnej wielkości. W ciągu nocy pojawiły się również krwawe plamy na skórze kończyn górnych, dolnych i piersi. Plam tych wieczorem podobno jeszcze nie było. Wkrótce zaczęła chora obficie odpluwać krwawą ślinę. Ponieważ ilość guzków w jamie ustnej zwiększała się wprost z godziny na godzinę, zgłosiła się chora do kliniki. Dolegliwości nie ma żadnych, czuje się tylko nieco osłabioną. Chora karmi obecnie w 6-tym miesiącu, z końcem stycznia miesiączka średnio-obfita, niebolesna, 4 dni trwająca.

Badanie stwierdza: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona, zachowanie się prawidłowe, mowa nieco utrudniona, lekko szepleniąca. Na skórze uwłosionej części głowy, klatki piersiowej, brzucha, grzbietu, obu kończyn górnych i dolnych, rozsiane częściowo plamki, częściowo zaś pęcherzyki krwawe, barwy od ciemno-czerwonej do czarnej, nie zlewające się. Plamki pod naciskiem palca nie giną. Wybroczyny te najobfitsze są na skórze piersi, brzucha i obu ud. Na stronie grzbietowej prawego palca wskazującego krwawy pęcherzyk wielkości grochu. Kościec prawidłowo rozwinięty, bez śladów przebytej krzywicy, kości nie bolesne. Stawy nieobrzękłe, niebolesne, prawidłowo ruchome, mięśnie nie naciekłe i również niebolesne. Twarz blada, z lekko woskowym odcieniem, w okolicy prawego, wewnętrznego kąta ocznego plamka krwawa. Na skórze obu powiek, dalej pod spojówką gałkową obu ócz, od dołu i zewnątrz, ciemne, prawie czarne plamy wybroczynowe. Wargi blade, w lewym kąciku ust na wardze dolnej guz czarno-siny, o nierównej grzybiastej powierzchni, broczący, wielkości fasoli. Dziąsła nie obrzękłe, górne zaczerwienione, dolne blade. Na błonie śluzowej jamy ustnej i na dziąsłach rozsiane mnóstwo wybroczyn. Podniebienie, łuki, tylna ściana gardła i nieco powiększone migdałki pokryte licznemi drobnemi wybroczynami. Na języku trzy czerwono-czarne, gładkie, owalne, tuż obok siebie położone bąble, każdy z nich wielkości grochu. Gruczoł tarczowy nie okazuje zmian. Sutki powiększone, za naciskiem wydobywa się z nich obficie mleko, zresztą prawidłowe. Gruczoły karkowe macalne, drobne, niebolesne. Po lewej stronie szyi już oglądaniem stwierdza się guz wrzecionowaty, wypuklający przed sobą skórę; przy obmacywaniu okazuje się, że guz ten jest pakietem powiększonych, twardych, niebolesnych gruczołów. Chora twierdzi stanowczo, że guz ten ma jeszcze z lat dziecięcych. Gruczoły podszczękowe obustronnie macalne, bolesne, wielkości orzechów laskowych. Płuca bez zmian. Granice serca przy opu-

kiwaniu — prawidłowe; osłuchując, stwierdza się wszędzie dwa czyste tony. Drugi ton nad tętnicą główną głośniejszy. Wątrobę wyczuwa się jako opór w podżebrzu prawem, śledziona przy opukiwaniu niepowiększona, niemacalna. Inne narządy wewnętrzne przy badaniu fizycznem nie okazują zmian.

Ciepłota 37,1°. Tętno równe, miarowe, dość dobrze napięte. L. t. 100. L. odd. 20.

Chorą położono natychmiast do łóżka. Wewnętrznie *Extr. fluid. hydrast. canad.*, żelatyna 5% i lód. Do płukania ust: *Liquor ferri sesquichlor.* (2:1000). Dyeta płynna.

Przystąpiono do badania krwi. Po nakłuciu palca chorej wypływa obficie krew blado-czerwona, jakby nieco wodnista, bardzo trudno krzepnąca tak, że po miejscowem zastosowaniu adrenaliny (1:1000) ranka dopiero w pół godziny przestała broczyć. Barwa krwinek czerwonych bledsza, tworzenie się rulonów nieco upośledzone, poikilocytów brak. Liczba krwinek czerwonych: 2,400,000, k. białych: 13,400. 49% hemoglobiny (hemoglobinometrem Goversa).

Preparaty barwione (Jenner). Polichromatofilii niema, również brak: erytroblastów, poikilocytów, makro- i mikrocytów. Krwinki białe:

neutrofilów wielojądrzastych	78%,
limfocytów dużych	8%,
limfocytów małych	10%,
eozynochłonnych	2%,
komórek tucznych	1%,
komórek przejściowych . .	1%,
myelocytów	0.

Krew chorej zaszczepiono natychmiast na bulion.

Mocz: winowo-żółty, kwaśny, o cięż. właśc. 1029, zawiera ślad białka. Krwi nie ma. Cukier 0. Odczyn dwuazowy 0. Indykan: zaznaczony. W osadzie: nabłonki płaskie, nieliczne ciałka wysiękowe. Wkrótce po przyjęciu do kliniki oddała chora obfity, nieuformowany, krwawy stolec. Pod drobnowidem: bardzo liczne krwinki czerwone.

W 2 godziny po przyjściu chorej można było już stwierdzić, z jaką szybkością tworzyły się w całej jamie ustnej i w gardle krwawe bąble. Chora odpluwa dużo ciemnej krwi. Połykanie pokarmów stałych niemożliwe, przy usiłowaniu połknięcia n. p. kawałka mięsa, napływa natychmiast obficie krew.

W ciągu popołudnia i wieczora ilość wybroczyn w ustach, na języku i w gardle wzrasta nieustannie. Zresztą chora czuje się dość silną, mowa wyraźnie szepleniąca. O 5. popołudniu ciepłota 37,6°, tętno dość dobrze napięte, równe, l. t. 102.

9. lutego: W nocy chora spała. Rano ciepłota prawidłowa. Wargi stały się grube, obrzękłe, silnie wysadzone ku przodowi, barwy sinej. W prawym kącie ust nowy krwawy bąbel, wielkości małego orzecha laskowego. Wybroczyny na powiekach powiększyły się, na udzie i goleni prawej świeże podskórne wybroczyny, wielkości dłoni. Około południa pojawił się wyciek krwawy z lewego ucha i z nosa. Zmian w narządach wewnętrznych nie można stwierdzić. Jedynie tony serca stały się głuchsze, szmeru nie słychać. Śledziona w granicach prawidłowych, niemacalna. Ciepłota: o godz. 1. w poł. 37,4° o godz. 3 — 38°, o 5 — 38,5°, o 9 — 37,7°.

W moczu krwi nie ma. Szczepienie krwi na bulion dało wynik zupełnie ujemny.

10. lutego: W nocy z 9. na 10. lutego pojawił się olbrzymi obrzęk obu policzków i podbródka. Na prawym policzku rozlany, ciemny siniec, wielkości dłoni, takiż sam siniec na podbródku. Pod lewem okiem guz krwawy, wielkości korony, wypuklający się. Wargi sine, zgrubiałe, pokryte krwawiącymi bąblami. Usta stale otwarte, cieknie z nich bezustannie ciemna krew, zmieszana ze śliną. Wnętrze ust przedstawia się poprostu jako jama jednolicie czarno-krwawa. wypełniona masą płynnej i skrzepłej krwi. Język w całości znacznie powiększony (prawdopodobnie wskutek głębokich wybroczyn śródmiąższowych), ma postać grubej, sinej kluski, pokryty jest czarnymi, grzybiastymi bąblami i tkwi nieruchomo w ustach. Gardło, o ile dojrzeć można, stanowi również krwawą, obrzękłą, broczącą jamę. Chora przytomna, nie może mówić, wydaje jedynie nieartykułowane dźwięki z gardła. Z ust czuć niemiłą, nieco cuchnącą woń. Tony serca ciche, głuche. Tętno szybkie, drobne, słabo napięte. L. t. 120. Płuca bez zmian. Śledziona niepowiększona. Ciepłota o g. 7 rano 37,5°, o 3 pop. doszła do 38°. Zastosowano przestrzykiwanie jamy ustnej sześciochlorkiem żelaza $^{2}/_{1000}$, oraz lewatywy z żelatyny 20%. W południe połknęła chora z trudem nieco zimnego mleka. Wkrótce potem obfity, krwawy stolec. W moczu krwi niema, utrzymuje się jedynie ślad białka. Nie stwierdzono również krwawienia z części rodnych.

Popołudniu wytworzył się obrzęk znaczny szyi, koło prawego ucha powstał guz krwawy, wielkości orzecha włoskiego. Ponowiło się znów silniejsze krwawienie z nosa. Pod wieczór obrzęk twarzy i szyi zaczął się zwiększać i przybierać barwę czarno-żółtawą. Obrzęk prawej powieki doszedł do tego stopnia, że chora okiem prawem widzieć przestała. Wieczorem około 9 stan był następujący: Cała twarz wraz z szyją tworzy sino-czarną bryłę, z ust i nosa spływa krew. Ciepłota 37,5°. Tętno nitkowate, l. t. 140. Chora przytomna, nie może się poruszać. Podano kofeinę (2:200).

11. lutego: Rano ciepłota 36,7°. Chora czuje się trochę lepiej, z trudem nieco bełkocze. Z ust spływają obfite skrzepy ciemnej krwi. Na kończynach dolnych liczne, miejscami zlewające się plamy krwawe, dochodzące wielkości dłoni. Na spojówkach ślad żółtaczki. W południe ciepłota 38°. Tętno nitkowate, szybkie, nie dające się policzyć. Badanie moczu niemożliwe, gdyż chora oddaje go pod siebie. Popołudniu stan pogorszył się. Chora nawet płynów nie może już połykać. Ciepłota o godz. 3 37,5°. Tętno ledwo wyczuwalne. Ku wieczorowi popadła chora w śpiączkę. O 7 godz. ciepłota 36,7°. O godz. 1 w nocy wśród śpiączki nastąpiła śmierć.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Purpura haemorrhagica fulminans.*

Protokół sekcyi (N. 110), wykonanej nazajutrz rano przez Prof. Ciechanowskiego w Zakładzie anatomii patol. U. J., opiewa w skróceniu, jak następuje:

Skóra zasiana nader licznemi wybroczynami różnej wielkości, począwszy od najdrobniejszych, wielkości główki szpilki, a dochodzących aż do wielkości dłoni dorosłego człowieka. Wybroczyny te są różnej barwy, od żywo-czerwonej do fioletowo-sinawej i leżą w różnej głębokości w skórze i tkance podskórnej. Miejsca, zajęte wybroczynami, nie wystają nigdzie nad powierzchnię skóry. Szczególnie duże podbiegnięcia krwawe, barwy sinawej, widać na dolnej części obu policzków, na podbródku i górnej części szyi. Prócz tego skóra nieznacznie żółtawo zabarwiona, na spojówkach ślad żółtaczki. Język powiększony, wklinowany między zęby. Tkanki na szyi prawie wszędzie krwawo podbiegnięte, podobnież znajduje się rozległe krwawe podbiegnięcie w samym miąższu języka i w częściach miękkich dna jamy ustnej. Na języku owrzodzeń nie widać. Gruczoły limfatyczne szyjne po obu stronach wybitnie powiększone, dość miękkie, soczyste, na przekroju przypominają obraz obrzęku rdzeniastego, są barwy pstrej, mianowicie: na białem tle rozrzucone plamy różowe aż do ciemno-czerwonych; tylko po stronie lewej kilka gruczołów twardszych, barwy szarawo-różowej.

Rozległe podbiegnięcia krwawe w całem gardle i przy wejściu do krtani; migdałki nieco powiększone, częściowo krwawo naciekłe. Na błonie śluzowej krtani i tchawicy, zresztą blado-różowej, plamy wybroczynowe. Wśród tkanki śródpiersia rozsiane wybroczyny i podbiegnięcia krwawe; gruczoły śródpiersia niepowiększone. Jamy opłucne próżne, zrostów nie ma. Opłucna zasiana bardzo licznemi plamami wybroczynowemi różnej wielkości. W płucach na przekroju widać wśród miąższu liczne plamy wybroczynowe, zwłaszcza w płucu lewem, zresztą miąższ blady, jędrny, powietrzny, w częściach przednich i górnych suchy, w dolnych i tylnych miernie obrzękły. Na błonie śluzowej oskrzeli, zresztą blado-różowej, mnogie plamy wybroczynowe, różnej wielkości. Gruczoły oskrzelowe nie powiększone, miernej zbitości, zabarwione szarawo od pyłu węglowego, ognisk gruźliczych gołem okiem widzialnych nie zawierają.

Worek osierdziowy zawiera łyżkę cieczy surowiczej, żółtawej. Osierdzie i nasierdzie zasiane mnóstwem plam wybroczynowych. Serce wielkości prawidłowej. Mięsień sercowy jędrny, o prawidłowym połysku, brunatno-czerwony, zasiany mnogiemi wybroczynami. Komórki i przedsionki o ścianach prawidłowej grubości, zawierają nieco ciemnych skrzepów pośmiertnych. Pod wsierdziem ściennem w obu komorach dość liczne plamy wybroczynowe różnej wielkości, zresztą wsierdzie ścienne i zastawki bez zmian. Tętnica główna wybitnie wązka, o cienkich ścianach, błona wewnętrzna gładka.

Jama brzuszna cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna ścienna i jelitowa zasiana mnogiemi wybroczynowemi plamami. Śledziona nie powiększona, wiotka, o torebce cienkiej, pomarszczonej, miąższ blado-różowy, zbitości prawidłowej, wśród niego widać

wyraźnie szarawe grudki śledzionowe. Nerki: zbitość nieco zwiększona, lewa nerka wielkości prawidłowej, prawa nieco zmniejszona. Torebka nerek cienka, łatwo daje się oddzielić. Powierzchnia obu nerek barwy blado-żółtawej, na niej bardzo nieliczne punktowate wybroczyny. Powierzchnia lewej nerki gładka, na powierzchni nerki prawej widać nieregularne, płytkie zagłębienia, barwy białawej, kora nerki tej w tych miejscach trochę zwężona. Rysunek nerek na przekroju zresztą wogóle utrzymany. Kora barwy żółtawej, substancya rdzenna różowej. Nadnercza bez zmian. Wśród miąższu trzustki nieliczne, drobne wybroczyny, zresztą w trzustce zmian niema. Na powierzchni wątroby nieliczne punktowate wybroczyny; barwa miąższu wątroby szarawo-żółta; zresztą wątroba zmian nie przedstawia. Na błonie śluzowej przełyku i żołądka mnóstwo płaskich plam wybroczynowych wielkości grochu. Na bladej zresztą błonie śluzowej jelita cienkiego gdzieniegdzie niezbyt liczne, drobne plamy wybroczynowe; w dolnej części jelita biodrowego jedna plama, zajmująca całą błonę śluzową ponad zastawką Bauhina na długości około 15 cm. Kępy i grudki chłonne niepowiększone. Jelito grube zawiera grudki krwawo-czarnego kału i treść mazistą, krwawo-czarną, niezbyt obfitą. Z wyjątkiem kątnicy jest błona śluzowa w całem jelicie grubem gładka i blada. Natomiast w kątnicy znajdują się 3 plamy wybroczynowe, nieregularne, każda z nich wielkości pięciokoronówki; w środku tych plam znajdują się guzki półokrągłe, wielkości mniejwięcej grochu, usadowione w błonie podśluzowej, a wypuklające śluzową. Guzki te na przekroju miękkie, różowo-czerwone, w samym tylko środku bledsze, żółtawe, wyglądają jakgdyby znacznie powiększone grudki limfatyczne. Na powierzchni grupy tych guzków, znajdującej się na wewnętrznej ścianie kątnicy, widać płaskie, płytkie, nieregularne owrzodzenia, o dnie krwawo naciekłem. Gruczoły chłonne krezkowe wzdłuż jelita cienkiego, zwłaszcza biodrowego (aczkolwiek nie wszystkie), oraz gruczoły zaotrzewne, zwłaszcza górne, i gruczoły w sąsiedztwie odźwiernika znacznie powiększone, miękkie, soczyste, na przekroju rdzeniaste, barwy pstrej: na tle białem widać w nich plamy różowe, aż do wybroczynowych. Na błonie śluzowej pęcherza mnogie plamy wybroczynowe. Macica nieco większa, mięsień jej bez zmian, na błonie śluzowej mnogie, płaskie plamki wybroczynowe. W lewym jajniku ognisko wybroczynowe wielkości orzecha laskowego, prawy jajnik i jajowody bez zmian. W mięśniach tułowia i kończyn wybroczyn nie znaleziono. Szpik kostny w kości udowej w dolnej części tłuszczowy, w górnej różowy, dość soczysty, na pograniczu obu tych części wyspy różowe wśród szpiku tłuszczowego. Mózgu nie sekcyonowano.

Pośmiertne drobnowidowe badanie krwi nie stwierdziło w niej zmian. Drobnowidowe badanie narządów, wykonane przez Prof. Ciechanowskiego, stwierdziło w nerce prawej wyraźny obraz zmian zapalnych przewlekłych. W powiększonych gruczołach limfatycznych: szyjnych, zaotrzewnych, z okolicy żołądka i krezkowych, znaleziono mnogie, świeże, niezserowaciałe gruzełki. W miąższu wątroby zrzadka rozrzucone gruzełki prosowate. W środku guzków krwotocznych kątnicy stwierdzono również gniazda typowych gruzełków, naokoło nich w błonie podśluzowej rozległe wybroczyny.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Purpura haemorrhagica. Nephritis chronica. Tuberculosis glandularum lymphaticarum colli, mesaraicarum, retroperitonaealium, intestini coeci, tuberculosis miliaris hepatis.*

Pytanie teraz, czy w opisanym przypadku istniała rzeczywiście plamica krwotoczna?

Trudne do zatamowania krwawienie z ukłutego palca przemawiało za znacznie zmniejszoną krzepliwością krwi i mogło nasunąć przypuszczenie krwawiączki, gdyby nie wywiady, które ją najzupełniej wyłączyły. Jak wynika z pracy Tuora (12), zmniejszona, a nawet zniesiona krzepliwość krwi ma być zdaniem niektórych autorów (ostatnio Hochheimera) stałem zjawiskiem przy plamicy. Natomiast część autorów jest wprost przeciwnego zdania, twierdząc, że krzepliwość w plamicy jest wzmożona, wedle innych wreszcie, ma ona być zupełnie prawidłowa. Dopóki więc sprawa ta nie zostanie rozstrzygnięta, należy jakiekolwiek wnioski ze stanu krzepliwości krwi przy plamicy co do samej choroby wysnuwać tylko bardzo ostrożnie. Ani początek, ani przebieg choroby, nie upoważniał do rozpoznania: ani krwawienia objawowego, powstającego niekiedy w przebiegu pewnych spraw zakaźnych, zatruć, białaczki i t. d., ani choroby wysypkowej o krwotocznym charakterze wysypki. Przeciwko gnilcowi *(scorbutus)* przemawiał zupełny brak zmian rozpadowych, owrzodzeń, tak na błonie śluzowej jamy ustnej i dziąseł, jak i na skórze, a obok tego dobre odżywienie chorej i niezłe warunki jej bytu. Mogła to być zatem wyłącznie jedna z pierwotnych skaz krwotocznych. Rozległość zmian, zwłaszcza na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła, charakter ich i gwałtowność, z jaką się szerzyły, wyłączały: plamicę prostą *(purpura simplex)*, brak zajęcia stawów, — gośćcową *(p. rheumatica)*. Wobec tego, zważywszy cały obraz kliniczny przypadku, należało jedynie rozpoznać: plamicę krwotoczną *(p. haemorrhagica)*. Szybki i niezwykle gwałtowny przebieg choroby, zakończonej w piątym dniu śmiertelnie, nakazał przypadek ten określić mianem: plamicy krwotocznej piorunującej, pomimo tego, że obraz różnił się od klasycznego typu Henocha.

Przypadek opisany, sam przez się rzadki, rzadszym jest jeszcze z tego względu, że najpierwsze zmiany wystąpiły na błonie śluzowej wargi, dziąsła i języka, i to na tym ostatnim w niezwykłej postaci krwotocznych bąbli, a dalej, że jakkolwiek plamy wybroczynowe rozsiane były po całej powierzchni skóry, to jednak główne zmiany zajmowały twarz i szyję w postaci bardzo rozległych wybroczyn, oraz błonę śluzową jamy ustnej, gardło i język, w którym zmiany zajęły nietylko całą powierzchnię, ale i sam miąższ. Plamy wybroczynowe na skórze pojawiły się, jak chora stanowczo twierdziła, dopiero w kilka godzin po wystąpieniu zmian na błonie śluzowej, na co w przypadku tym zwracam uwagę, jako na objaw niezwykły.

Jak wiadomo, istota i pochodzenie plamicy krwotocznej jest tak, jak wogóle wszystkich plamic, dotychczas niewyjaśniona. Rozbiór wyników badań nad ostateczną przyczyną tych chorób nie wchodzi w zakres tej pracy. Muszę jednak zaznaczyć, że o ile chodzi o plamicę krwotoczną, to za najprawdopodobniejsze czynniki etyologiczne uważamy zakażenie lub zatrucie. Że w większości przypadków, zwłaszcza ostrych, mają one wielkie znaczenie, zdaje się nie ulegać wątpliwości, a zdaniem Littena (13), w plamicy piorunującej zakażenie jest zawsze niewątpliwem.

Opisano jednak przypadki plamicy krwotocznej, powstałej bezpośrednio po psychicznym wstrząsie (Bobricki, Lebreton (14), dla których wytłómaczenie znaleźć trudno, jakkolwiek w przypadku Lebretona wyhodowano z krwi gronkowce.

Ważne znaczenie ma tutaj bakteryologiczne badanie krwi, wyniki dotychczasowych badań w tym kierunku są jednak, jak stwierdza Nehrkorn (15), w plamicy bardzo niepewne. W każdym razie, nie znając istotnej przyczyny powstawania wybroczyn, nie możemy na pewne określić patogenetycznego związku pomiędzy domniemanym bodźcem, a objawami choroby i dlatego wszystko, co uważamy za etyologiczny czynnik w plamicy, leży jeszcze na razie w luźnej sferze przypuszczeń. Wynik badania krwi w naszym przypadku nie przedstawiał, po za leukocytozą nic, ze względu na patogenezę, pouczającego. Natomiast zwracają uwagę 4 okoliczności: Okres karmienia, w którym się chora

znajdowała podczas wybuchu plamicy, przebyte bezpośrednio przed początkiem choroby zapalenie (?) migdałków, oraz stwierdzone pośmiertne zmiany przewlekłe w nerkach i świeże zmiany gruźlicze w gruczołach limfatycznych, wątrobie i kątnicy.

Czy karmienie może mieć jakikolwiek wpływ na powstanie plamicy — nie wiadomo. Przynajmniej w dostępnem mi piśmiennictwie żadnej w tym kierunku wskazówki nie znalazłem; przypadek nasz jest, zdaje się, pierwszym śmiertelnym, spostrzeganym w okresie karmienia. Należy pamiętać, że chora na krótki czas przed chorobą miała prawidłową miesiączkę.

Klinicznie na pierwszy plan wysuwało się świeżo przebyte, prawdopodobnie zapalenie migdałków.

Wiedząc, jak często bywają migdałki wrotami zakażeń, a biorąc w rachubę wybuch plamicy w $1^1/_2$ dnia po ustąpieniu bolu gardła, zwiększoną liczbę leukocytów (13,400), ciepłotę i gwałtowny przebieg choroby, uważałbym za bardzo możliwe istnienie w opisanym przypadku ogólnego zakażenia. Wynik bakteryologicznego badania krwi za życia był wprawdzie ujemny, ale jak słusznie podnosi Missowicz (16), wynik taki nie zaprzecza istnieniu sprawy septycznej w ustroju.

Pomiędzy przewlekłą zmianą w nerkach, stwierdzoną dopiero badaniem pośmiertnem, a plamicą, w przypadku naszym ze stanowiska klinicznego nie dopatruję się związku.

Ciekawą jest obecność świeżej drobnowidowo stwierdzonej gruźlicy gruczołów limfatycznych szyi, krezkowych i zaotrzewnych i prosówkowej (w wątrobie). Uważając zakażenie za najczęstszy prawdopodobnie czynnik etyologiczny w plamicy piorunującej, przypuszczam możliwość powstawania jej w przebiegu gruźlicy ogólnej, ostrej.

W przypadku naszym nie dała ona typowego makroskopowego obrazu gruźlicy prosówkowej, stwierdzono ją dopiero drobnowidowo. Dlatego raczej wypowiedziałbym przypuszczenie, że w ustroju, osłabionym przez plamicę, utajona jeszcze z lat dziecięcych w gruczołach szyjnych gruźlica, skorzystawszy z przychylnych dla siebie warunków, poczęła się w ostatnich chwilach szybko rozsiewać. Czyli, o ile przyjęlibyśmy w naszym przypadku obecność ogólnego zakażenia drogą migdałków, istniałyby w nim, dzięki gruźlicy, dwa równoczesne ogólne zakażenia, z których pierwsze mogło być przyczyną, drugie zaś następstwem plamicy.

P. Prof. Jaworskiemu dziękuję za łaskawą zachętę do ogłoszenia powyższego przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Henoch: Berl. klin. Wochs., 1887, Nr 1. (Virchows Jahrb.). — 2) Riesel: Zeits. f. klin. Med., tom 58. — 3) Litten: Die Krankheiten der Milz und die haemorrhagischen Diathesen. (Nothnagel-Specielle Pathologie u. Therapie, tom VIII) Wien 1898. — 4) Ziteke: New-York medic. Record. Januar 3, 1885. (Virch. Jahrb.). — 5) Kurkowski: Russkaja Medicina, Nr 15, 1885. (Virch. Jahrb.) — 6) Peszyński: Przegląd lekarski, 1887, Nr 23. — 7) Burth Smith: Boston Journal, November 1, 1900. (Virch. Jahrb.). — 8) Nehrkorn: Münch. med. Wochs., 1900, Nr 40. (Virch. Jahrb.). — 9) Biss: Lancet, August 2, 1902. (Virch. Jahrb.). — 10) Grünberger: Prager med. Wochs., 1904, Nr 37. (Virch. Jahrb.). — 11) Simon: Ein sehr acut verlaufender Fall von Purpura haemorrhagica, Leipzig 1886. — 12) Tuor: Über Blutbefunde bei Purpura, Zürich 1907. — 13) Patrz l. 3. — 14) Patrz l. 3. — 15) Patrz l. 8. — 16) Missowicz: Przyczynki do nauki o sprawach septycznych, Poznań 1905. — 17) Ebstein-Schwalbe: Handbuch d. praktischen Med. tom I, Stuttgart 1905.

Oceny i sprawozdania.

O roznosicielach duru (Typhusbazillenträger).

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał **Dr E. Stahr.**

Fakt, że ozdrowieńcy z niektórych chorób zakaźnych mogą być rozsadnikami właśnie tej samej choroby, którą przebyli, jest odnośnie do niektórych zakażeń już dawniej znany. Bo ozdrowieńcy tacy są pod względem klinicznym wolni od zakażenia, pod względem klinicznym też nie przedstawiają żadnych zmian, ale pod względem bakteryologicznym mimo pozornego zdrowia nie są zupełnie zdrowi. W wydzielinach ich znaleźć można w kilka, kilkanaście, a nawet i kilkadziesiąt dni po ozdrowieniu owe drobnoustroje chorobotwórcze, które daną chorobę wywołały. I tak w plwocinie ozdrowieńców po włóknikowem zapaleniu płuc znajdowano jadowite pneumokoki, przy grypie po roku stwierdzili badacze swoiste bakterye w plwocinie pozornie zdrowych, podobnie w trzecim miesiącu po wyzdrowieniu z dżumy, jakoteż w wypróżnieniach ludzi, którzy przebyli cholerę, stwierdzono jadowite przecinkowce choleryczne i t. d. i t. d. Zjawisko to odnośnie do duru brzusznego nie było stwierdzone aż prawie do ostatnich lat, chociaż spostrzeżenia kliniczne już dawno naprowadzały na domysł, że z chwilą wyzdrowienia z duru nie kończy się u człowieka zawsze zakażenie durowe. Wszak dawno są znane ropienia podurowe, występujące, a względnie i nawracające się, u ludzi, którzy przebyli dawniej dur, w przeróżnych narządach, że wspomnę o zapaleniu szpiku kostnego, gruczołu tarczowego, ropniach w gruczołach chłonnych, w mięśniach, skórze i t. d. Badanie bakteryologiczne ropy, dobywanej z tych ropni podurowych, stwierdzało zawsze obecność prątków durowych, mimo, że nieraz wytwarzały się te ropnie i w kilka lat po przebyciu duru. Fakta te dowodziły ponad wszelką wątpliwość, że mimo ozdrowienia z duru może człowiek gościć w narządach swego ciała prątki durowe. Taki jednak człowiek, chociaż ściśle rzecz biorąc, jest »ein Bazillenträger« — jednakże nie jest jeszcze roznosicielem duru, nie szerzy w około zarazy, bo nosi prątki w narządach zamkniętych, a w każdym razie nie wydzielających na zewnątrz. Ale nowsze badania — zasługę niepodzielną w tym kierunku ma szkoła Kocha — dowiodły, że bywają i ozdrowieńcy z duru, którzy tygodniami, miesiącami, a nawet latami mogą wydzielać wraz z kałem (rzadziej z moczem), jadowite prątki durowe i rozsiewać zarazę w swojem otoczeniu. Takich nazywamy zwykle roznosicielami duru (Typhusbazillenträger); istnienie takich roznosicieli duru ma znaczenie nie tylko ogólno-patologiczne, ale i znaczenie higieniczno-społeczne.

Otóż, jak już wspomniałem, fakt powyższy stwierdził Koch i jego uczniowie. A rzecz się miała tak:

Rząd niemiecki zaniepokojony strasznemi spustoszeniami, które czynił od lat dur wśród ludności zarówno cywilnej, jak wojskowej w prowincyach nadreńskich, zwrócił się do Roberta Kocha z okazyi epidemii, grasującej w roku 1901 w powiecie Arnsberg-Gelsenkirchen, z prośbą o zaradzenie złemu. Koch już niejednokrotnie pierwej miał sposobność zajmowania się i badania epidemii durowych i dokonywania bakteryologicznych rozbiorów wody, którą ogólnie o przenoszenie duru obwiniano. Badania te doprowadziły Kocha do nieco odmiennego sposobu patrzenia na epidemiologię duru.

Wprawdzie hodowle pracowniane duru rychło tracą swą jadowitość, jednak ogólnem jest przypuszczenie, że prątek durowy żyje długo poza ustrojem ludzkim, jużto w wodzie, jużto w ziemi lub kurzu. I doświadczenia w tym kierunku, przez cały szereg badaczy podjęte, istotnie potwierdziły, że prątek durowy zdolny jest do dość długiego trzymania się poza ustrojem ludzkim w przeróżnych warunkach. Żywotność swą zachowuje w wodzie, szczególnie w jałowej bardzo długo, do dwóch miesięcy, w ziemi może się utrzymać do $5^1/_2$ miesięcy, w piasku zanieczyszczonym wydzieliną chorego trzyma się do 87 dni, w maśle zanieczyszczonem wodą zakażoną konserwuje się prawie miesiąc. A jednakże Koch jest zdania, że w wodzie do picia żyje rzadko kiedy i dlatego szerzenie się duru z wodą nie jest tak częste, jak powszechnie przypuszczają, a zdanie swe opiera na dwóch zasadniczych dowodach:

Badania wody bardzo prawdopodobnie zakażonej i takiej, co już niejeden dur spowodowała, rzadko kiedy wykrywają prątek durowy. Prawda, że trudno go nieraz znaleść mimo jego

obecności w wodzie, jakoteż prawdą jest, że w takiej wodzie nieraz roi się od prątka okrężnicy, z którym pomieniać prątek durowy, a więc nie wyróżnić go, jest rzeczą bardzo łatwą. A jednak mimo to Koch twierdzi, że jeśli w wodzie podejrzanej nie znajduje prątka durowego, to dlatego, że go tam nie ma, bo wodę danej miejscowości bada się dopiero wtedy, kiedy się tam zjawiło kilka przypadków duru. Prątek mógł być w wodzie w chwili, kiedy się chorzy zakazili, a w chwili badania, a więc w kilka lub nawet kilkanaście dni później już go nie ma, bo obecność jego w wodzie bywa najprawdopodobniej przemijającą i krótkotrwałą.

Drugi argument Kocha jest następujący: Epidemie duru z wody okazują dokładnie znaną krzywą gorączki: po kilku dniach stale wznoszących się wahań gorączki przychodzi okres ostry *(fastiginm)* i to tem ostrzejszy i wyższy, im wysianie wody dało obfitszą hodowlę, a potem zwolna stopniami opada gorączka i wszystko wraca (przynajmniej pozornie, patrząc na sprawę ze stanowiska bakteryologa) do stanu prawidłowego. Tak przebiega gorączka zwykle w pierwszym, względnie w pierwszych przypadkach duru, które się zjawiają w pewnej okolicy. Następne jednakże przypadki okazują już odmienny przebieg gorączki, a mianowicie, gorączka bywa na ogół nizka, nie dosięga prawie nigdy wysokości gorączki, towarzyszącej pierwszym przypadkom i zwykle się bardzo przewleka. Różnicę tę w przebiegu gorączki w durze tłómaczył już dawniej Koch odmiennym sposobem zakażenia. Pierwsze przypadki pochodzą wedle niego z zakażenia wodą do picia, a następnie idą z chorego na otoczenie, a więc przez zetknięcie. W wielu razach zatem wedle Kocha dur przenosi się nie przez wodę do picia, ale przez zetknięcie. Wszak prątek gwałtownie się rozmnaża w ustroju chorym. Znaleźć go można w krwi, w moczu, w plwocinie i stolcu chorego. W czasie choroby dotknięty wprost na wszystkie strony rozsiewa zarazę i może zakażać swe otoczenie.

A więc jednem słowem już przed rozpoczęciem systematycznej walki z durem w prowincyach nadreńskich głosił Koch zdanie, że częstsze są zakażenia durem, pochodzące przez zetknięcie się *(e contactu)*, niż z wody. Opierając się o te dane, zaczął Koch walkę z durem w miasteczkach Hochwaldu, a mianowicie Waldweilern, Schillingen, Heddert i Mandern, dość silnie w owym czasie nawiedzionych durem. W tym celu powołano do życia cały szereg pracowni bakteryologicznych w Palatynacie, w Alzacyi i Lotaryngii. Stworzono z początku pięć stacyi głównych i pięć pobocznych, a potem wiele jeszcze innych w miarę potrzeby. Z tych pracowni wyszły przeważnie prace uczonych niemieckich, zajmujących się ostatnimi laty sprawą duru. Pracownicy postawili sobie za cel dociekanie sposobu, w jaki nastąpiło zakażenie w każdym poszczególnym zgłoszonym przypadku duru brzusznego i ustanowienie na podstawie spostrzeżeń i studyów jakichś ogólnych prawideł ochronnych. Dociekania, podjęte w celu wyświetlenia sposobu przenoszenia się choroby, dadzą się podzielić na trzy grupy: Do pierwszej grupy należy zaliczyć śledzenie szerzenia się duru przed klinicznem zjawieniem się duru, do drugiej grupy badania, jak się dur szerzy wokoło już w czasie, kiedy gdzieś jakiś przypadek stwierdzono, a do trzeciej grupy wreszcie, jak się przenosi dalej po przebyciu duru przez pewną osobę.

W niniejszej pracy, jako traktującej o roznosicielach duru (Bazillenträger, porteurs de bacilles), a więc ludziach, którzy dur przebyli i z niego wyzdrowieli, ale i tak są nadal rozsadnikami choroby, bo z kałem wydzielają żywotne i jadowite prątki durowe, szczegółowo zajmiemy się pracami grupy trzeciej, jako odnoszącemi się właśnie do okresu podurowego, jednakże i wyniki badań podjętych w dwóch pierwszych kierunkach są również bardzo ciekawe i godne choćby krótkiego naszkicowania dla pełności obrazu.

Do prac pierwszej grupy należy zaliczyć doświadczenia Conradiego, Drigalskiego, Mayera, Priggego i Tietza, z których dowiedzieliśmy się, że w czasie wylęgania się choroby (inkubacyi), ludzie jeszcze pozornie zupełnie zdrowi, a przynajmniej jeszcze bez jakichkolwiek klinicznych objawów choroby, wydzielają z kałem, a czasem i z moczem prątki durowe. Raz stwierdzono to w 8 dni, innym razem w 11 dni, a raz nawet 25 dni wpierw, nim zdołano stwierdzić u badanych osobników jakiekolwiek objawy choroby. Do wyników tych doprowadziły systematyczne badania kału i moczu osobników, żyjących w otoczeniu durowych. Conradi znalazł prątki w krwi dwunastoletniego chłopca, którego siostra miała dur, w dni cztery pierwej, zanim zasłabł. Ze statystyki dalej wynikło, że durowi zakażają swe otoczenie przedewszystkiem w pierwszym okresie choroby, względnie w okresie wylęgania choroby, a więc w czasie, kiedy często jeszcze chodzą i uważają się sami i uważają ich inni za zdrowych. Doniosłość tych badań jest bijącą w oczy. Znaczy to, że człowiek niby zdrowy, przynajmniej za takiego uchodzący, wiodący swój zwykły codzienny żywot, stykający się jak zwykle z swojem otoczeniem, jeszcze nim sam zasłabnie na dur (klinicznie), już go może udzielić innym, którzy znowu dalej go mogą rozsiewać w około.

Że chorzy z rozwiniętą chorobą mogą udzielić zakażenia swemu otoczeniu, jest rzeczą pewną i dawno znaną. Koch i jego uczniowie, śledząc jednak dokładnie chorych i otoczenie, i w tym kierunku poczynili nowe, a ciekawe spostrzeżenia. Najpierw zwrócili uwagę, że niebezpieczni są szczególnie nie owi ciężko chorzy, co się nie mogą swobodnie poruszać i przykuci do łoża leżą całymi tygodniami, ale właśnie lekko chorzy, którzy z durem często chodzą (*typhus ambulatorius*). Baczne spostrzeganie poszczególnych przypadków, a szczególnie tych, w których zakażenie czyto z wody, czyto z pożywienia nie było pewnem, a zakażenie przez zetknięcie się z innym chorym było prawdopodobnem, dowiodło, że pośrednikami między dwoma durowymi bywali często chorzy, leczeni na zapalenie gardła, influenzę, zapalenie płuc, oskrzeli, zapalenie kiszek i t. p., którzy mieli kilka dni gorączki. Autorowie w tym celu zasięgali języka po kasach chorych, szkołach, u nauczycieli, akuszerek, księży, lekarzy i t. p. Były to przeważnie dzieci i u tych wszystkich osobników badanie, i to albo krwi (reakcya Widala) albo kału stwierdziło, że przechodzili dur klinicznie nie rozpoznany.

Stąd płynie praktyczna nauka, że otoczenie durowego należy bacznie oglądać i jeśli ktokolwiek z otoczenia dostanie gorączki, należy zbadać jego krew i stolec, bo tylko tak można wykryć dotąd nieraz zapoznawane, a zarazę przecież przenoszące przypadki.

Bardzo doniosłego znaczenia są także wyniki, uzyskane z badań ozdrowieńców po durze, co stanowi właściwy przedmiot niniejszej pracy.

Najpierw stwierdzono, że zwykle ozdrowieńcy (około 90%) już w 15. dniu po spadku gorączki prątków z kałem nie wydzielają [1]), że więc zwykle w dwa tygodnie po gorączce są zdrowi klinicznie i bakteryologicznie. Są jednak i tacy ozdrowieńcy po durze, u których długo jeszcze po gorączce można znaleźć prątki durowe w kale i to nawet po kilku tygodniach. Jednakże i ci nie wszyscy stale wydzielają prątki z kałem, ale przeciwnie i ci przeważnie też zdrowieją pod względem bakteryologicznym, t. z. że wreszcie po kilku tygodniach w kale już prątków nie udaje się stwierdzić i to nawet kilkakrotnem badaniem. Takich nazywamy prowizorycznymi roznosicielami duru (provisorische oder acute Bazillenträger). Pozostają jednak tacy, co nie tygodniami, ale miesiącami, a nawet latami wydzielają prątki. To są t. zw. chroniczni roznosiciele prątków (chronische Bazillenträger).

Klinger [1]) w czasie od 1. lipca 1903 do 31. marca 1905 zbadał 482 durowych i pośród nich znalazł 63 (13,1%), którzy po ozdrowieniu mieli jeszcze prątki durowe w stolcu, ale tylko 8 miało prątki durowe dłużej, jak sześć tygodni po ozdrowieniu, a więc 8 czyli 1,7% stało się chronicznymi roznosicielami duru. Najdłużej spostrzegał obłąkaną w zakładzie Hördt: zachorowała ona z końcem stycznia 1904 na dur i z początkiem marca wyzdrowiała. 12. maja 1905 były jeszcze prątki durowe w stolcu. U reszty 7 ozdrowieńców stwierdził prątki po 3, 5, 8 i 11 miesiącach.

W pracy, ogłoszonej w roku następnym, donosi Klinger [2]), że na 604 ozdrowieńców po durze okazywało 70, t. j. 11,6% prątki w stolcu, a 10 t. j. 1,7% w moczu. Po kilku tygodniach tylko 6 osób, a więc 1% ma jeszcze prątki w stolcu, a więc 1% zostaje już prawdopodobnie chronicznymi roznosicielami duru. Najdłużej obserwowany ozdrowieniec miał przez półtora roku prątki w stolcu po durze.

Kayser [3]) zajął się historyą owych 248 osób, które w Strassburgu od lata 1903 do lata 1905 przebywały dur. Zostało z nich do r. 1907 przy życiu 217, a z tych miał sposobność zbadać 101 osób: 33 mężczyzn, 47 kobiet, 21 dzieci. Z pośród tych 101 osób wykrył trzech roznosicieli duru (1 mężczyznę, 2 kobiety). A byli to ozdrowieńcy, których na podstawie bakteryologicznego zbadania kału i moczu uznano bakteryologicznie zdrowymi. Wszyscy troje mieli się zupełnie dobrze. W otoczeniu jednej

---

[1]) P. Klinger: Über Typhusbazillenträger. (Arbeiten aus d. kaiserl. Gesundheitsamte, 1906, str. 91).

[2]) P. Klinger: Die Untersuchungen der Strassburger bakter. Anstalt für Typhusbekämpfung. (Ibid. 1907, str. 214).

[3]) Heinrich Kayser: Über Untersuchungen bei Personen, die vor Jahren Typhus durchgemacht haben. (Ibid, 1907, str. 223).

z tych trzech osób zjawił się w międzyczasie przypadek duru. Kayser zatem wykazuje wyższy procent, bo 3% chronicznych roznosicieli duru pośród ozdrowieńców z duru.

A więc badania owych stacyi południowo-niemieckich dowiodły, że 3% durowych zostaje chronicznymi roznosicielami duru. Cyfrę tę możnaby jednak podnieść, zważywszy, że owi chroniczni roznosiciele duru nie wydzielają prątków stale, ale w bardzo nieregularnych odstępach czasu, dalej zważywszy, że nawet ze stolca ludzi na pewno na dur chorych też nie zawsze udaje się wyhodować prątki. Tak n. p. w r. 1904 zbadał Klinger (l. c.) stolec 428 chorych, na pewno durowych, a prątki znalazł tylko 136 razy (31,8%), a więc co trzecie badanie dało ledwo wynik dodatni. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lomnitz. **O rzadkiem wydarzeniu przy nakłuciu brzucha, spowodowanem chorobą Hirschsprunga.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu*, 1908, 19. VI.). U 17-letniego chorego postanowiono z powodu puchliny brzucha, pochodzenia sercowego, wypuścić płyn z jamy brzusznej. Wkłucie trójgrańca wykonano na dłoń powyżej spojenia łonowego nieco na lewo od linii środkowej ciała. Przy wyciąganiu sztyletu zauważono wydobywanie się z pochewki trójgrańca treści jelitowej. Natychmiast otwarcie brzucha. Znaleziono przebicie w jelicie grubem zstępującem, którego ściany były bardzo grube i sztywne. Zaszycie. Piątego dnia pęknięcie szwu, w 9 dni zejście śmiertelne. Sekcya wykazała typową chorobę Hirschsprunga. Dodać należy, że ani w wywiadach, ani w przebiegu choroby nie było ani jednego objawu, któryby dozwalał cierpienie to rozpoznać. Stolec oddawał chory zawsze prawidłowo. *K.*

Wossidlo. **Doświadczalne badania nad zmianami ziarnek Nissla przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1908, T. 86, Z. 4). Badanie swe przeprowadzał W. na królikach, wywołując znieczulenie 4% stowainą Billona, 5% tropakokainą z suprareniną, 5% nowokainą i 4% alypiną. Zmiany, jakie znajdował w rdzeniu, były przejściowe w postaci rozpadu, nabrzmienia jąder i komórek i trwały jedynie do 24 godzin po wstrzyknięciu, poczem już wykazać ich się nie udawało. Różnicy drobnowidowej przy stosowaniu wspomnianych środków wykazać się nie dało, a jedynie objawy kliniczne przemawiają za używaniem tropakokainy. Ponieważ zmiany w komórkach zwojowych są przejściowe, przeto nic nie przemawia z doświadczeń przeciw stosowaniu znieczulenia lędźwiowego. *K.*

Prof. Hippel. **Łagodzące otwarcie czaszki przy tarczy zastoinowej.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 37). Jakkolwiek tarcza zastoinowa jest tylko zwykle jednym z objawów chorobowych, to jednak ze względu na zaniewidzenie zupełne musimy ją leczyć oddzielnie, zwłaszcza, że jest ona często jednym z nielicznych objawów ukrytego cierpienia. Słuszną też jest rzeczą, jeżeli zaleca się nawet operacyę, jako zabieg, chociażby łagodzący tylko przypady, bo doświadczenie nauczyło, że często mimo to, że guza n. p. nie udało się znaleźć, już sama zmiana ciśnienia śródczaszkowego wpłynęła korzystnie na stan chorych, zwłaszcza na oczy. Z zebranych 221 przypadków z piśmiennictwa wynika, że w łączności z operacyą umarło 53. Z pozostałych 168 u 100 znikła po operacyi tarcza zastoinowa, u 18 pozostała, co do innych brak danych. W 61 przypadkach, (opisanych dokładnie), wzrok poprawił się. Poprawa ta jest tem pewniejszą, im wcześniej przystępujemy do zabiegu, nie należy jej zaś spodziewać się tam, gdzie wzroku już nie ma. Dlatego też nie należy zwlekać z operacyą przy kile, przewlekłem wodogłowiu, przy zniekształceniach i niedorozwojach czaszki, guzach rzekomych i t. p. Kiła mózgu odporna jest na leczenie specyficzne i często chory przedtem oślepnie, nim leczenie wywoła poprawę samej choroby. Przy wodogłowiu, guzach wrzekomych, surowiczem zapaleniem opon i t. p. ta łagodząca operacya jest zarazem zabiegiem leczniczym w całem tego słowa znaczeniu. Naturalnie trzeba przygotować otoczenie, że zabieg jest bardzo ciężki i niebezpieczny, ale zarazem jedynym ze znanych środków. Celem zmniejszenia niebezpieczeństwa powinno się operować w chloroformie, a nie w eterze, i to dwuczasowo: najpierw usunąć kość a dopiero w kilka dni otworzyć oponę twardą, znieczulając ją kokainą w celu usunięcia odruchu na oddech. Operować powinno się delikatnie, bez młota i dłuta, płyn wypuszczać ostrożnie i zwolna i t. p. Wynik i poprawa co do tarczy zastoinowej występuje rychło, bo w kilka dni. *K.*

Peter Bade. **W sprawie wrodzonego zwichnięcia biodrowego, a zwłaszcza krytyczne uwagi nad pracą Deutschländera: „O krwawem nastawieniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego“.** (*Archiv f. Orthop.*, 1908, VII). Deutschländer, zwolennik krwawego nastawienia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego zabrał w tej sprawie znowu niedawno głos i starał się na podstawie swego materyału udowodnić słuszność swego twierdzenia. Bade omawia krytycznie te twierdzenia i wykazuje, ile błędów popełnia się w takim przypadku i jak błędnie Deutschländer dowód przeprowadza. Jestto praca rzeczywiście godna uwagi dla specyalistów. Jako aksyomat stawia on następujące twierdzenie: U młodych osobników należy próbować zawsze najpierw niekrwawego nastawienia, a jeżeli się to nie uda, to trzeba się dobrze jeszcze raz zastanowić, zanim się podejmie krwawego zabiegu, bo wyniki tegoż są mniej korzystne, jakby się można spodziewać. *Chl.*

Payer. **Plastyka kości po resekcyi szczęki odcinkiem żebra, oraz pokrycie ubytku skórnego szypułowatym płatem piersiowym, albo swobodne przeszczepienie.** (*Zentrbl. f. Chir.*, 1908, Nr 38). P. poleca, aby, według pomysłu jego asystenta Hellera, po resekcyi szczęki, w celu nadłożenia ubytku wyciąć kawałek żebra i wraz z należącym do niego płatem mięśnia przenieść do góry, albo też zupełnie odciąć kawałek żebra i założyć nim brak w szczęce. Maudry już dawniej zalecał prawie ten sam zabieg, tylko, że on przeszczepiał odcinek obojczyka zamiast żebra. *Chl.*

Wilms. **Ustalenie kątnicy (coecum mobile) w przypadkach t. zw. appendicitis chronica.** (*Zentrbl. f. Chir.*, 1908). W. twierdzi, że w wielu przypadkach zapalenia wyrostka bole powoduje ucisk na krezkę, która jest za długa. Jeżeli się więc na to nie zwróci uwagi, to i po wycięciu wyrostka robaczkowego bole w dalszym ciągu trwać będą. W 40 przypadkach, operowanych przez niego, tworzył zawsze z otrzewnej prawej zatoki jamy brzusznej kieszeń i w niej umocowywał kątnicę. We wszystkich w ten sposób operowanych przypadkach rana goiła się szybko i bole nawet w przypadkach już poprzednio operowanych znikały zupełnie. *Chl.*

Fr. Staffel. **Kilka uwag o wkładkach przy stopie płaskiej i koślawej.** (*Archiv f. Orthop.*, 1908, VII). S. zaleca używać zamiast zwykłych wkładek wązkie listewki ze sprężynowej stali, które są tanie, lekkie, a bardzo często doskonale spełniają swoje zadanie. *Chl.*

Herz. **Leczenie wrodzonej stopy szpotawej u młodych dzieci.** (*Archiv f. Orthop.*, 1908, VII). H. przemawia za leczeniem tego cierpienia przy pomocy gipsowych opatrunków i stara się osłabić zarzuty Longego. Jest on tego zdania, że wymieniony sposób prędzej i pewniej wiedzie do celu, niż każdy inny. (*Uwaga ref.*: Z twierdzeniem autora nie można się jednak zupełnie zgodzić, gdyż zapomina on, że dla biednych ludzi jest po prostu niemożliwem utrzymać gips w stanie suchym i zdolnym do użytku). *Chl.*

P. Sick. **Przyczynek do leczenia posoczniczych i ropniczych zakażeń ogólnych.** (*Z. f. Chir.*, 1908, Nr 31). Już przed rokiem przestrzegał S. przed leczeniem ciężkich ropowic zapomocą sposobu Biera, a radził szerokie otwarcie miejsca zakażonego, względnie resekcyę albo amputacyę. W pierwszym razie przy zakażeniu bardzo ostrem traci się odpowiednią chwilę, w której możnaby było chorego jeszcze uratować, a późniejsze radykalne zabiegi stają się bezowocne. Tak samo w przypadkach lżejszych można stosować metodę Müllera i Peisera (leczenie zapomocą antifermentu); bardzo niepewne działanie dała surowica przeciwpaciorkowcowa, przetwory nukleinowe i kollargol. Nadzwyczaj dobre wyniki dało S. leczenie jodipiną w połączeniu z ol. sesami w ciężkich zakażeniach. Uleczył on trzema wstrzyknięciami podskórnemi 25% rozczynu (po 10, 5,5 cm^3) ciężką posocznicę paciorkowcową w przeciągu 3 dni. Tak samo nastąpiła szybka poprawa w przypadku zakażenia połogowego i zapalenia płuc. *Chl.*

Kirsch. **Badania nad nawykowem skrzywieniem stosu kręgowego (scoliosis habitualis).** (*Arch. f. orth. Chirurgie*, 1908, T. VII, Z. 1). W Niemczech, Anglii, Włoszech przeprowadzają lekarze od dłuższego czasu badania z dziećmi w szkołach celem śledzenia chorób, występujących w dziecięcym wieku. Co do skoliozy przeprowadzali oni badania na licznym materyale, szczególnie Combe, Scholder, Weith, Guillaume, Krug, Hagemann, Kalbach, Axel Key, Nürnberger, Bordenlewe i i. Badania takie wykonał Kirsch w Magdeburgu (Dziewin). Podług K. $^1/_3$ dzieci w szkołach ma skrzywienie boczne kręgosłupa, co mniej więcej odpowiada i badaniom innych autorów. Największa liczba

skrzywień jest lewostronnych (*totalis*), które we wyższych klasach pogarsza się, przechodząc w skoliozy kombinowane. Skolioz nabytych w szkole stwierdził u dziewcząt 20%, u chłopców tylko 2½%, do tego skolioz ustalonych twardych u dziewcząt 3%. Badania K. nie są jeszcze ukończone. *Chl.*

Okulistyka.

Suker. **Czy można w każdym przypadku używać sposobów zastępczych zamiast zwyczajnego wyłuszczenia oka.** (*Ophthalmology* 1908, Vol IV., Nr 2). Pierwotny sposób wyłuszczenia oka nie odpowiada wcale wymaganiom kosmetycznym: 1) Tłuszcz oczodołowy i mięśnie ulegają pod zaszytą spojówką stopniowemu zanikowi, przez co jama oczodołowa nadmiernie się powiększa. 2) Ruchy powiek ulegają pewnemu ograniczeniu. 3) Kikut po wyjętej gałce ma ruchomość wcale niedostateczną. 4) Ruchomość, jakiej kikut ten udziela założonemu oku sztucznemu, oczywiście jeszcze bardziej nie wystarcza. 5) Górna powieka zapada się, tworząc szpecące zagłębienie pod łukiem oczodołowym. 6) Pomiędzy okiem sztucznem, a spojówką powstaje zwykle przestrzeń, wypełniająca się wydzieliną, która drażni spojówkę i wywołuje uporczywy nieżyt, a nadto uszkadza emalię sztucznego oka. 7) Długotrwałe zaćmienie wywołać może odczynowe bujanie tkanki łącznej, która kurcząc się, skraca załamki czasem tak znacznie, że wkładanie oka sztucznego staje się niemożliwe.

Z powodu tych licznych niedostatków zalecono, jak wiadomo, cały szereg sposobów, powiększających podkład dla oka sztucznego przez wszywanie kul z najrozmaitszego materyału. Pierwszeństwo przed wszystkiemi metodami oddaje S. operacyi Frosta, polegającej na wszyciu kuli ze szkła wolnego od ołowiu do torebki Tenona. Szkło takie pod wpływem soków śródgałkowych nie ulega żadnej zmianie chemicznej, jest zatem doskonale obojętne, a przy należytem zaszyciu rany oczodół znosi dobrze obecność tego ciała obcego. Przed wszczepieniem gotuje się kulę przez kilka godzin w rozczynie 1: 5000, następnie płucze się w rozczynie soli. Po włożeniu kuli zaszywa się ponad nią szwem kapciuchowym torebkę Tenona, mięśnie i spojówkę. *K. W. Majewski.*

Van Duyse. **Rozbiór przypadku urazowego zapadnięcia oka** (*enophthalmus*). (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). 38-letnia kobieta, spadłszy ze schodów, stłukła się silnie w okolicę prawej kości jarzmowej. Kolejno pojawiały się potem zmiany następujące: Krwiak oczodołu i znaczne wysadzenie oka wskutek złamania szczęki górnej i oczodołowego wyrostka kości jarzmowej wraz z rozdarciem tętnicy podoczodołowej i nerwu podoczodołowego. Gałka oczna sama nie uszkodzona. Porażenie mięśni prostego wewnętrznego i prostego dolnego, niedowład zwieracza źrenicy i akomodacyi. Porażenia te i niedowłady szybko ustąpiły z wyjątkiem niedowładu mięśnia prostego dolnego, utrzymującego się przez szereg miesięcy. W kilka tygodni po urazie wysadzenie oka przemieniło się w zapadnięcie (*enophthalmus*). D. przyjmuje tu możliwość uszkodzenia nerwu współczulnego, wyłącza zwiększenie pojemności oczodołu przez złamanie kostne, a przypuszcza tylko bliznowate skurczenie się wiotkiej tkanki oczodołowej w dolnej części po wessaniu się krwi. *K. W. Majewski.*

A. Monthus. **Wągr w oczodole.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). Wągr w oczodole daje obraz kliniczny, który z trudnością nieraz tylko można odróżnić od obrazu nowotworu pozagałkowego. Wągr rozwija się dosyć szybko, zwykle przed upływem jednego roku. W czasie swego rozwoju wywołuje często stany zapalne, którym towarzyszą nieraz bardzo znaczne nerwobole. Z powikłań wymienić należy ropowicę pozagałkową, zakrzepowe zapalenie żył i zapalenie nerwu wzrokowego. Rozpoznanie może się opierać tylko na prawdopodobieństwie. Niekiedy nawet badanie mikroskopowe wyciętych kawałków pęcherza nie daje bezwzględnej pewności, tak dalece może ciało pasorzyta uledz zwyrodnieniu i różnym przemianom wstecznym. M. przestrzega przed nakłuciem próbnem, bo wyniki tego są zupełnie niepewne, a zachodzi niebezpieczeństwo odczynu zapalnego. Jedynym uzasadnionym sposobem jest nacięcie próbne, po którem w razie stwierdzenia pasorzyta należy bezpośrednio przystąpić do doszczętnego wyłuszczenia. *K. W. Majewski.*

Jocqs. **Torbiele skórzaste na dnie oczodołu.** (*Ophth. Klinik* 1908, Nr 1). Rzadkie i trudne do operowania są torbiele, usadowione w głębi oczodołu. Lagrange opisał w r. 1900 przypadek torbieli skórzastej w górno-wewnętrznej części oczodołu, sięgającej daleko w głąb lejka oczodołowego. W obawie nawrotu nie poprzestał Lagrange na wycięciu wystającej części torbieli, lecz usunął wszystkie jej ściany, przyczem nie obeszło się bez uszkodzenia pochewek nerwu wzrokowego i nacięcia grubszych żył, co wywołało duży krwotok. Przypadek ten skończył się nieszczęśliwie: Zapalenie tęczówki, ropniak komórki przedniej, zapalenie rogówki, zapalenie nerwu wzrokowego. Mając w pamięci ten niepomyślny przypadek Lagrangea, J. w podobnym przypadku torbiela skórzastego u 3½-letniej dziewczynki, u której guz, wypuklający dolny załamek spojówki, osadzony był w oczodole bardzo głęboko, ograniczył się do wycięcia samej tylko przedniej ściany torbieli i do wypróżnienia jego treści. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań. J. miał sposobność badać dziecko w rok po operacyi i nie znalazł żadnych objawów nawrotu. *K. W. Majewski.*

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

Do więcej ciekawych przyczynków do historyi medycyny w Polsce należą bezwątpienia dawne protokoły sekcyjne. Miały one charakter jużto aktu sądowego, jak n. p. do pewnego stopnia protokół sekcyi Barbary Radziwiłłówny, zawarty w pracy A Critiusa »Deploratio mortis Barbarae reg.« Cracoviae 1515 [1]), już też sporządzano je przy sposobności balsamowania ciała lub, i to najrzadziej, dla poznania przyczyny śmierci.

Z protokołów tych, a raczej opisów, wymienię bardzo niedokładny opis sekcyi króla Stefana Batorego, który, jak wiadomo, umarł dość nagle, bo po kilku dniach choroby. Sekcyę tę omówił krytycznie w krótkości Pawiński w rozprawce »Zgon króla« [2]), napisanej w 300-letnią rocznicę śmierci tego najdzielniejszego władcy polskiego.

Sekcyę, czyli jak wówczas nazywano »egzenteracyę« zwłok, wykonano w trzy dni po śmierci króla; wynik jej budził szczególne zainteresowanie wśród lekarzy, gdyż chodziło tu o rozstrzygnięcie pytania, kto miał słuszność, czy lekarz Symoniusz z Lukki rozpoznający *syncope asthmatica*, czy Baccella z Padwy, utrzymujący, że król cierpiał na padaczkę i to pewną *species de epilepsia*, gdyż nie było drgawek. Dla porównania przytoczę tu opis sekcyi, podany przez Polaka Gosławskiego, lekarza przy dworze Batorego, który był obecny przy jej wykonaniu. Opis, zdaje się, bezstronny, gdyż autor sam nie zajmował się leczeniem króla [3]). »Przy bytności Baccella, pisze Gosławski, balwierze wnętrzności wyjmowali z niego (króla), Baccella im pomagał. Wszystkie *viscera* zdrowiuchne, wątroba także, żołądek, śledziona, płócno jedno przy sercu zdrowe, tylko lewe naciekło, bo się był bardzo potłókł. Nerki nadzwyczajne, jako wołowe, co dziwna, bo w człowieku są nerki, jako w skopie. Czego ani Baccella, ani ja nie widzieliśmy w żadnem ciele. Szukał Baccella *in omnibus visceribus* i nic nie znalazł, tylko w owej pęcherzynie, kędy żółć bywa, w tej dziurze, kędy wychodzi, kamień tak wielki jako muszkatołowa gałka, że do onej pęcherzynki nic nie wchodziło żółci i nic jej też nie było, tylko woda szczera, i drugi kamyk; wszakże to nie jest *causa mortis*, bo i w gołębiach i koniach żółci nie masz, ale się rozchodzi po wszystkiem ciele.

Doktór Symoniusz, gdym go pytał o śmierć króla i *accusabat aquam*, którą K. J. M. pił nie tak, żeby była *causa mortis*, ale iżby miała *accelerare mortem* i powiedział, by był wino pił, mógłby jeszcze dzień lub dwa żyw być i Panu Bogu się sprawić i rzeczy rozprawić«.

Opis, jak widzimy, bardzo pobieżny i niedokładny. Przytoczyłem go dla porównania z protokołem sekcyi zwłok króla Jana Sobieskiego, dotąd wogóle mało znanego i jeszcze przez nikogo krytycznie nie opracowanego. Po raz pierwszy został on drukiem ogłoszony w r. 1895 przez Glatmana [4]) w krótkim szkicu

---

[1]) Feigel. Podręcznik medycyny sądowej. Lwów 1883, str. 11.
[2]) Pawiński. Zgon króla. Tyg. ilustr. 1886, str. 357.
[3]) Gąsiorowski. Zbiór wiadomości do historyi sztuki lek. w Polsce. Poznań, 1854.
[4]) Glatman. Skon Jana III. Szkic historyczny. Opowieści i wspominki historyczne. Kraków, 1895.

historycznym, pisanym więcej nowelistycznie, p. t. Skon Jana III. Rękopis muzeum Czartoryskich Nr 441, str. 19, jest najprawdopodobniej kopią z kopii tekstu protokołu oryginalnego. W roku 1896 przedrukował go Giedroyć w rozprawie »Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich«, Warszawa 1896, nie dodając żadnych od siebie uwag.

Tekst[5]), który poniżej zamieszczam, jest odpisem z dokumentu, jeżeli nie oryginalnego, to w każdym razie będącego dokładniejszą kopią, niż ogłoszona przez Glatmana. Obok pewnej niejasności i błędów stylistycznych, uderza w kopii Glatmanowskiej brak całych zdań, które znajdujemy w protokole poniżej przytoczonym, również brak podpisów dwóch lekarzy, co przemawia także za niedokładnością kopii muzeum Czartoryskich. Tekst, który omówię, jest odpisem dokumentu, będącego własnością Bersona w Warszawie, a zakupionego na licytacyi w Monachium. Pochodzenie jego z Monachium możnaby tłomaczyć tem, że córka króla Sobieskiego, Teresa Kunegunda, wyszła za elektora bawarskiego Maksymiliana Emanuela i prawdopodobnie posiadała jeżeli nie oryginał, to przynajmniej dokładny odpis protokołu sekcyi swego ojca.

Czy sekcyę wykonano głównie dla przekonania się, na co król chorował, względnie umarł, czy też z powodu balsamowania ciała — trudno rozstrzygnąć; być może, że przedewszystkiem z powodu balsamowania, przy tej sposobności skorzystano prawdopodobnie, by przekonać się także o stanie narządów; świadczy o tem skrupulatne spisanie tego, co znaleziono na sekcyi. Pod protokołem są podpisy trzech lekarzy, między nimi fizyka warszawskiego, Jakóba Minaszewicza. Kto robił sekcyę, czy sami lekarze, trudno stwierdzić wobec braku odnośnych notatek. Być może, że robili ją, podobnie jak sekcyę Batorego, balwierze. Wiemy bowiem, że w wiekach średnich, począwszy od XIV. w., kiedy to w r. 1315 *Mondini de' Luzzi* (Mundinus) pierwszy raz publicznie, nie kryjąc się, sekcyonował ciała dwu kobiet i wydał swą nieśmiertelną »anatomię części ciała ludzkiego«, że wówczas sekcye na uniwersytetach nawet wykonywali czeladnicy balwierscy. Ludzi tych uważano za nieuczciwych, a czynność swą wykonywali, i to bardzo nieudolnie, zapomocą brzytwy[6]).

Sekcyę robiono nie w Wilanowie, miejscu śmierci Sobieskiego, lecz niewątpliwie w Warszawie, dokąd zaraz drugiego dnia przewieziono zwłoki królewskie, jak to czytamy w liście biskupa Załuskiego. Czytamy w nim bowiem, że królewicz Jakób zaraz po śmierci ojca wyjechał do Warszawy, zamknął się w zamku, a żołnierzom zakazał wpuszczać matkę, Maryę Kazimierę, bał się bowiem, by nie zabrała mu skarbów. Królowa, dowiedziawszy się o tem, wyjechała tam zaraz wraz ze zwłokami małżonka. I tu pod zamkiem ku zgorszeniu wszystkich musiano paktować z Jakóbem, by wpuścił matkę i zwłoki ojcowskie. »Co powie Polska cała, mówił biskup Załuski do królewicza, gdy się dowie, że ciała zmarłego króla nie wpuszczono do zamku«.

Protokół sekcyi również datowany w Warszawie. O ile sądzić można ze stylu i używania czasu przeszłego, protokół pisano nie podczas sekcyi, ale po niej. Zwłoki następnie zabalsamowano. W 100 lat prawie po śmierci, gdy z polecenia Stanisława Poniatowskiego przekładano zwłoki króla Jana III. do nowego grobu, były one jeszcze wcale dobrze utrzymane. W »Pamiątkach z Krakowa« Mączyńskiego[7]) czytamy: »przy włożeniu w ten sarkofag zwłok Jana III. zabalsamowane ciało jeszcze okazywało jego wspaniałą postać, i niejakieś podobieństwo w twarzy, która za życia była tak miłą, otwartą, poważną, którą ożywiało wejrzenie bystre czarnych, wielkich jego oczów. Do podobieństwa tego przyczyniały się najwięcej owe historyczne wąsy Jana III., które zupełnie niezepsute zdobiły jeszcze twarz tego bohatera«.

Tekst łaciński protokołu następujący:

Lugete Coeli fata!

Occidit heu lumen Poloniae, occidit Johannes III. Rex semper Augustus, semper invictus, semper sapientissimus. Patriae praesidium ac dulce decus, idque 17 die Junii, nigro deinceps lapillo numeranda die, Anno Domini 1696.

Postquam serenissimi regis cadaver, nobis Medicis praesentibus nudum fuit expositum, abdomen immensa mole conspicuum observavimus, cutim versus axillas hinc et inde rubro colore latius diffuso tinctum vidimus, vidimus et tibias in anteriori parte pustulis numero quasi innumeris aspersas et ex rubro nigricante colore maculatas.

Postmodum medius ac intimus venter appertus est aqualiculus adipe protenso fere sesquipede gravis extabat. Epiploon eminentibus multis crassioribus glandulis refertum erat. Intestinorum tenniorum aeque ac crassiorum non ita laudabilis color ex his, quod jejunum vocant, lividum ac prope sideratum judicavimus.

Coli certe stupenda moles et penitus ex lex habita jure et merito fuit.

Mesenterium nullo fuit infectum vitio, quod oculis pateret, nec in ventriculo, nec in vesica labes digna memoriae.

In pancreate corpuscula saccam duritiem aquantia prope notavimus, juxta canaliculum, per cujus ductum succus pancreaticus fluit in duodenum, nata et adulta concreverant haecce corpuscula.

Vas et ipsum pancreaticum insigne fuit, quippe solito majus.

In cavitate ventris tres aut quatuor seri nigricantis et male olentis stagnabant.

Hepar extitit pravi coloris, praecipue vero in parte gibba. Visceris hujus substantia fuit exarefacta puriformis quidam succus ex ea nonnihil premendo fuit eductus. Vesicula fellis appensa jecori vacuabile tota fuit; octo replebat calculis, inter quos unus insignior, alii porro minores.

Lien debitae magnitudinis et crassitici, tum exterius, tum interius velut atramento conspurcatus apparuit, cujus mollissima substantia, quae a se invicem, quasi detritus pannus facile sejungebatur, unde pars ille degener omnino putanda.

Ren dexter mole minor, majorem calculum capiebat, quod mirum, calculus ille quadantenus refert figuram clipei ex quo stemma regium constat. Ren sinister tanta pinguedine fuit occlusus, ut difficulter videretur; ille maximus tamen, sed quod miserrimum inficiebatur pure.

In medio ventre pulmonum color ad nigrum tendebat, horum substantia prorsus flaccida, se cum arcte cohaerebat, purulenta materia sordida scatebat.

Pericardium praeter morem vix quatuor aquae guttulis irrigabatur. Cor magnum et capax dici potuit; nihil singulare vel in eius auriculis vel in ambobus sinubus occurit. Testamur eius texturam non ita robustam atque compactam a nobis fuisse deprehensam, quam vulgo soleat, quod ab aetate jam provecta Regis esse potuit. Thorax seu medius ille venter magnam premebatur aquae copiam vitiosi coloris et odoris foetidissimi.

In capite vel superiori ventre nulla labes fuit. Cerebrum non nihil siccum aliqui dicebant ex chirurgis, quod in ita fuerit a natura comparatum, quis miret, quod rex tanta Ingenii laude floruerit, quod quicquid diceret, salve diceret; quod denique caput eius fuerit mentio altioris capacius. Splendor enim siccus animus sapientissimus. In cerebri substantia, sicut in ventriculis, sicut in principio nervorum, nil a lege naturae alienum observatum fuit. Inflicta sunt alte vulnera pedibus tibiis et femoribus, ex iis quam data portam, serum ubertim et affatim effluxit saltem ad viginti librarum pondus. Ex adipe quo actus inferiores circumundique vestiebantur, sic tanquam ex spongiis aqua madidis exprimebat serum.

Ex hac brevi relatione concluditur, quot et quantae morborum causae, simul coiverint, velut agmine facto, in perniciem regis immortalitate digni, si mors aequo pauperum tabernas, Regumque turres non pulsaret. Et quidem vix aliqua pars fuit immunis a culpa, sive ex iis, quae inserviunt nutritioni; sive ex iis, quae addictae sunt officio respirationis, attamen existamamus, quod ex vitio praesertim renum orta sit haec praesens calamitas. Hisce quippe fatiscentibus, serum non fuit a mole sanguinea secretum, tempore et loco iuxta naturae vota, unde profecto sanguinis discrasia seri nimia redundantia anasarca successiveque ascite consecuta sunt.

Varsavii die 18 Junij A. 1696.

H. Mahien,
serenissimor. Regin. Archiater.

Petrius Buini,
Medicus florentinus.

Jacobus Minaszewitz,
Physicus Warsaviensis.

(C. d. n.)

---

5) Odpis protokołu wraz z niektóremi notatkami dostarczył mi łaskawie Dr E. Łuniński, za co też składam Mu serdeczne podziękowanie.

6) Weigel. Historya medycyny w wiekach średnich. Lwów, 1895.

7) Mączyński. Pamiątka z Krakowa — opis tego miasta i jego okolic. Cz. II. Kraków, 1845.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie z XIII. wiecu Izb lekarskich w Pradze.

W dniu 29. września 1908 rozpoczął się XIII. wiec Izb lek. austr. Zagaił prezydent Izby lek. dla Królestwa czeskiego Prof. Dr Heveroch, jako przewodniczący wiecu. Udział bardzo liczny; z małymi wyjątkami wszystkie Izby wysłały delegatów. Następnie powitał wiec imieniem Namiestnika c. k. Radca Dworu Vojáček, poczem referent kraj. sanitarny c. k. Radca Dworu Pelc w mowie swej między innemi powiedział: »W ciężkich czasach przypadło Izbom lekarskim spełnić swe zadanie wobec interesów zawodowych, w czasach, kiedy najszersze warstwy ludu w usilnej walce społecznej dążą do zabezpieczenia swym współtowarzyszom jak największych korzyści w każdym kierunku, a kiedy z drugiej strony przed światem lekarskim stają zadania na polu humanitarnem, higienicznem itd., o jakich do niedawna jeszcze mowy nie było. I tu można stwierdzić, że Izby lekarskie swą dotychczasową działalnością dowiodły dostateczne uprawnienia swej egzystencyi«.

Imieniem miasta Pragi powitał delegatów serdecznemi słowy Dr Kaspar.

Przystąpiono do 1. i 2. punktu porządku dziennego (patrz Nr 39 Przegl. lek.). C. k. Radca rządu Prof. Dr Petrina odczytał sprawozdanie Wydziału wykonawczego Izb lek., poczem delegat Izby zachodnio-galicyjskiej zwrócił się do Wydz. wykonawcz. z zapytaniem o losy akcyi w kierunku podwyższenia dyet dla lekarzy wydelegowanych do epidemii tyfusu plam. z 7 kor. na 20 kor. dziennie, podnosząc równocześnie, że wniosek ów, uchwalony na XI. wiecu Izb w Krakowie w rozciągłości takiej, jak wówczas uchwalono, nie ma widoków na rychłe spełnienie życzeń świata lekarskiego w szczególnosci galicyjskiego, prosząc równocześnie, by wiec reasumował ówczesną uchwałę, i by polecił Wydz. wykonawczemu takie kroki poczynić, by na razie jedynie dla epidemii tyfusu plam. dyety do kwoty 20 kor. dziennie podwyższono. Wywody te poparł delegat Izby lek. bukowińskiej, zaznaczając identyczność stosunków odnośnych w Galicyi i na Bukowinie. Przewodniczący poddaje ten wniosek pod głosowanie — jednogłośnie przyjęto.

Do punktu 3. obrad w sprawie ubezpieczenia robotników w Kasach dla chorych uchwalono:

1) żądać wspólnego porozumienia się lekarzy z Kasami;

2) przedstawić w tym duchu materyał Izbom lekarskim, prezydentowi ministrów i ministrowi spraw wewnętrznych;

3) porozumieć się z organizacyami społeczno-lekarskiemi;

4) użyć w parlamencie wszelkich możliwych wpływów w celu przeprowadzenia zadań.

Do punktu 4. uchwalono w zasadzie przychylić się do utworzenia własnego zakładu ubezp. od wypadków: polecono Wydziałowi wykonawczemu, by w tym kierunku prace wstępne przeprowadził.

Dalszym przedmiotem obrad była kwestya tytułów lekarzy. Referent Dr Schlömicher (Grac) uczynił następujące wnioski:

1. Lekarzowi wolno używać tylko tego tytułu doktorskiego, który mu się wedle dosłownego brzmienia dyplomu należy. A więc nie wolno tytułować się doktorem medycyny i chirurgii, jeśli dyplomem nadany tytuł brzmi: Doktor wszech nauk lekarskich.

2. Tytuły w rodzaju »były lekarz« lub »były frekwentant« kliniki i t. p. mają być niedozwolone. Natomiast wolno używać tytułów »były asystent kliniki« lub »były sekundaryusz«, jeśli tytuł ten nadany został dekretem.

3. Wogóle zabronić należy używania tytułów, które, chociaż mają uprawnienie, mogłyby jednak publiczność, szukającą pomocy lekarskiej, w błąd wprowadzić. Tak n. p. jeżeli lekarz jest docentem jakiegoś zakładu szkolnego, szkoły średniej i t. p. nie powinien tytułować się krótko »docent«, gdyż mogłoby to wzbudzić przypuszczenie, że chodzi o docenturę Uniwersytetu.

4. Wprowadzić należałoby pewne normy co do uprawnienia tytułów specyalistów.

Po odnośnej dyskusyi wiec Izb lekarskich uchwalił: Wezwać Izby lekarskie, by w przepisach obowiązujących lekarzy zamieściły postanowienia, tyczące się sprawy tytułów nieuprawnionych, które lekarze czasem w celach reklamy sobie nadają, i by co do kwestyi tytułów specyalistów wnioski swe przesłały komitetowi wykonawczemu Izb lekarskich, który je przedłoży Najwyższej Radzie zdrowia, jakoteż rządowi.

Długą i ożywioną dyskusyę wywołała sprawa ustawy o pensyjnem ubezpieczeniu urzędników prywatnych, o ile dotyczy stanu lekarskiego. Pokazało się przedewszystkiem, że według interpretacyi czynników miarodajnych ustawa ta będzie zastosowaną do lekarzy, pozostających w stałym stosunku służbowym do szeregu instytucyi prywatnych, a po części publicznych, w pierwszym rzędzie do lekarzy Kas chorych. Słusznie jednak już poprzednio wskazywano na postanowienia ustawy, które odnośnie do lekarzy są prawie niemożliwe do zastosowania i nakładają ciężary, które bez odpowiednich korzyści lekarze będą musieli ponosić. Większość Izb lekarskich oświadczyła się za wyłączeniem lekarzy z szeregu tych, którzy postanowieniom ustawy podlegają, a wiec Izb lekarskich uchwalił:

1) Lekarze dążą do ogólnego ubezpieczenia pensyjnego na starość i na wypadek niezdolności do pracy, jakoteż ubezpieczenia wdów i sierot.

2) Oświadczają się jednak za ubezpieczeniem ogólnem i państwowem wszystkich lekarzy.

3) Do tego ubezpieczenia ma się państwo odpowiednio przyczynić.

4) Ustawa z d. 16. grudnia 1006 o pensyjnem ubezpieczeniu urzędników prywatnych nie odpowiada w brzmieniu obecnym potrzebom i wymaganiom lekarzy.

5) Nawet przy zmianie postanowień dotyczących, ustawa ta jednak nie będzie się liczyć z poszczególnymi stosunkami lekarskimi.

6) Domagać się przeto należy, by z pod postanowień tej ustawy lekarzy wyjęto.

7) Na wypadek, gdyby to okazało się niemożliwem, polecić należy lekarzom, by zawierali zastępcze[1]) umowy asekuracyjne z Towarzystwami prywatnemi (Ersatzversicherung), a równocześnie domagać się, by przed zamierzonemi zmianami ustawy wysłuchano zdania zastępców świata lekarskiego.

8) Do następujących zmian dążyć należy:

a) by, (jeżeli wogóle) wszyscy lekarze kasowi zostali ubezpieczeni, a nietylko ci, którzy pobierają płacę miesięczną lub roczną (§ 1).

b) by lekarze ubezpieczali się w stosunku do sumy płac pobieranych z tytułu służby prywatnej, lub publicznej, z wyłączeniem dochodu z praktyki (§ 3).

c) by odnośnie do lekarzy zmienionym został § 8, który orzeka, że prawo do pensyi w razie niezdolności do pracy traci ten, kto posiada dochód 600 K. rocznie.

d) § 11 odnośnie do lekarzy zmienić w tym duchu, aby za miernem podwyższeniem premii czas czekania na pensyę na starość mógł być skrócony z 40 lat do 30 lat.

9) Wykonanie tych uchwał porucza się komitetowi wykonawczemu Izb lekarskich.

Przy sposobności tych uchwał delegat Izby zachodnio-galicyjskiej zwrócił uwagę uczestników wiecu na okoliczność, że już przed kilku laty, imieniem Towarzystwa »Samopomocy lekarzy« ś. p. Profesor Jordan wniósł do rządu i ciał prawodawczych petycyę o utworzenie państwowego zakładu ubezpieczeń na starość i t. d. dla lekarzy, wraz z projektem, przez siebie opracowanym, i że w dalszym ciągu Izba zachodnio-galicyjska na XI. wiecu w Krakowie sprawę tę na nowo podjęła, że dziwnem się przeto wydaje, iż wnioskodawczyni (t. j. sekcya niemiecka Izby praskiej) z podobnym projektem, jako czemś zgoła nowem, występuje. Delegat Izby wschodnio-galicyjskiej Dr Gérard-Festenburg przedstawił projekt nowej taryfy sądowo-lekarskiej w postępowaniu karnem. Projekt ten uchwalono uważać za podstawę do dalszych prac w tym kierunku i wezwać Izby, by komitetowi wykonawczemu nadesłały swe opinie, poczem tenże wypracuje ostateczny projekt.

Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu, by na wszystkich wszechnicach zaprowadził katedry medycyny i higieny społecznej.

Na wniosek sekcyi czeskiej Izby praskiej uchwalono sprawę reformy państwowej ustawy sanitarnej z roku 1870 poszczególnym Izbom oddać do dyskusyi na podstawie referatu wnioskodawczyni. Poczem stosownie do wniosków i opinii Izb, komitet wykonawczy wypracuje memorandum, które przedłoży rządowi wraz z żądaniem, by tenże przy współudziale zastępców

[1]) Zaznaczyć należy, że ubezpieczenia zastępcze dają znacznie większe korzyści, niż obowiązkowe ubezpieczenie w państwowym zakładzie pensyjnym dla urzędników prywatnych. Ubezpieczenia te atoli ważne są jedynie o tyle, o ile zawarte będą przed dniem 1. stycznia 1909.

Izb lekarskich, jakoteż lekarzy pozostających w służbie państwowej i autonomicznej wygotował projekt nowej ustawy i jak najrychlej do dyskusyi i uchwały przedstawił Radzie państwa.

Odnośnie do punktu XI. porządku obrad uchwalono, by Izby lekarskie w porozumieniu z organizacyą państwową wydały pewne postanowienia, tyczące się bojkotowania posad lekarskich. Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono powtórnie zaprotestować przeciw projektowanej ustawie o technikach dentystycznych i równocześnie zastrzedz się przeciw motywom, jakimi rząd uzasadnia swój projekt. Albowiem żadnej kategoryi zawodowej, choćby w najgorszych pozostawała stosunkach, nie wolno wspierać, lub ratować kosztem innego zawodu, jak również nie wolno udzielenia *veniam practicandi* nielekarzom usprawiedliwiać względami ekonomicznymi!

Referat Izby salcburskiej w sprawie umowy między lekarzami, a prywatnymi zakładami ubezpieczeń od wypadków, postanowiono poddać jeszcze dalszym naradom.

Na wniosek delegata Izby wschodnio-galicyjskiej uchwalono polecić komitetowi wykonawczemu, by poczynił jak najenergiczniejsze kroki, aby przy dalszych obradach nad projektem ustawy o epidemiach dopuszczono do współudziału Izby lekarskie.

W kwestyi wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarzy rządowych i wojskowych, jakoteż stosunku ich do Izb lekarskich, nie postanowiono nic merytorycznego, albowiem dotyczące przepisy zawierać powinna nowa ordynacya lekarska. Natomiast uchwalono domagać się od rządu, by projekt ustawy (t. j. ordynacyi lekarskiej) jak najrychlej wzięto pod obrady. Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu, by kres położył działaniu instytutu pod tytułem »Electro-Vitalizer«, który siedzibę ma w Wiedniu, a który w sposób szarlatański i oszukańczy wyzyskuje łatwowierność chorych, a równocześnie przynosi szkodę lekarzom.

Na zakończenie dokonano wyboru Izby zarządzającej, którą przez następny rok administracyjny będzie Izba wiedeńska; członkami komitetu wykonawczego wybrani zostali pp.: Festenburg (Lwów), Finger (Wiedeń), Liemann (Berno), List (Retz), Petřina (Praga) i Schlömicher (Grac).

Dr Schoengut.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca sierpnia 1908 .	407,301	199,176
We wrześniu 1908	230	5,000
Razem .	407,531	204,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 27. IX. do 3. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 2, zmarło osób 60 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 14 (3), zapalenia płuc 8 (1), płonicy 5 (5), cholery niemowląt 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. IX. do 3. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 (w tem obcych 6), krztuśca 4, płonicy 18 (9), odry 26, duru brzusznego 11 (9), cholery dzieci 2. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 2), płonicy 50 † 4 (4 † 1), duru brzusznego 6 † 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, naczelny redaktor »Przegl. lek.« powrócił i objął swoje czynności.

— Cesarz zamianował prywatnego Docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiell., Dra Stanisława Dobrowolskiego, profesorem położnictwa w c. k. szkole położnych w Krakowie.

— Prof. W. Jaworski złożył przewodnictwo w »Wydawnictwie dzieł lekarskich polskich im. E. Korczyńskiego«. Prezesem Stowarzyszenia został wybrany Doc. Dr Erwin Miesowicz na rok bieżący.

— Klinika medyczna Uniw. Jagiell. przyjmuje na bieżący rok szkolny ograniczoną ilość lekarzy jako praktykantów rocznych na sale chorych i do pracowni klinicznych. Na krótszy zaś czas mogą być przyjęci lekarze jako wolontaryusze, zamierzający bądźto zapoznać się gruntowniej z pewnymi działami medycyny wewnętrznej, bądźto wykonywać prace naukowe. Bliższych wyjaśnień udziela Dyrektor kliniki w kancelaryi Zakładu przy ul. Kopernika l. 15.

Lwów. Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego w sprawie zamianowania Dra Władysława Szumowskiego docentem prywatnym historyi medycyny.

— Dnia 26. września b. r. odbyło się posiedzenie lekarzy okręgowych pod przewodnictwem Dra Nattera. Między innymi sprawami uchwalono ułożyć memoryał do komisyi sejmowej, przedstawiający następujące żądania w sprawie emerytury lekarzy okręgowych: Postanowienia ustawy mają się odnosić do wszystkich lekarzy okręgowych, którzy w dniu mianowania nie przekroczyli 55. roku życia (w ustawie 40 lat), roczna emerytura ma wynosić 1,500 K (w ustawie 1,000 K), a stosownie do tego mają być ustalone pensye wdowie i sieroce.

— W dniach 1. do 20. grudnia b. r. odbędą się kursa dla lekarzy, podczas których będą prowadzone praktyczne wykłady i zajęcia, obejmujące bakteryologię, farmakologię, patologię, choroby wewnętrzne, chirurgię, położnictwo i ginekologię, choroby skórne i weneryczne, choroby oczu, choroby nerwowe, choroby dzieci, choroby gardła i uszu, dentystykę. Wpisy przyjmuje kwestura uniwersytetu od 16. listopada do 1. grudnia.

Warszawa. II. Zjazd członków warszawskiego Towarzystwa higienicznego odbył się w Lublinie w dniach 26—28. września b. r.

Z różnych stron. Według ostatnich wykazów komisyi sanitarnej zachorowało dotychczas w państwie rosyjskiem na cholerę osób 8,678, zmarło 4,133.

Redakcya otrzymała: Przystojecka Sabourina: Racyonalne leczenie gruźlicy. (Tłómaczenie z francuskiego). — Cykowski: 1) Obrót zapobiegawczy. (Odbitka z »Gazety lek.«). 2) Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniakomięśniakach pochwy. — Pick: Die Reform der Arbeiterkranken-Versicherung. — Grün: 1) Errichtung vor Lehrstühlen für sociale Medicin und Hygiene. 3) »Elektrotherapeutische« Apachen.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

L. 2.013/08.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Kosowie rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady **lekarzy okręgowych**, mianowicie w Żabiu i Hryniawie pierwszy okręg obejmuje 5 gminy i tyleż obszarów dworskich, jakoto: Żabie, Jasienów górny i Krzyworównię o ilości 10.986 mieszkańców.

Drugi okręg obejmuje 11 gmin i tyleż obszarów dworskich, mianowicie: Hryniawa, Uścieżyki, Krasnoila. Hołowy, Stebna, Perechrestne, Dołhopole, Polanki, Fereskula, Jablonica i Berwinkowa w ilości 7.213 mieszkańców z siedzibą w Hryniawie.

Płacy lekarzy okręgowych w Żabiu i Hryniawie ustanowiono w rocznych kwotach po 1.200 Kor., zaś ryczałty na objazdy po 800 Kor.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym we Lwowie, mianowicie § 14 rozp. wykonawczego dla ustawy z 2 lutego 1891 dz. ust. rozp. kraj. Nr. 82 oraz z dnia 12 czerwca 1897 Dz. ust. kraj. Nr. 36

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambolatoryum w razie utworzenia go w siedzibie tego okręgu.

Ubiegający się o jedną z tych posad, winien wnieść należycie udokumentowane i ostemplowane podanie do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie, najpóźniej w dniu 25 października 1908, i wykazać że posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Dowody znajomości leczenia chorób skórnych i wenerycznych;

4) Nieskazitelny charakter;

5) Znajomość języków krajowych;

6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

7) Nieprzekroczony wiek 40 lat; 412

8) Dostateczną fizyczną zdatność.

Podania nieudokumentowane, lub po terminie wniesione, nie będą uwzględnione.

Pierwszeństwo do otrzymania posady będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką szpitalną na oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Posady te na razie zostaną nadane prowizorycznie poczem może nastąpić stabilizacya.

Kosów, dnia 17 września 1908. Prezes.

Rok XLVII. Kraków, dnia 17. października 1908. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

O bezmoczu odruchowym [1]).

Napisał

Dr Adolf Eugeniusz Klęsk

b. I asystent kliniki.

Kilka przypadków bezmoczu odruchowego, spostrzeganych w klinice chirurgicznej w Krakowie, skłoniło mnie do przeprowadzenia w tym kierunku badań, jakoteż doświadczeń na zwierzętach, których wynik podaję poniżej.

Kilka może być przyczyn nie odchodzenia moczu drogą naturalną, a mianowicie: 1) zatrzymanie odpływu moczu, 2) mocz skąpy *(oliguria)*, 3) nowe drogi dla odpływu moczu, 4) bezmocz.

Z przyczyn, wywołujących zatrzymanie lub też utrudnienie odpływu moczu najczęstsze są:

I. Utrudnienie wskutek przeszkód mechanicznych:

a) w cewce samej (zwężenia, przerost lub nowotwory gruczołu krokowego, znaczne obrzmienie błony śluzowej, kamienie, skrzepy krwi, urazy i t. p., wreszcie skutki operacyi na cewce lub w jej najbliższem sąsiedztwie);

b) w pęcherzu moczowym (kamienie, nowotwory pęcherza, lub gruczołu krokowego i sąsiedztwa, obrzęk wskutek stanów zakaźno-zapalnych, zwłaszcza w około ujścia pęcherzowego cewki lub moczowodu, przemieszczenie pęcherza do przepukliny, pochwy i t. p.);

c) w moczowodach (zatkanie przez kamienie, skrzepy krwi, włóknik, śluz, ropę, skręty, ucisk od zewnątrz i t. p.).

II. Utrudnienie, wywołane przez przyczyny, działające drogą ośrodkowego układu nerwowego (wybroczyny w mózgu, uraz rdzenia, wogóle choroby układu nerwowego ośrodkowego).

II. Utrudnienie, wywołane przez jednoczesne współdziałanie przyczyn mechanicznych i nerwowych (brak kurczliwości pęcherza, urazy, które zadziałały na okolicę pęcherza i cewki, n. p złamania miednicy, zwichnięcie biodra, zabiegi operacyjne w dolnych częściach brzucha, na odbytnicy, kroczu, w pachwinach i t. d.).

Wogóle mówiąc, zatrzymanie moczu może być: zapalne, kurczowe, wskutek zwężeń, poraźne, urazowe, mechaniczne lub odruchowe.

[1]) Wypowiedziane częściowo jako odczyt na Zjeździe lekarskim we Lwowie w r. 1907.

W przypadkach tych nerki wydzielają mocz i o ile światło moczowodu nie jest zamknięte, pęcherz wypełnia się mniej lub więcej tak, że mocz w ten lub inny sposób na zewnątrz wypuścić można.

Przejściem od zatrzymania moczu do bezmoczu jest moczenie skąpe. Mocz wydziela się tutaj z nerek, lecz w tak małej ilości, że nie dochodzi do wypełnienia pęcherza i chory z powodu braku potrzeby oddawania moczu nie oddaje go wcale. Brak moczu w pęcherzu może mieć znów dwa źródła: 1) Mocz wydziela się z nerek, lecz do pęcherza dostać się nie może. 2) Mocz nie wydziela się zupełnie z nerek. Tylko ta druga postać jest w całem tego słowa znaczeniu bezmoczem.

Bezmocz odruchowy, o którym mówić zamierzam, jest znowu osobną postacią bezmoczu, a określić go możnaby najlepiej w ten sposób: Bezmocz odruchowy jest to powolne, lub częściej nagle występujące zupełne ustanie wydzielania moczu z obu nerek, mimo, że możność wydzielania i odpływu moczu w jednej przynajmniej nerce jest prawidłowa lub nie wiele zmieniona. W razie obecności jednej tylko nerki może w podobnych warunkach wystąpić i w niej bezmocz odruchowy.

Wydzielanie się moczu z nerek jest czynnością, zależną od układu nerwowego. Przecięcie nerwów w okolicy naczyń nerki, wywołuje zwiększenie ilości moczu, podobnież przecięcie nerwu trzewnego, natomiast drażnienie tegoż nerwu wywołuje zmniejszenie się ilości moczu. W nerwach współczulnych biegną włókna, wywołujące zwężenie naczyń nerki, to też drażnienie ich wywołuje moczenie skąpe, a często i bezmocz. W nerkach młodych myszy i królików przebiegają nerwy naczyniowe (Retzius) wspólnie z tętnicami międzyzrazikowemi, otaczając je siatkowato. Unerwiają one mięśnie gładkie tętnic i dochodzą do kłębków. Kanaliki nerkowe nie mają natomiast specyalnych włókien nerwowych. Ośrodek nerwów naczynio-ruchowych leży na dnie IV. komory tuż przed początkiem nerwu błędnego. Nakłucie tego miejsca wywołuje zwiększenie się ilości moczu; podobnie zatrucie tlenkiem węgla. Niektórzy, jak n. p. Lehrwald, zaprzeczają istnieniu nerwów wydzielniczych nerki.

Ilość wydzielanego moczu stoi w związku, a raczej głównie zależy od ciśnienia krwi. Wzmożenie ciśnienia w naczyniach zwiększa ilość wydzielanego moczu i odwrotnie. Im ciśnienie filtracyjne w kłębach jest silniejsze, tem też więcej moczu się wydziela. Dlatego wydziela się mocz obficie u osób z podniesioną akcyą serca i z pełnem, twardem

tętnem, skąpo zaś u osób z tętnem nikłem. Z moczeniem skąpem łączy się zwykle i białkomocz, gdyż białko tem łatwiej przechodzi do moczu, im dłużej krew styka się ze ścianami naczyń kłębków. Zwężenie obwodowych naczyń krwionośnych (oziębienie skóry, zawijanie opaskami i t. p.) zwiększa również wydzielanie moczu. Prócz parcia krwi na wydzielanie moczu wpływa także ilość krwi, przepływającej przez nerki. Zwiększa się więc ilość moczu przy wzmożonej akcyi serca i większem napełnieniu tętnicy nerkowej. Natomiast chwilowe nawet zaciśnięcie tętnicy nerkowej zmniejsza ilość moczu, jak również zamknięcie odpływu krwi przy ucisku żyły. Ciśnienie w tętnicy nerkowej jest znaczne: wynosi 120—140 mm.

Zachodzi pytanie, czy i z innych nerwów (prócz brzusznych) można wywołać pewien odruch co do wydzielania się moczu. Masius otrzymywał u zwierząt bezmocz obydwóch nerek, drażniąc obwodowy koniec przeciętego, w szyjnej części, nerwu błędnego. Cohnheim i Roy wywoływali doświadczalnie u zwierząt bezmocz przy drażnieniu dośrodkowego końca nerwu kulszowego, przyczem naczynia nerki kurczyły się tak, że nerka stawała się o 12% mniejszą. Doświadczenie podobne wykonywałem także i zauważyłem nagłe ustanie wydzielania się moczu przy drażnieniu nerwu kulszowego, ale tylko jako zjawisko chwilowe (por. doświadczenia); zmniejszania się nerki nie spostrzegałem. Reinhard-Caspar przytacza przypadek 13-dniowego bezmoczu przy poronieniu, po przepłukiwaniu macicy kreoliną i uważa ten bezmocz za odruch, powstały z macicy. Peyer wspomina o bezmoczu wskutek tyłozgięcia macicy, przyczem dodaje, że nie było mechanicznej przeszkody, ani ucisku, a po ustaleniu macicy mocz zaczął się wydzielać prawidłowo. Tenże autor uważa nawet »nerkę ciężarną« *(ren gravidarum)* (przynajmiej jej niektóre przypadki) za odruchowe cierpienie nerek, gdyż występuje ono bez gorączki i po porodzie często znika bez śladu. Opisano też liczne przypadki bezmoczu po przepłukiwaniach macicy sublimatem i karbolem. Jako jeden z częstszych odruchów spostrzegać można bezmocz, powstały po pierwszem cewnikowaniu. Niektórzy tłómaczą ten objaw obrzmieniem brodawek nerkowych wskutek nagłego opróżnienia pęcherza. Guyon przytacza przypadek bezmoczu, trwający 4 dni, po wkraplaniach azotanu srebra do pęcherza. Bezmocz, zależny od nerwów obwodowych, spostrzegać też można przy złamaniach miednicy, zwichnięciach i zapaleniach stawu biodrowego, a czasem przy amputacyach kończyn dolnych. Drażnienie ścian pęcherza, lub zbytnie rozciąganie jego ścian wywołuje też często moczenie skąpe, a nawet bezmocz, jak to zdarza się przy kamieniach, owrzodzeniach i ciałach obcych. Tak n. p. spostrzegaliśmy w klinice u starszego człowieka przypadek, w którym ilość moczu na dobę wynosiła 300—600 cm^3. Mocz był ropnokrwawy. Próby nerkowe i kryoskopia krwi zmian nie stwierdzały, a badanie zgłębnikiem i cystoskopem wykryło duży kamień. Zaraz po skruszeniu ilość moczu zwiększyła się ogromnie (do 3000 gm) i zmiany ustąpiły. Cierpienia gruczołu krokowego zaznaczają się też często bezmoczem, podobnie zapalenia koło pęcherza i macicy. Przy przepuklinach uwięzniętych spotykamy często moczenie skąpe (prócz zatrzymania), a niekiedy i bezmocz zupełny (według zestawienia Franka nawet w $^2/_3$ przypadków). Podobnie po rozległem wycięciu jelit bezmocz zjawia się często. Przy robakach u dzieci bezmocz również nie należy do rzadkości (Henoch, Legende).

Przytoczone tu w krótkości przyczyny bezmoczu objaśniają obraz odruchu, działającego na obie nerki z innej okolicy.

W przypadkach tych nerki zwykle są zdrowe, odróżnić też należy przypadki te od przypadków ostrego bezmoczu wskutek podrażnienia lub schorzenia nerek. Tak n. p. wiadomo, że zatrucia ołowiem, formaliną, chloroformem, kwasem siarkowym, muszkami hiszpańskiemi, toksynami i t. p. wywołać mogą bezmocz. Sekcye często nie wykrywają żadnych zmian chorobowych w nerkach tak, że bezmocz odnieść wtedy musimy tylko do podrażnienia tkanki nerkowej. Do tych przypadków zaliczyć zapewne też należy bezmocz, występujący czasem po rozległych oparzeniach skóry.

Bezmocz powstały wskutek ucisku moczowodów, n. p. przy raku macicy, występuje zwykle zwolna, a poprzedza go zwykle moczenie skąpe. Bezmocz zupełny jest tu zwykle już końcowym wyrazem choroby, a mianowicie obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych. Bezmocz przy zapaleniu nerek zjawić się może tak na początku, jak i na końcu choroby. Zwykle w zapaleniu nerek przy płonicy zjawia się bezmocz w początkach choroby, a w zapaleniu przewlekłem i ropowem przy końcu. Bezmocz zapalny cechuje się wystąpieniem duszności, wymiotów, zapadu, drgawek, zmian w krążeniu i t. p.

Zjawiskiem codziennem jest nieoddawanie moczu po operacyach w jamie brzusznej. Ma ono przyczynę zwykle bądźto w zatrzymaniu moczu wskutek przekrwienia i obrzmienia tylnej części cewki moczowej, bądź w skurczu szyi pęcherza, bolu przy próbie moczenia, ściśnięciu opatrunkiem, pozycyi leżącej i braku działania tłoczni brzusznej. Mocz znajduje się wtedy zwykle w pęcherzu i często po pierwszem cewnikowaniu chory może go już oddawać. Zdarzają się jednak i to nieraz przypadki bezmoczu lub moczenia skąpego, po operacyach na żołądku, jelitach, wątrobie i na samych nerkach. Przypadki te uważać musimy za bezmocz odruchowy z odruchem, działającym na obie nerki, jak to spostrzegać można po urazach brzucha (kopnięciu, przysypaniu wypadnięciu jelit i t. p.).

Wielu badaczy nie uznaje istnienia bezmoczu odruchowego, powstałego przy zmianach jednej nerki i twierdzi, że bezmocz odruchowy powstać może w razie zajęcia jednej nerki jedynie wtedy, gdy i druga nerka nie jest zupełnie zdrową. Tak n. p. Forgue[2]) powołuje się na częste występowanie bezmoczu zwrotnego przy kamieniach nerkowych, gdzie często zmiany są w obu nerkach. Podobnie Kraft nie uznaje odruchu z jednej nerki; tegoż zdania są: Legue, Merklen i Page. Tak stanowczo sprawy przesądzać nie można, gdyż po pierwsze znamy z piśmiennictwa wiele przypadków niewątpliwego bezmoczu odruchowego

[2]) Te zmiany chorobowe przy kamieniach są zwykle niewielkiego stopnia. Zwykle kamień zatyka moczowód po jednej stronie a bezmocz występuje i po drugiej. Natomiast po usunięciu operacyjnem kamienia, mocz zaczyna się swobodnie z obu nerek wydzielać, co przemawia właśnie za zatrzymaniem odruchowem.

przy jednej zupełnie zdrowej nerce, a powtóre, choć przyjmiemy, że zmiany w obu nerkach w danym przypadku istnieją, to i tak nie wyłącza to wcale powstawania bezmoczu odruchowego. Aż do chwili bowiem powstania bezmoczu dane części tkanki nerkowej działają dobrze, aż nagle przy zmianie w jednej nerce, zwykle nawet w nerce bardziej zmienionej (n. p. przy kamieniach), zdrowe dotąd części przestają naraz i w drugiej działać. Naodwrót znowu często zmiany chorobowe obustronne wywołują wprawdzie w obu nerkach znaczne zniszczenie, n. p. przy gruźlicy, ale występują i posuwają się powoli, nie wywołują więc nagłego bodźca, odruch też nie występuje i nieraz dopiero przy sekcyi zdumiewamy się, jak dany osobnik mógł żyć z tak bardzo zmienionemi nerkami i jak one mogły wydzielać aż do ostatniej chwili mocz. Ten uderzający niestosunek przemawia właśnie za istnieniem bezmoczu odruchowego. Możemy zwolna wyłączać tkankę nerkową z czynności i dojść do pewnego »minimum«, lecz nagłe wyłączenie wywołuje zaraz niedomogę.

Zachodzi pytanie, ile przypuszczalnie wynosi to »minimum« koniecznej dla życia tkanki nerkowej? Haberer w doświadczeniach swych na zwierzętach stwierdził, że po wycięciu jednej nerki już w tydzień można usunąć $^1/_3$ drugiej, a w cztery tygodnie nawet połowę. U człowieka podobne spostrzeżenia kliniczne również są znane.

1) W naszej n. p. klinice usunął Prof. Kader u 16-letniego chłopca (na jednem posiedzeniu) lewą nerkę z powodu mięsaka, a część prawej z powodu ropnia i wodonercza. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze; pozostała część nerki działała zupełnie sprawnie aż do ostatniej chwili, w której chory z innych przyczyn życie zakończył.

Naodwrót znów spostrzegaliśmy przypadki typowego bezmoczu zwrotnego, gdzie wskutek operacyi na jednej nerce wystąpił bezmocz, choć druga nerka była zupełnie zdrowa.

2) Katarzyna G., l. 25 z Woli Batorskiej. Przyjęta do kliniki 7. III. 1902. Rozpoznanie: prawostronna nerka ruchoma. W moczu żadnych zmian nie znaleziono. D. 13. III. w znieczuleniu lędźwiowem umocował Prof. Kader nerkę z pomocą trzech szwów katgutowych, obejmujących powierzchowne warstwy nerki. 14. III. do 15. III. cewnikiem wydobywano po 400—480 cm³ moczu o wysokim ciężarze właściwym ze śladem białka. Bole głowy, wymioty. 16. III. bezmocz zupełny. 17. III. wydobyto cewnikiem 125 cm³ moczu, wymioty trwają dalej. 18. III. chora oddała sama przez dobę 700 cm³ moczu ze śladem białka. Od 19. III. wydzielanie moczu prawidłowe. W przypadku tym było moczenie skąpe, a potem i bezmocz bez wszelkiej wykazalnej przyczyny. Zakażenia nie było, ciepłota cały czas prawidłowa.

3) I. I., lat 40, przyjęty na klinikę d. 24. IV. 1900 r. Przed rokiem miał się uderzyć silnie w bok prawy. Od 6 miesięcy parcie na mocz, w moczu z małemi przerwami krew. Nerki niemacalne. Przy badaniu cystoskopem stwierdza się krwawienie z prawego moczowodu. Mocz z lewej nerki prawidłowy. Ilość dzienna moczu w granicach prawidłowych. Rozpoznanie: nowotwór nerki prawej. 24. V. operacya (Prof. Kader): W nerce lewej przy obmacywaniu od strony jamy brzusznej zmian nie znaleziono. Nerka prawa nie powiększona. Rozcięcie wzdłuż w pasie Zondeka wykrywa w górnej połowie 2 guzki, każdy wielkości grochu. Makroskopowe rozpoznanie: nadnerczak. Amputacya górnej połowy nerki, potem jednak z obawy, że może i gdzieś głębiej mogą być guzki, wycięcie i reszty nerki. Po operacyi w ciągu pierwszych 36 godzin odchodzi mocz z lewej nerki obficie. Nagle bezmocz zupełny, w 54 godzin śmierć. Sekcya żadnych innych zmian nie wykryła.

Przypadki wspomniane dowodzą dosadnie, że bezmocz odruchowy istnieje. By upewnić się jeszcze w tej sprawie i nieco ją rozjaśnić, postanowiłem przeprowadzić szereg doświadczeń na zwierzętach w celu przekonania się: 1) czy bezmocz odruchowy można wywołać doświadczalnie; 2) jak można powstanie jego wytłómaczyć; 3) kiedy najczęściej i najłatwiej powstać on może; 4) jak odróżnić bezmocz odruchowy od bezmoczu, powstałego wskutek poważnych zmian w obu nerkach; 5) jaki jest wpływ bezmoczu odruchowego na ustrój.

Doświadczenia swoje przeprowadzałem na psach, zresztą jeszcze zupełnie zdrowych, dalej na psach ze sztuczną jedno- lub i obustronną przetoką moczowodowoskórną, a wreszcie na psach, u których w jednej nerce wywoływałem przedtem sztuczną zastoinę moczu lub krwi, albo też stan zapalny miedniczek. Doświadczenia, w których było zapalenie miedniczek, miały dla mnie również wielką wartość, bo objaśniały poniekąd warunki chorobowe kliniczne. U psów zdrowych badałem najpierw jakość moczu i jego ilość dzienną, potem dopiero przystępowałem do operacyi. Operowałem zawsze śródotrzewnie, by módz równocześnie śledzić obie nerki. Cięcie skórne prowadziłem ponad spojeniem łonowem poprzecznie, cięcie przez dalsze warstwy podłużnie. Następnie odosobniałem jeden lub oba moczowody, w danym razie wsuwałem do nich cewniki.

U psów, operowanych powtórnie już z przetoką, mogłem śledzić wpływ uśpienia na wydzielanie się moczu. I tak w okresie podniecenia mocz wydziela się znacznie szybciej z nerek, z nadejściem zaś okresu tolerancyi wydzielanie to staje się znacznie skąpszem. W pół uśpieniu przy cięciu powłok wydzielanie moczu staje się skąpszem, a nawet czasem ustaje zupełnie. Wszelkie manipulacye z nerką i moczowodem, jak skręcanie i zaciskanie, zwłaszcza w okolicy miedniczki, objawiają się ustawaniem wydzielania się moczu z przetoki drugiego moczowodu. Po odosobnieniu i nacięciu jednego moczowodu i wsunięciu weń cewnika dobywa się mocz zwykle spokojnie kroplami (mniej więcej 1 kropla w 10 sekund). Przy odosobnieniu drugiego moczowodu i wsunięciu weń cewnika ustaje zwolna wydzielanie z pierwszej nerki, co trwa zwykle 20—30 minut. Samo cewnikowanie moczowodów nie jest zabiegiem zupełnie obojętnym dla wydzielania moczu.

Kapsammer zajmował się szczegółowo tą sprawą i doszedł do przekonania, że po cewnikowaniu n. p. jednostronnem spostrzegać można często następowe przemijające obfite wydzielanie *(polyuria)* z odpowiedniej nerki. To obfite wydzielanie zależy według Kapsammera w prostym stosunku od głębokości, do której cewnik w moczowód się wsuwa. O wiele rzadziej po cewnikowaniu moczowodów występuje bezmocz.

Kapsammer spostrzegał 21-letnią chorą, u której wsunął cewniki obustronnie na 17 cm wysoko. Przez 90 minut odeszło zaledwo 15 cm³ moczu mimo podawania płynów. Po cewnikowaniu biegunka. U jednego z psów w doświadczeniach Kapsammera wystąpił po cewnikowaniu zupełny bezmocz. Wlewanie 2 litrów rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Pies zdechł. Przy sekcyi znaleziono jelita wypełnione zupełnie płynem.

W doświadczeniach z cewnikowaniem moczowodów jest jednak wielka różnica, czy cewnikujemy moczowody przez pęcherz, czy też wprost z rany moczowodowej. Cewnikowanie moczowodów od pęcherza wywołać może często obfite wydzielanie się moczu, natomiast cewnikowanie z rany moczowodowej wywołać może często moczenie skąpe. Różnica ta polega właśnie na odruchu, biorącym początek

z podrażnienia samegoż moczowodu zranieniem. Dowodów na to dostarcza nam także spostrzeganie kliniczne:

4) Przypadek z kliniki krakowskiej: Postrzał moczowodu lewego u młodej dziewczyny. Bezmocz odruchowy, trwający trzy dni. Następnie wytwarza się przetoka moczowa w boku lewym. Cewnikiem z pęcherza (t. j. z nerki prawej) odprowadza się sporo moczu, natomiast mocz z przetoki wydziela się w ilości 50 cm^3 na 12 godzin.

5) Spostrzeżenie z kliniki krakowskiej: Przypadek rozległego nowotworu pęcherza. Prof. Kader wyciął części chorobowo zmienione, przyczem trzeba było zabrać też i część moczowodu. Zaszycie plastyczne, wsunięcie cewników do moczowodów i wyprowadzenie ich przez pęcherz i cewkę na zewnątrz. Z cewnika, wsuniętego do zranionego moczowodu, dobywał się mocz skąpo, z drugiego natomiast odchodził obficie.

W dalszym szeregu doświadczeń starałem się przekonać, jaki wpływ na drugą nerkę ma nagle powstałe, a dłużej trwające zatrzymanie odpływu moczu po jednej stronie. Nim omówimy tę sprawę, należy się zastanowić, jakie zmiany zachodzą w wydzielaniu moczu wogóle po nagłem zatrzymaniu jego odpływu. Jeżeli podwiążemy nagle moczowód i w ciągu następnej doby badać będziemy nerkę, to spostrzeżemy, że nerka ta staje się najpierw większą i silniej przekrwioną. Miedniczka jest silnie rozszerzona i zawiera u psa po upływie doby około 15 cm^3 moczu mętnego, zawierającego składniki krwi i obficie sole. Czynność nerki po zdjęciu podwiązki ulega także pewnej zmianie. Płyn wydziela się zwykle podobnie, jak i z nerki zdrowej, czasem nieco obficiej. Natomiast przez pewien czas po zdjęciu podwiązki wydziela się bardzo obficie mocznik. Dłużej trwające zaciśnięcie moczowodu wywołuje zwolna wessanie soli, a gromadzenie się wody, czyli znany obraz wodonercza. Z początku więc po podwiązaniu wydzielają się głównie sole, potem zaś głównie woda. Nagłe zdjęcie podwiązki może wpłynąć czasem dodatnio na wydzielanie moczu z drugiej nerki i to w dość znacznym stopniu.

Nagłe zwiększenie ciśnienia w moczowodzie lub miedniczce nerkowej wywołuje zwykle odruchowe zatrzymanie lub zmniejszenie się wydzielania po stronie zdrowej. Szczegółowe doświadczenia w tym kierunku przeprowadził z polecenia Israela, Götzl i stwierdził, że wzmożone parcie w jednej nerce wywołuje odruchowe wstrzymanie wydzielania się moczu w drugiej.

Podwiązanie moczowodu wywołuje zwiększanie się ciśnienia w miedniczce do 40, a nawet 70 mm słupa rtęci (zamiast prawidłowych 10—30 mm). Ciśnienie to z czasem wskutek mechanicznego rozszerzania się miedniczki i moczowodu opada znacznie, czasem nawet poniżej poziomu prawidłowego. Nagłe zwiększenie ciśnienia wywołało i w doświadczeniach moich (Nr 4) nagłe zatrzymanie moczu po stronie drugiej. Wpływ zwiększonego ciśnienia w jednej miedniczce na wydzielanie moczu z drugiej nerki miałem sposobność spostrzegać także u człowieka. U chorego, o którym wspomniałem powyżej (Nr 5), postanowiliśmy z powodu rozpoczynającego się zapalenia miedniczek, przepłókiwać miedniczki przez cewniki. Otóż przy przepłukiwaniu zauważałem stale, że przy wypełnianiu miedniczki mocz coraz powolniej wydobywał się z drugiego cewnika, a w końcu wydzielanie ustawało zupełnie na czas pewien. Objaw ten spostrzegałem stale przy każdorazowem powtórzeniu rękoczynu. W pierwszych chwilach po podwiązaniu moczowodu mocz zwykle wydziela się jeszcze do miedniczki, ale bardzo skąpo, nie może tu być więc jeszcze mowy o zwiększonem ciśnieniu. Zatrzymanie więc moczu w drugiej nerce odnieść w takich wypadkach należy jedynie do odruchu. Dopiero późniejszy, n. p. w kilka dni po zamknięciu światła moczowodu powstały bezmocz w nerce drugiej odnieśćby można do zwiększonego ciśnienia. Odruchowy bezmocz trwać może u zwierząt różnie długo. Po usunięciu przeszkody z moczowodu ustępuje on prawie zaraz, w przeciwnym razie trwać może dalej i skończyć się śmiercią z mocznicy.

Po wycięciu obu nerek lub podwiązaniu obu moczowodów mogą zwierzęta żyć najdłużej 3 dni, przy bezmoczu odruchowym żyją znacznie dłużej. To samo spostrzegamy u ludzi. Opisano przypadki bardzo długo trwającego bezmoczu. Tak n. p. w przypadku Ultzmanna bezmocz trwał 21 dni, w przypadku Whitelawa 25 dni, Gangolphiego 26 dni, Nataliego 27 dni, Saundbyego 28 dni i t. d. Z końcem pierwszego tygodnia trwania bezmoczu zjawiają się zaburzenia w krążeniu i oddychaniu, ślinotok, wymioty, zwężenie źrenic, drgawki mięśniowe, nieprzytomność i t. p. Czasem zaś mimo trwania bezmoczu rysują się te objawy bardzo słabo; zdaje się, że ustrój pozbywa się wtedy inną drogą wytworów trujących. Łączność nerwową między obu nerkami tłómaczą nam liczne połączenia nerwów. Odruch nerkowy bardzo dobrze objaśnia spostrzegany nieraz objaw: występowanie bolu w nerce zdrowej przy schorzeniu przeciwnej. Prócz nagłego zatrzymania odpływu moczu wskutek niedrożności moczowodu lub miedniczki, wywołać mogą bezmocz odruchowy i inne czynniki. O zabiegach operacyjnych na nerce w krótkości już wspominaliśmy. Podobnie uraz nerki, stłuczenie jej, zranienie, pęknięcie lub zmiażdżenie[3]) wywołuje często bezmocz odruchowy. Natomiast przewlekłe cierpienia nerek rzadko wiodą do bezmoczu. Pochodzi to zapewne stąd, że zmiana chorobowa, postępująca powoli, przygotowuje niejako ustrój do tego »minimum« koniecznie do życia potrzebnej tkanki nerkowej. Nic też dziwnego, że nieraz mimo schorzenia nerki, a nawet obu, próby sprawności wypadają dodatnio, a dopiero operacya, lub nagle po niej występująca niedomoga pouczają, że nerki przecież nie miały pełnej fizyologicznej sprawności. Ten ścisły związek czynności obu nerek, jakoteż stwierdzenie, że czasem ciężkie zmiany obustronne nie wywołują bezmoczu mimo operacyi, a naodwrót, nieraz małe zabiegi wywołać mogą bezmocz, zwracać musi baczną uwagę naszą na sprawę bezmoczu odruchowego, W każdym też przypadku zadać sobie musimy pytanie, czy operować nam wogóle wolno, czy nerki ten zabieg zniosą, a raczej, czy nasza operacya nie jest dla nerki czemś niebezpieczniejszem, niż sama zmiana chorobowa. Jasną jest rzeczą, że usunięcie nerki n. p. całkowicie zropiałej lub zajętej nowotworem nie może wpłynąć ujemnie na sprawność nerki drugiej. (Dok. nast.)

[3]) Nepven wspomina o przypadku stłuczenia lewej nerki. Bezmocz następowy zupełny, śmierć. Przy sekcyi znaleziono prawą nerkę zupełnie niezmienioną.

Oceny i sprawozdania.

O roznosicielach duru (Typhusbazillenträger).

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał **Dr E. Stahr.**

(Dokończenie).

A teraz pytanie, czy może być ktoś chronicznym roznosicielem duru, chociaż nigdy na dur nie chorował?

Na to pytanie daje odpowiedź Klinger (l. c.). Zbadał on w ciągu $1^3/_4$ roku w Strassburgu 1,700 osób zdrowych, którzy sami na dur nie chorowali, ani też nie mieli nigdy jakichkolwiek zaburzeń, coby chociaż przypuszczać pozwalały, że przecie może mieli dur bardzo łagodny; ale byli to ludzie, co się stykali z chorymi na dur; wykrył pośród nich 11 roznosicieli duru (6 mężczyzn, 5 kobiet). Prątki jednak niedługo u tych ludzi gościły w jelitach: u 9 znaleziono je tylko po jednym razie, a u pozostałych dwóch znalazł je w jednym przypadku 3 razy w ciągu dwóch tygodni, a w drugim 2 razy w ciągu czterech tygodni. Następne badania zwykle w tygodniowych odstępach dały wynik ujemny. Byli to zatem, jak przeważnie ludzie, co dur przechodzą, ostrzy roznosiciele duru. Stykając się z chorymi nabrali od nich prątków, które nie wywołały u nich zakażenia, choć się w jelitach rozmnażały. Że saprofityzm prątka durowego jest możliwy, udowodnili już dawniej Remlinger i Schneider[4]).

Roznosicieli durowych prątków dzielimy zatem na dwie grupy: na ostrych czyli prowizorycznych roznosicieli, do których należy pewna część (13%) tych, co sami chorowali na dur i pewien odłamek (0,64%) tych, co pielęgnują durowych, zaś około 3% z pośród tych, co dur przechodzili, zostaje chronicznymi roznosicielami prątków durowych, bo wydzielają prątki z kałem ponad kilka tygodni przez miesiące i lata. Ostrzy roznosiciele duru zwykle nie są niebezpieczni, bo albo sami leżą w łóżku pod ścisłą opieką lekarską, albo znajdują się w otoczeniu chorych, a więc tam, gdzie przecie wogóle jest zwrócona uwaga na odkażanie, a wreszcie cała sprawa trwa krótko. Inna rzecz z chronicznymi roznosicielami. Ci mogą zarazę roznosić, a że tak bywa, za tem przemawiają fakta. Oto mała ich wiązanka.

20. maja 1904[5]) zapada na dur w Strassburgu czeladnik piekarski L. R. i umiera w trzecim tygodniu. Mieszkał on i jadał u swej majstrowej E., która, jak podaje, przechodziła sama dur, ale przed 10 laty. Uderzyło ją co prawda w ostatnich latach, że każdy nowo przyjęty do nauki chłopiec czy czeladnik w krótki czas po przybyciu do niej zapadał na jakieś niedyspozycye żołądkowe, ale to z pewnością bywało dlatego, że nagle przechodzili u niej na »za dobry i za obfity wikt«. — 20. maja 1904 stwierdza stacya doświadczalna w Strassburgu, że p. E. jest chroniczną roznosicielką duru. Prątki durowe w sporej ilości znaleziono potem jeszcze w kale p. E. 1. VI., 3. VI., 22. VI. i 5. VII. 1904. Wprawdzie 19. VII. w kale do badania przysłanym prątków nie znaleziono, jednakże wynik badania tego przyjęto do wiadomości z pewnem zastrzeżeniem, albowiem podejrzywano p. E., że przysłała do badania nie swój kał, chcąc się pozbyć tej ciągłej, a wreszcie nieprzyjemnej kontroli, tembardziej, że od 5. VII. już kilkakrotnie wezwaniu odmówiła i kału przysłać nie chciała. I oto 8. sierpnia 1905 rozchorował się u niej jej lokator J. W., który używał wspólnego z nią klozetu, wśród ciężkich objawów duru i 31. sierpnia umarł w klinice. Wtedy policyjnie zmuszono p. E. do udania się na klinikę i tu znowu stwierdzono prątki durowe w jej wypróżnieniach. Wreszcie trzeci przypadek duru zdarzył się w otoczeniu p. E. w r. 1906, który Kayser[6]) odnosi do tego samego źródła.

M. 40-letnia kramarka, jest chroniczną roznosicielką prątków durowych, co stwierdzono na stacyi bakteryologicznej w dniu 24. listopada 1904 r. Dur przebyła przed laty 30, cierpiała potem na żółtaczkę. Od 5 lat dokuczają jej ciężkie napady kolki żółciowej. 20. maja 1904 r. zapada na dur zięć jej, mieszkający u niej, a 17. listopada 1904, lokator jej A. B. Obaj byli leczeni w klinice. Drugi z nich umarł. Innego źródła zakażenia poza p. M. nie można było wykazać. Ponadto w sąsiedztwie p. M. zapadły w tym czasie na dur dwie osoby, które się z nią stykały. U pani M. jeszcze w grudniu 1906 stwierdzono obecność prątków durowych w wypróżnieniach.

A więc w jednym roku zdarzyły się w domostwie chronicznego roznosiciela prątków, cierpiącego na kamienie żółciowe, dwa przypadki duru.

W roku 1905 bada Kayser[7]) pięciu durowych w Strassburgu, jedna osoba z nich zmarła. Wszyscy ci chorzy pijali mleko, pochodzące z tej samej mleczarni. W jednej z okolicznych zagród włościańskich, dostarczających mleka do tej mleczarni, znalazł K. u 12-letniego chłopca obfite prątki durowe w kale po niewątpliwym dawnym durze. Mlekiem pochodzącem z innej mleczarni zakaziło się 17 osób (dwie zmarły), do tej zaś mleczarni dostarczała mleka ze wsi chroniczna roznosicielka duru.

Młoda położnica[8]), od kilku tygodni nie stykająca się ze światem zewnętrznym, jedyna z pośród wszystkich domowników, zapada na dur. Oto matka położnicy, która przyjechała do córki na połóg, mieszka w małem miasteczku, gdzie dur panuje endemicznie. Przeczy, jakoby kiedykolwiek chorowała na dur, przyznaje tylko, że niedawno miała influenzę. Zbadano jej krew i stolec: krew dała odczyn surowiczy dodatni, w stolcach stwierdzono obecność prątków.

Jak wielkiego nieszczęścia przyczyną może być chroniczny roznosiciel duru, tego dowodzi dosadnie doniesienie Baumanna[9]):

Szesnaście przypadków duru wzięło początek od L. E., właściciela ziemskiego, który przeczy, jakoby kiedykolwiek przechodził dur brzuszny, ale cierpi na kamienie żółciowe od lat. W stolcu jego stwierdzono prątki durowe. Zakaził on prawie całe swoje otoczenie i służbę. Zakażenie z wody w tym wypadku wykluczono. Szesnaście przypadków doszło do wiadomości władzy, a kto wie, ile jeszcze osób zakaził, o których się nie dowiedziano, bo może lekko przebiegały, a może utajono.

Uczniowie Kocha, stwierdziwszy w pewnej okolicy, czy w pewnym domu przypadek duru i w otoczeniu jego obecność chronicznego roznosiciela duru, dowodzą, że dur z chronicznego roznosiciela przeniósł się przez zetknięcie na owego chorego. Tymczasem przeciwnicy twierdzą, że rzecz się ma odwrotnie, a mianowicie, że właśnie ów niby chroniczny roznosiciel duru, przebywający w otoczeniu chorego, dlatego ma w swych wypróżnieniach prątki durowe, bo się ich napytał od chorego. Przeciw takiemu sposobowi pojmowania i tłómaczenia sprawy przemawiają poważne dowody. Za zapatrywaniami, głoszonemi przez szkołę Kocha, przemawiają spostrzeżenia kliniczne, na podstawie których przekonaliśmy się, że prątki durowe już z początkiem duru dostają się do obiegu krwi, z prądem krwi dostają się do wątroby, a tu z żółcią do pęcherza żółciowego, gdzie znalazłszy znakomite podłoże rozwijają się i zatrzymują. Żeby jednakowoż to samo mogło się wydarzyć u zdrowego, przebywającego n. p. w otoczeniu chorego durowego, od którego się do jego przewodu pokarmowego dostały prątki-saprofity, jest bardzo nieprawdopodobnem. Dalej spostrzegano prątki u takich osobników z otoczenia chorego, którzy już z chorym wcale się nie stykali, bo chorych tych odrazu umieszczano w zakładach poza domem. Bardzo za zapatrywaniem szkoły Kocha przemawia ów przypadek majstrowej piekarskiej w Strassburgu i inne. Jednakże najbardziej przekonywającym jest następujący fakt:

H., l. 45, leży od $1^1/_2$ roku na sali Nr 57 w klinice psychiatrycznej w Strassburgu i sali tej od Bożego Narodzenia 1905 nie opuścił. Z końcem lutego 1906 zapada na dur i zaraz przeniesiony na oddział chorób wewnętrznych umiera 12. marca 1906. Wśród kontroli bakteryologicznej towarzyszy chorego z tej samej sali, posługaczy, zakonnic i lekarzy stwierdzono 17. marca 1906 prątki durowe w stolcu zdrowego 68-letniego J. E., pomywacza kuchennego dla sali Nr 57, zajętego w zakładzie od około 10 miesięcy. Dur przebył przed 26 laty. Z wypróżnieniami H. nie zetknął się nigdy J. E., — a przeciwnie przez naczynie mógł choremu H. udzielić prątków i zakazić go.

Że się prątki durowe czasem zatrzymują u ludzi po durze w drogach żółciowych, to rzecz klinicznie już dawno stwierdzona, wszak tak często ludzie cierpiący na zapalenie dróg żółciowych i na kamicę żółciową w wywiadach podają, że przebyli przed laty dur i że dopiero po durze zaczęli zapadać na różne przypadłości ze strony pęcherzyka żółciowego. W kamykach, dobywanych przez operatorów z pęcherzyka żółciowego u takich osób, bardzo często stwierdzano obecność prątków durowych. A z dru-

[4]) Remlinger i Schneider: Annales de l'Inst. Pasteur, 1897, styczeń.

[5]) H. Kayser: Über die Gefährlichkeit von Typhusbazillenträger. (Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte, 1906, str. 176).

[6]) Zobacz: Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte, 1907, str. 227, dopisek.

[7]) H. Kayser: Milch u. Typhusbazillenträger. (Ibidem, 1906, str. 173).

[8]) Levy i Wieber: Centralbl. f. Bakteriologie, XLII, I, 419.

[9]) E. Baumann: Bazillenträger u. Typhusverbreitung. (Arbeiten aus d. kais. Gesundheitsamte, 1908, str. 377).

giej strony to samo dało się już nieraz stwierdzić u roznosicieli duru. Dehler[10]) oczyścił dejekta chronicznego roznosiciela duru z prątków przez cholecystotomię, wypłukanie i drenaż dróg żółciowych. W żółci i kamyku żółciowym, dobytym z woreczka żółciowego zmarłego chronicznego roznosiciela duru stwierdzili obecność prątka durowego Levy i Kayser[11]). Chroniczni roznosiciele duru często zapadają na przypadłości żółciowe, między chronicznymi roznosicielami duru jest więcej kobiet, niż mężczyzn, podobnie też i więcej kobiet cierpi na przypadłości żółciowe, niż mężczyzn — oto są fakty, dowodzące związku istotnego między durem, cierpieniami żółciowemi i kwestyą roznosicielstwa duru.

Chroniczni roznosiciele duru noszą zatem prątki w woreczkach żółciowych, skąd one z żółcią spływają do jelit i dostają się z kałem na zewnątrz. Wynikałoby z tego, że ażeby chronicznego roznosiciela duru bakteryologicznie wyleczyć z zakażenia, należałoby dokonywać zabiegów na woreczku żółciowym, jak to czynił Dehler (l. c.). Jednakże Cramer[12]) zrobił to samo, co Dehler, u jednego obłąkanego chronicznego roznosiciela duru, a i tak po 2 tygodniach zjawiły się znowu prątki w stolcu. Z tego wynika, że prątki mogą się sadowić u roznosicieli duru nietylko w woreczku żółciowym, ale i w wyższych drogach żółciowych, a może i w innych jeszcze narządach, jak trzustce, chyba, żeby przypuścić, że się Cramerowi nie udało doszczętnie woreczka oczyścić. Trudno jednakże dla ochrony otoczenia przed zakażeniem durowem narażać roznosiciela duru na tak ciężki zabieg, jak operacya dróg żółciowych, tem bardziej, że jeszcze nie mamy w tym względzie bezwzględnie pewnego doświadczenia. I dlatego w celach ochronnych należy tylko polecić roznosicielom duru, by nie używali wspólnych klozetów, by po załatwieniu potrzeby naturalnej obmywali odbyt szczotką, zanurzoną w jakimś płynie odkażającym i by dokładnie czyścili ręce, by odkażali swe wypróżnienia i swą bieliznę, by nie spali we wspólnych łożach, by nie dotykali nigdzie niepotrzebnie żadnych pożywek i o ile handlują masłem, mlekiem lub jakimikolwiek materyałami spożywczymi, należy wzbronić im tego zajęcia.

[10]) Dehler: Münch. med. Woch., 1907, 16. VII. i 22. X.

[11]) E. Levy i H. Kayser: Arbeiten aus d. kais. Gesundheitsamte, 1907, str. 254.

[12]) Cramer: zobacz pracę Grimmego: Münch. med. Woch. 1908, 7. I.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Max Neu. **Badania nad znaczeniem nadnercza dla położnictwa.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 3). Część pierwsza pracy omawia skąpe jeszcze piśmiennictwo tego przedmiotu i wyniki dotychczasowych badań innych autorów (Kurdinowski, Kehrer), druga zaś wyniki własnych doświadczeń autora tak na macicy ciężarnej, jak i nieciężarnej. Wykazały one na pewno, że działanie nadnercza rozciąga się nietylko na naczynia, ale i na mięśnie gładkie samej macicy, wywołując wybitne jej skurcze. Obie te własności stwierdził autor przy sposobności wykonania cięcia cesarskiego na zwierzętach zupełnie bezkrwawo, a nadto przy licznych operacyach ginekologicznych u kobiet (zupełne wyjęcie macicy drogą pochwy i jamy brzusznej, amputacye nadpochwowe i i.). Ośmielony tymi wynikami, zastosował autor nadnercze także przy wykonaniu cięcia cesarskiego z następującą amputacyą macicy (Porro) u kobiety. I tu wynik był zdumiewający; prócz lekkiego bowiem krwawienia przez trafienie cięciem miejsca usadowienia łożyska, operacya przeszła prawie zupełnie bezkrwawo. Amputacyę macicy wykonano tutaj z powodu osteomalacyi, nadnercze zdaje się jednak być tym środkiem, który znakomicie zastąpi z konieczności wykonywane wyjęcie macicy po cięciu cesarskiem zachowawczem wskutek ciężkiej atonii. Działanie nadnercza ustaje wprawdzie szybko, ale pozostawia ono po sobie nadzwyczajną wrażliwość mięśnia macicy, która sprawia, że najlżejsze jej drażnienie (ręczne i narzędziami przy operacyi) wystarcza, aby wywołać ciągłe silne jej skurcze. Jak długo jednak użyteczność nadnercza przy zachowawczem cięciu cesarskiem nie została jeszcze wypróbowana, radzi autor przed operacyą podać zapobiegawczo jakiś pewny przetwór sporyszowy, a nadto po otwarciu jamy brzusznej wstrzyknąć do mięśnia macicy w linii planowanego cięcia nadnercze. — Ze sposobów stosowania nadnercza dla celów leczniczych w ogólności, należy bezwzględnie zarzucić wstrzykiwania śródżylne; działanie jest bowiem wówczas zbyt przejściowe, a niebezpieczeństwo wywołania zatrucia zbyt wielkie. Do pierwszych objawów zatrucia należy bladość twarzy i warg, zawroty, nudności i wymioty, uczucie duszenia się; nadto uczucie zimna, potęgujące się czasem do dreszczów, niepokój i kołatanie serca, uczucie strachu i lęku, sinica, rozszerzenie źrenic, zapad. O wiele lepiej i pewniej natomiast działają wstrzykiwania podskórne śródmięśniowe, które przy odpowiedniem dawkowaniu nie wywołują nigdy żadnego wpływu szkodliwego. Pojedyncza dawka wynosi 0,0001, najwyższa zaś 0,0003; wśród wstrzykiwań śródżylnych może dawka 0,00002 być już w wysokim stopniu toksyczna. — Trzecia część pracy omawia stosowanie nadnercza w położnictwie. Autor odradza używać go śródmacicznie w postaci przepłukiwań (1 gr rozczynu 1:1000 w 100 gr fizyol. rozczynu soli) lub gazy napojonej rozczynem 1:1000, jako sposoby niebezpieczne z powodu działania na wielkiej powierzchni i możności wywołania zatrucia. Wstrzykiwań do części pochwowej, polecanych w dawce 0,00005—0,0001—0,0002, autor również nie używa, gdyż nie działają zbyt pewnie, a nadto nie wyłączają możliwości trafienia przytem jakiegoś naczynia i wywołania zatrucia. Oprócz więc powyższych wstrzykiwań podskórnych-śródmięśniowych, poleca autor jako jedynie pewny i racyonalny sposób stosowania nadnercza w położnictwie, wstrzykiwania przez powłoki brzuszne wprost do trzonu macicy. W tym celu chwyta się lewą ręką dno macicy, która i tak leży po porodzie zwykle w przodopochyleniu-zgięciu, przypiera się je do przedniej ściany brzusznej, a prawą ręką wkłuwa się szybko cienką 6—7 cm długą, o 1 mm w średnicy igłę napełnionej i zupełnie powietrza pozbawionej strzykawki Prawatza, 2 palce (4—5 cm) pod pępkiem w linii środkowej przez powłoki brzuszne wprost do mięśnia macicy. Przed wstrzyknięciem należy opróżnić pęcherz moczowy i zbadać wypukiem i macaniem, czy przypadkiem jelita nie leżą między macicą a ścianą brzucha, co zresztą zdarza się bardzo rzadko. Szczególną uwagę należy na to zwrócić u wieloródek z wiotkiemi powłokami, u których macica czasem opada ku tyłowi i leży wprost na kręgosłupie. Przy wkłuciu igły w macicę powinno się natychmiast odczuć zmianę zbitości; tam, gdzie macica jest miękka, należy najprzód przez mechaniczne drażnienie wywołać skurcz, aby móc właśnie odczuć tę różnicę zbitości między powłokami a samą macicą, co nadto ma jeszcze i to znaczenie, że przy skurczu nie tak łatwo trafić można naczynie. Wstrzykując nadnercze w okresie wydalania łożyska, należy się najprzód przekonać o jego usadowieniu, a gdzie się to nie udaje, nie wolno igły zbyt głęboko wprowadzać (najwyżej do głębokości 1,5 cm), celem uniknięcia zatrucia, gdyby igła dostała się do naczynia. Podczas wstrzyknięcia, które powinno się odbywać powoli i pod małem ciśnieniem, należy uważnie badać tętno i obserwować stan ogólny i twarz (wargi), celem natychmiastowego przerwania wstrzykiwań, gdyby wystąpiły pierwsze objawy zatrucia. Dawka pojedyncza waha się między 0,00002—0,0001—0,0003. Skutek występuje tem wybitniej, im wkłucie wystąpiło bliżej dna macicy. Tam, gdzie macica jest miękka i skurczu mechanicznie wywołać nie można, wskutek czego zachodzi obawa, aby igła nie dostała się do naczynia, — lepiej jest wstrzyknąć nadnercze podskórnie, śródmięśniowo, a dopiero gdyby to nie wystarczyło, wykonać drugie wstrzyknięcie wprost do macicy. Przeważnie stosował autor nadnercze w przypadkach krwotoków poporodowych atonicznych przed i po odejściu łożyska. Autor radzi w przypadkach mniej groźnych stosować wstrzykiwania podskórne śródmięśniowe, a dopiero, gdy te nie pomogą lub w przypadkach nagłych i rozpaczliwych, wstrzykiwania przez powłoki do mięśnia macicy. Gdzie jednak zachodzi podejrzenie, że w macicy pozostały resztki łożyska, należy je najprzód usunąć, w przeciwnym bowiem razie krwawienie mimo nadnercza nie zupełnie ustanie. Stosowanie nadnercza przeciw krwotokom z powodu łożyska przodującego może mieć tę zaletę, że przez czasowe zmniejszenie lub ustanie krwawienia pozwala rodzącej przyjść do siebie, a lekarzowi spokojniej pracować. Tam, gdzie przy miękkiej i źle skurczonej macicy koniecznem się staje opróżnienie jej ręczne, czy narzędziami, lub wyskrobanie w późnym okresie połogu, może nadnercze przez wywołanie zbitości macicy zapobiedz łatwemu jej przedziurawieniu. W tych przypadkach wystarcza wstrzyknięcie do części pochwowej. Do wywołania poronienia lub porodu przedwczesnego nadnercze się nie nadaje, może ono jednak wywołać lub znacznie podnieść wrażliwość macicy, co dla wzniecenia bolów ma wielkie znaczenie. Nie wiele należy się spodziewać po stosowaniu nadnercza przeciw źle zwiniętej macicy w późnym okresie połogu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Prof. Leopold. **Przyczynek do operacyjnego leczenia połogowego zapalenia otrzewnej i żył** *(thrombophlebitis)*. (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 3). Na podstawie obfitego materyału kli-

nicznego doszedł autor do przekonania, że przy połogowem zapaleniu otrzewnej i ropnicy w następstwie zapalenia żył bez względu na to, czy one powstały na tle zakażenia tryprowego, czy paciorkowcowego, jedyną pewną pomoc stanowi wczesne rozpoznanie i wczesna operacya. Pierwszymi objawami zapalenia otrzewnej lub żył są: szybkie słabe tętno, czkawka, nudności i wymioty, dreszcze. Szczególną należy zwrócić uwagę na tętno, które przy prawidłowej jeszcze ciepłocie i dobrym stanie ogólnym, wznosząc się już w ciągu kilku nawet godzin, może się stać małe, niespokojne i częste. Powoli dołączają się dalsze objawy: wysoka ciepłota, ból całego brzucha lub w podbrzuszu, wzdęcie, stłumienie w bocznych częściach brzucha, a przy zakrzepowem zapaleniu żył nadto bole w »dole owalnym« i obrzęki kończyn dolnych, upadek stanu ogólnego, suchy język i sina zapadła twarz. Już w trzecim dniu po rozpoznaniu rozpoczynającego się ostrego zapalenia otrzewnej należy koniecznie wykonać operacyę, gdyż niebezpieczeństwo wskutek samej choroby jest o wiele większe, aniżeli z powodu operacyi; każdy następny dzień czekania pogarsza rokowanie, tem bardziej, że — jak to stwierdzono przy operacyach — jama brzuszna już po dwóch dniach może być pełna ropy, a osłabienie chorej bardzo znaczne. Czekając jeszcze dłużej można już natrafić na tak zlepione jelita, że dotarcie do wszystkich zaułków ropnych staje się niemożliwe, a toksyny tak już zalały krew i ważniejsze narządy, że chora mimo operacyi ginie. Operacya sama polega na otwarciu jamy Douglasa od strony jamy brzusznej, a w razie potrzeby — jeżeli cięcie powłok w linii środkowej nie wystarcza — na 2 lub 4 cięciach bocznych i następowem sączkowaniu i przepłukiwaniu jamy brzusznej 10 litrami wyjałowionego ciepłego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Przepłukiwania te należy powtarzać 2 razy dziennie, (zawsze dopóty, aż płyn wychodzący będzie czysty), aż do czasu, kiedy tętno i ciepłota się uspokoją, stan ogólny poprawi i wydzielanie z sączków ustanie. Baczną uwagę należy zwrócić na to, aby z otworów sączka nie nastąpiło zakażenie następowe. W przypadkach zakrzepowego ropnego zapalenia żył bez zajęcia otrzewnej, należy zajęte żyły podwiązać i wyciąć Wskazanie występuje tu wówczas, jeżeli dreszcze, wskazujące na przewleczenie cząstek zakrzepu, powtarzają się w ciągu 1—2 dni.

Dr E. Ehrenpreis.

Adam Czyżewicz jun. **Przyczynek do miesiączkowania jajowodowego.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 1). Na podstawie histologicznych badań jajowodów, wydobytych przy operacyi 6 kobiet, znajdujących się wtedy w różnych dniach okresu przed-, wśród- i pomiesiączkowego, doszedł autor do przekonania, że o miesiączkowaniu jajowodowem w tem znaczeniu, jak ono się odbywa w macicy, mowy być nie może. W czasie miesiączki rozszerzają się wprawdzie naczynia jajowodowe, podobnie jak w całym narządzie rodnym, nigdy jednak krew z naczyń tych nie wydostaje się. Wogóle błona śluzowa jajowodów, nie wydziela nic w czasie miesiączki. Skąpa ilość ciałek krwi, znajdująca się w czasie miesiączki zawsze w jajowodach, pochodzi z macicy, która kurcząc się wciska od czasu do czasu krew do przewodu jajowodów aż do ich ujścia brzusznego, nigdy jednak poza nie. Jednakże tych ciałek krwi już w kilka dni po miesiączce w jajowodach znaleźć nie można, gdyż przez ruch rzęsek nabłonkowych zostają one znowu wprowadzone do jamy macicy. Krew miesiączkowa nie jest krzepliwa. W końcu przekonał się autor, że wyjęcie macicy w czasie miesiączki nie jest niebezpieczniejsze, aniżeli w innym czasie, owszem, zdaje się, że wskutek przekrwienia narządu rodnego w tym czasie, sprawa gojenia się postępuje szybciej. *Dr E. Ehrenpreis.*

Kayser. **Piersi pachowe u położnic.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 2). Zdarzają się one w jamie pachowej w postaci guzów, wielkości małego jabłka lub jaja gęsiego, łatwo przesuwalnych na podstawie i ograniczonych z przodu przez mięsień piersiowy wielki, z tyłu zaś przez mięsień szeroki grzbietu; skóra nad nimi unieść się daje. Znamienny jest brak wszelkiego odczynu miejscowego lub ogólnego, mimo wielkiej wrażliwości guza i gwałtownych bolów przy akcie ssania. W żadnym z 6 przez autora opisanych przypadków nic się z tych guzów wygnieść nie dało, przez nakłucie natomiast uzyskano płyn, który makro- i mikroskopowo odpowiadał mleku; histologiczne badania wyciętej części guza stwierdziły również niewątpliwą budowę gruczołu mlecznego. Guzy te występują niekiedy w czasie peryodów, czasem już w ostatnich miesiącach ciąży, najczęściej jednak w połogu. Rozwijają się one już w 2—4 dniu po porodzie, wśród uczucia bolesnego napięcia, najczęściej obustronnie, zmuszając położnice wskutek bolu przy ucisku ramion do stałego wzniesienia ramion. Od 5—6. dnia połogu guzy te zaczynają ustępować tak, że w 10—14. dniu pozostają już tylko nieznaczne opory. Czasem jednak guzy trwają dłużej, a Goldberg spostrzegał je 16 miesięcy, t. j. przez cały czas karmienia, który to stan w tym przypadku powtarzał się w każdym połogu. Rokowanie jest korzystne. Leczenie wyczekujące, objawowe. W końcu podnosi autor, że guzy te (*polymastia axillaris*) szczególnie często występują u narodów słowiańskich, co już i inni zauważyli.

Dr E. Ehrenpreis.

Meyer. **O czerniakach zewnętrznych narządów rodnych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zeszyt 3). Nowotwory sromu są w ogólności bardzo rzadkie; między niemi mięsaki są rzadsze, aniżeli raki. Z mięsaków sromu stosunkowo często spostrzegano mięsaki barwikowe (czerniaki). Autor podaje historye choroby 37 przypadków mięsaków barwikowych sromu, opisanych w piśmiennictwie i jedno własne spostrzeżenie. Przypadek autora dotyczył 45-letniej panny, u której w rok po całkowitem wyjęciu macicy i lewostronnych przydatków z powodu mięśniaków macicy, wystąpił na prawej małej wardze sromowej guzek czerniakowy, przyczem i gruczoły pachwinowe prawe silnie były powiększone. Na wargach sromowych większych i wielu innych miejscach ciała znajdowały się liczne brodawki i znamiona barwikowe. Operacya natychmiastowa polegała na amputacyi całej wargi prawej od łechtaczki do wędzidełka i doszczętnem wyjęciu wszystkich dostępnych gruczołów; w 16 dni później chora opuściła klinikę. Już jednak po 2 miesiącach wystąpiły świeże obrzęki gruczołów i pierwsze objawy charłactwa ogólnego; w 4 miesiące później chora umarła wśród objawów licznych przerzutów guza pierwotnego. Z tego właśnie powodu, że te guzy czerniakowe tak wcześnie i tak rozległe tworzą przerzuty, należą one do najzłośliwszych nowotworów. Przy uogólnieniu się nowotworu zajęte bywają przerzutami nietylko wszystkie niemal narządy wewnętrzne, ale równocześnie występuje czerniaczkowe zabarwienie błon śluzowych, moczu (*melanuria*), szczególnie przy zajęciu nerek, a nawet krwi (*melanaemia*), objawy dla rozpoznania mnogich przerzutów dość znamienne. Guzy te występują prawie wyłącznie w późnym wieku. Z objawów należy wymienić: uczucie pieczenia i świądu na sromie, obfite, nieraz cuchnące i ciemno zabarwione odchody, nierzadko bole, szczególnie, jeżeli guz rozwija się na łechtaczce lub około ujścia cewki moczowej. Niestety, wszystkie te objawy występują już w okresie późniejszym — objawu zaś wczesnego właściwie niema. Wcześnie już wytwarzające się obrzmienia gruczołów nie polegają na przeroście, lecz są to już przerzuty. Ze względu na nadzwyczajną skłonność do nawrotów rokowanie jest niekorzystne. Leczenie tylko chirurgiczne, o ile możności bardzo doszczętne. Przy niemożności operowania należy się wystrzegać drażnienia guza środkami żrącymi (*ferrum candens*) i używać jedynie środków wysuszających (jodoform, węgiel drzewny sproszkowany i i.); równocześnie należy pamiętać o podtrzymaniu stanu ogólnego przez podawanie pożywnej dyety i arsenu. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Saccharymetr wygodny w użytku podał Walbum. Zasada polega na redukcyi rozczynu Fehlinga. Oznaczenie gotowe jest za 5 minut. Cały przyrządzik składa się z graduowanej rurki i 2 flaszeczek. Ilość cukru odczytuje się wprost na skali rurki. Przyrząd kosztuje 7,5 marek. (Altmann, Berlin). *K.*

Klamerki na brodawki sutkowe podaje Lennhoff. Klamerki te u osób ciężarnych i młodych matek wyrabiają z jednej strony brodawki, a z drugiej wstrzymują niepotrzebną utratę pokarmu i przemoczenie bielizny u kobiet karmiących, zaciskając delikatnie ujście gruczołu. *K.*

Przepuklinowy pasek „Multoform“. Pasek ten daje się rozkładać na części i regulować dowolnie. Przez to w razie zmiany kształtu przepukliny wystarcza uregulowanie, a w razie zniszczenia pewnej części, zamiana na nową, bez potrzeby sprawiania nowego paska. *K.*

Nowa tuberkulina. Prof. Calmette z Lille podał swoją tuberkulinę »Tuberculine C. L. (Calmette, Lille)«, która znalazła już zastosowanie we Francyi. Tuberkulina ta jest 10 razy silniejsza, niż stara Kocha, a różni się ona od innych tem, że zawiera w sobie wszystkie wydzielnicze produkta laseczników, t. j. i z ciał ich i z płynu, użytego do hodowli. *K.*

Celem osiągnięcia delikatnych i wązkich blizn poleca Schanz smarować ranę zeszytą 3—5 dnia po operacyi jodyną; przy dużych ranach powtarza to smarowanie co 2—5 dni. *K.*

Eurofen na pół z kwasem borowym polecał Meissner jako skuteczną zasypkę przy wrzodzie miękkim celem pobudzenia ziarniny i usuwania bolów. Działa tu wolno wywiązujący się jod. Środek ten nie posiada żadnej woni i zastępuje zupełnie jodoform. *K.*

Olejek terpentynowy zaleca Smith (Anglia) łącznie z rącznikowym jako lek tamujący krew przy plamicy krwotocznej (do 8,0 dziennie i więcej). Podobnie działa dobrze ten środek przy krwawiączce, wzdęciach, kolce kiszkowej i t. p. Przy czkawce podaje S. 10 kropli terpentyny i 30 eteru. Przy kamieniach żółciowych 3 razy dziennie 15 kropli. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 15. IX. 1908.

Nadzwyczajne posiedzenie w sprawie nie cierpiącej zwłoki: wysłania przedstawiciela na kongres przeciwgruźliczy w Waszyngtonie — otwarto na koleżeńskiem zebraniu lekarzy z racyi przyjazdu Dra Fronczaka z Buffalo.

Wobec wieści z kraju, że niema nadziei, by tamtejsze towarzystwa lekarzy polskich mogły wysłać swych przedstawicieli do Waszyngtonu, wobec nadesłanych Towarzystwu upoważnień Towarzystw krajowych, Towarzystwo lekarskie w Chicago, jako jedyne zorganizowane Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce, wysyłając swego delegata, faktycznie będzie reprezentowało ogół lekarski polski. Wobec tych kwestyi, które wyjaśniły się na zebraniu, postanowili obecni otworzyć zaraz nadzwyczajne posiedzenie, biorąc na uwagę dostateczną ilość obecnych, oraz to, że wszyscy, do których można było odnieść się telefonem, zostali powiadomieni.

Dr Fronczak przeczytał list sekretarza Zjazdu Dr Fultona, który robił nadzieję wyrobienia prawa dla polskiej reprezentacyi na Zjeździe. Dalej przeczytał list Prof. Dra Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie, który zaznacza, że niema nadziei, aby ktokolwiek z Europy mógł być delegowanym na Zjazd i donosi, że kilka Towarzystw lekarskich polskich z Europy prześle upoważnienie do reprezentowania ich na kongresie delegatowi Towarzystwa lekarskiego w Chicago.

Dr Szwajkart wnosi, aby T. L. P. w Chicago wysłało reprezentanta. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

Po krótkich rozprawach uchwalono, by prezes mianował delegata. Zamianowany został Dr Żurawski (na koszt Towarzystwa).

Dr Żurawski wnosi, by w sprawie reprezentacyi polskiej sekretarz Towarzystwa niezwłocznie zniósł się z generalaym sekretarzem Zjazdu.

Dr Fronczak porusza sprawę zwołania Zjazdu lekarzy polskich w Ameryce, co w zasadzie zostało przyjęte, z zaznaczeniem, by T. L. P. w Chicago zajęło się zorganizowaniem Zjazdu.

Na tem posiedzenie zamknięto. Następne odbędzie się po powrocie delegata.

Oprócz Dra Fronczaka, gośćmi Towarzystwa byli: Dr Krajewski i współredaktor »Górnika« z Pensylwanii, p. Chęciński.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Równocześnie przytaczam przekład uskuteczniony przez Dra Tadeusza Trzcińskiego, lekarza z Warszawy.

»Skoro położono przed nami, lekarzami, nagiego trupa Najjaśniejszego Króla, zauważyliśmy brzuch uderzający olbrzymimi rozmiarami, dostrzegliśmy skórę około pach tu i ówdzie zabarwioną na kolor czerwony, dostrzegliśmy również, że przednie powierzchnie goleni były pokryte wielką ilością pustuł i ciemno-czerwonemi plamami.

Po otwarciu klatki piersiowej i brzucha była widoczna warstwa, obciążona wystającym prawie sześciostopowym (może sześciocalowym) pokładem tłuszczu. Sieć pokrywały liczne wypukłe i duże gruczoły.

Kolor jelita cienkiego i grubego wydał się nam nienormalnym — barwa zaś jelita zwanego czczem — sina.

Objętość kiszki grubej była zaiste zdumiewająca zgoła ponad zwykłe wymiary. Sieć nie była dotknięta żadną wadą widoczną dla wzroku, również w żołądku i pęcherzu żadnej skazy godnej zanotowania.

W trzustce dokoła przewodu, przez który sok trzustkowy spływa do dwunastnicy, znaleźliśmy grudki prawie kamiennej twardości, świeżo powstałe i starsze.

W jamie brzusznej znaleziono trzy do czterech funtów czarniawego i złowonnego płynu.

Barwa wątroby zmieniona, zwłaszcza na powierzchni wypukłej, substancya jej rozmiękczona. Przy słabem naciśnięciu z wątroby wydzielał się jakiś ropiasty płyn.

Pęcherzyk żółciowy zgoła nie zawierał żółci i był wypełniony ośmiu kamykami, z których jeden większy, inne zaś nieco mniejsze.

Śledziona zwykłej wielkości i grubości, zewnątrz i wewnątrz jakby poplamiona atramentem. Miękka substancya śledziony łatwo dawała się rozrywać, zupełnie jak tkanka obumarła, stąd należy mniemać, że owa część śledziony była zupełnie zwyrodniałą.

Nerka prawa na objętość mniejsza zawierała większy kamień, który, co dziwna, przypominał poniekąd swym kształtem tarczę, na której jest korona królewska. Nerka lewa do tyla obrosła tłuszczem, że prawie nie była widzialna i, co najgorsza, nacieczona ropą.

W klatce piersiowej płuca koloru czarniawego, substancya ich z przodu flaczasta; wytryska z nich ciecz brudna ropiasta.

Osierdzie, wbrew temu, co zwykle bywa, zwilżone zaledwie kilku kropelkami płynu.

Serce można było nazwać dużem i pojemnem; ani w jego przedsionkach, ani w komorach nic niezwykłego nie znaleziono. Zaznaczamy, że tkanka serca wydała nam się mniej kruchą i mocną, niż to zwykle bywa, co mogło zależeć od podeszłego już wieku króla.

Klatka piersiowa zawierała wielką ilość płynu brudnego z bardzo wstrętnym zapachem.

W jamie czaszkowej żadnej skazy lub zmiany nie było. Niektórzy z chirurgów twierdzili, że mózg był nieco suchy, co jeśli tak było przez naturę urządzone, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił — mówił rozumnie, że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu. W substancyi mózgu, jak również w jego komorach i w początkach nerwów nic nienormalnego nie dostrzeżono.

Porobiono głębokie nacięcia na stopach, goleniach i udach, z których to nacięć surowica wypłynęła bujnie i obficie, przynajmniej do 20 funtów na wagę. Z ogólnego pokładu tłuszczowego można było wyciskać surowicę zupełnie jak wodę z napęczniałych gąbek.

Z tej krótkiej relacyi można wywnioskować, ile i jakich przyczyn chorobowych, jakby zbiorowo napadających, skojarzyło się na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jako i lepianki nędzarzy. I chociaż ledwie który organ był bez winy, bądźto z tych, co służy sprawie odżywiania, bądźto przeznaczonych oddychaniu, jednak sądzimy, że przedewszystkiem zmiany w nerkach wywołały katastrofę. Skoro zaiste nerki zwyrodniały, surowica przestała się wydzielać z ogólnej masy krwi w czasie i miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, nadmierne wezbranie surowicy, obrzęki skóry i następcza puchlina wodna brzucha«.

Sekcyę wykonano więc wcale dokładnie, zbadano niemal wszystkie narządy. Techniczna strona, jak na ówczesne czasy, niewiele pozostawia do życzenia; natomiast bardzo niedokładnym jest opis, zwłaszcza narządów wewnętrznych.

Nim przystąpię do oceny krytycznej tego opisu, poświęcę słów kilka sposobowi wykonania sekcyi.

Przed przystąpieniem do otwarcia zwłok zwrócono więc uwagę na ich wygląd zewnętrzny, na zabarwienie i stan powłok zewnętrznych. Następnie otwarto jamę brzuszną i klatkę piersiową. Sądząc z porządku opisywanych narządów wyjęto, czy też rozcięto bez wyjmowania, najprawdopodobniej najpierw jelita i żołądek, następnie rozcięto pęcherz moczowy. Wobec zwrócenia uwagi na trzustkę i jej opisu przed wątrobą, a zaraz

po żołądku, można przypuszczać, że robiący sekcyę, nie wyjmował tych narządów z jamy brzusznej, ale *in situ* je rozcinał i badał. Po trzustce badano wątrobę i woreczek żółciowy, poczem przyszła kolej na śledzionę, którą, opierając się na stosunkowo dość dokładnym jej opisie, prawdopodobnie wyjęto, a nie rozcinano w naturalnem jej położeniu. Nerki, które przedstawiały dla badających największe zainteresowanie, niewątpliwie wyjęto, a następnie rozcięto, przemawia bowiem za tem opis znalezionego w miedniczce nerki prawej kamienia. W ten sposób zbadawszy jamę brzuszną i jej narządy, przystąpiono do klatki piersiowej. Znaleziono więc w niej sporą ilość płynu, poczem badano płuca. Po następowem rozcięciu worka osierdziowego i zwróceniu uwagi na jego zawartość, nastąpiło badanie serca.

Rozcięto je więc, a o tem świadczy nietylko wzmianka o jego pojemności, ale i zwrócenie uwagi na zawartość komór i przedsionków, w tym wypadku, próżnych. Ostatnim narządem był mózg. Po wyjęciu go z jamy czaszki oglądano jej ściany, w protokole bowiem wyraźnie czytamy, że »w jamie czaszkowej żadnej skazy lub zmiany nie było«. Sam mózg porozcinano, badano jego zbitość, komory, wreszcie początki nerwów mózgowych.

Ostatnim wreszcie aktem całej sekcyi były ponacinania skóry na stopach, goleniach i udach.

Jak widzimy, technika sekcyi różniła się od dzisiejszej zmienioną kolejnością badanych narządów; rozpoczęto więc sekcyę od jamy brzusznej, potem badano narządy klatki piersiowej, na końcu zaś jamy czaszkowej. Co do pytania, czy narządy wyjmowano, czy też rozcinano je w naturalnem ich położeniu, to, jak już wspomniałem, na podstawie omawianego protokołu trudno rozstrzygnąć. W każdym razie należy podnieść, że badano prawie wszystkie narządy.

W przeciwieństwie do technicznej strony, opis narządów pozostawia wiele do życzenia. Ta właśnie niedokładność opisu sprawia, że oznaczenie dziś zmian znalezionych w zwłokach króla Jana Sobieskiego, a tem samem zestawienie ich w pewną całość, powiązanie i wytworzenie sobie całokształtu choroby i przyczyny śmierci napotyka na pewne trudności.

Dla wyjaśnienia tych, nieraz znacznych, niejasności i wytworzenia sobie ogólnego obrazu choroby, będziemy musieli sięgnąć do źródeł odnoszących się do zdrowia, względnie do objawów chorobowych króla. Te dopiero, jak zobaczymy, uzupełnią nam do pewnego stopnia obraz zmian pośmiertnych i pozwolą na wyrobienie sobie prawdopodobnego zdania co do choroby i przyczyny śmierci Sobieskiego.

Rozbiór krytyczny opisu znalezionych na sekcyi zmian przeprowadzimy w tym porządku, w jakim zmiany te w narządach w protokole są umieszczone.

Na pierwszy rzut oka uderza robiącego sekcyę brzuch o olbrzymich rozmiarach; rozmiary te były niewątpliwie następstwem bardzo silnie rozwiniętej podściółki tłuszczowej, o czem przekonano się przy przekrawaniu powłok, ale należy je także przypisać znacznemu rozdęciu jelita grubego i nagromadzeniu płynu opuchlinowego, który również stwierdzono. Skóra około pach, na udach i przedniej powierzchni goleni była czerwona; mogły to być plamy pośmiertne lub plamy powstałe na tle rozpoczynającego się rozkładu, umiejscowienie ich i barwa czerwona (a więc, nie sinawa), a dalej i inne okoliczności, o których później, przemawiałyby za plamami rozkładowemi.

Co się tyczy pustuł w wielkiej ilości znalezionych na skórze przedniej powierzchni goleni, to wobec braku dokładniejszego ich opisu trudno orzec, czem były właściwie. Nie jest wykluczonem, że może powstały na tle miejscowo stosowanych środków leczniczych przeciw puchlinie, która utrzymywała się od dłuższego czasu, jak wskazują odnośne źródła, a którą znaleziono także na sekcyi. Że środki takie w postaci plastrów stosowano, wspomina o tem list niewiadomej osoby o chorobie Jana III.[8]), w którym czytamy, że »król zgodził się na poradę chłopka« — a dodać muszę, że król wierzył bardzo znachorom i chętnie poddawał się ich leczeniu — »który z rocznych ziół sporządziwszy odwar, przyłożył na całe nogi plaster. Jakób lękał się tego — czytamy — bo plaster był mokry i zimny. Król czuł jednak folgę w nogach«. Ważnym dla całości obrazu jest stwierdzony nietylko za życia, ale i po śmierci obrzęk tkanki podskórnej i to znacznego stopnia, przedewszystkiem na kończynach dolnych, »z ogólnego pokładu tłuszczowego, mówi protokół, można było wyciskać surowicę zupełnie, jak wodę, z napęczniałych gąbek«. Obecność płynu w klatce piersiowej i jamie brzusznej, wprawdzie »czarniawego i złowonnego« dopełnia obrazu ogólnej puchliny. To, że płyn przedstawiał się brudno i cuchnął, może być tłómaczone tylko początkowym rozkładem, w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy przyjąć obecność jakiejś sprawy zgorzelinowej (*gangraena*) i w klatce piersiowej i w jamie brzusznej, przeciwko której przemawia nietylko obraz całej sekcyi, ale także objawy życiowe, wykluczające jakąś ciężką sprawę posoczniczą (septyczną). Zapalenia otrzewnej, przynajmniej ogólnego, nie było, sieć bowiem, jak protokół wyraźnie zaznacza, nie była dotknięta żadną wadą dla oka widoczną, kolor zaś jelit był siny. Zdumiewające rozdęcie kiszki grubej mogło być, w myśl przyjętego początkowego gnicia, następstwem większej ilości wytworzonych gazów gnilnych, o innej bowiem przyczynie tak bardzo rozdymającej jelito, nie wspomina protokół. (Dok. nast.)

[8]) Bibl. Ord. Myszkowskiej. R. 1860. Listy Jana Sobieskiego, wyd. Bandtkiego i Helcla.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska otrzymała na podanie w sprawie należytości sądowo-lekarskich następującą odpowiedź: »Praes. 4134/1. Do c. k. Prezydyum Sądu krajowego wyższego w Krakowie. Podanie Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej udziela się c. k. Prezydyum z prośbą o postaranie się, by lekarzom znawcom przy komisyach sądowych w razie potrzeby drugiej podwody przypadającą należytość wypłacano. Zasada, iż przy wspólnych komisyach najstarszy członek komisyi uprawnionym jest do zarachowania kosztów wyjazdu, nie przeszkadza, by znawcy w tych przypadkach, w których wspólnie z innymi członkami komisyi wyjeżdżają i w których za zgodą najstarszego członka komisyi drugiej podwody, o ile ta była konieczną, sami dostarczyli, otrzymywali osobno zwrot kosztów za dostarczoną podwodę, pod warunkiem atoli, że lekarz znawca swój rachunek odda temu członkowi komisyi, który jedynie do zarachowania kosztów jest uprawniony, a który ten rachunek własnem partykulare przedłoży do wykonania. Przez to dla urzędu wypłacającego wszelka wątpliwość co do uprawnienia drugiej podwody będzie usunięta i wyasygnowanie należytości zosobna umożliwione. Powyższy reskrypt Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 17. marca 1908, l. 6588/8 mam zaszczyt udzielić świetnemu Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie do wiadomości, odnośnie do Jej podania z 23. lutego, 1908 h. 64/8, do tegoż Ministerstwa wniesionego. Kraków, dnia 30. marca, 1908. Prezydyum c. k. Sądu krajowego wyższego. *Hausner* m. p.«

Towarzystwo wzaj. pomocy lekarzy we Lwowie odbyło 5. IX. posiedzenie Rady nadzorczej. W d. 1. IX. liczyło Towarzystwo 57 członków; zdeklarowano udziałów 80. Do funduszu gwarancyjnego (wpisowe) wpłacono 330 K, do zapomogowego 870 K, na udziały 2,852 K; z tych 3 źródeł należy się Towarzystwu w r. 1908 jeszcze 3,147 K, w r. 1900 5,200 K. Wybrano komisyę (Dr Zakrejs, Wątorek, Szymański i Damański), która ma ustalić żądania Towarzystwa co do zmian statutu lwowskiej »Kasy chorych dla lekarzy«. Na agentów Towarzystwa, objeżdżających Galicyę, wydano 2,000 K; przysporzyli zaś oni Towarzystwu 4,000 K. (»Tyg. lek.« 41). *R.*

Kursa dla lekarzy odbywają się bezpłatnie w 29 miastach pruskich za staraniem osobnych stowarzyszeń, złączonych między sobą przez komitet centralny z siedzibą w Berlinie; poza tą organizacyą odbywają się kursa jeszcze w 5 innych miastach pruskich i w 19 innych miastach Niemiec (z tych w 15 bezpłatnie). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 4. do 10. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bóbrka (Hranki 4, Brzozdowce 5), Bohorodczany (Maniawa 1), Brody (Koniuszki 1), Buczacz (Krasiejów 6, Trościaniec 1, Zadarów 2), Jarosław (Ostrów 5), Kosów (Chomczyn 1), Lwów pow. (Jaryczów nowy 8), Peczeniżyn (Kosmacz 4), Stryj (Lisiatycze 5, Orawczyk 11), Żółkiew (Różanka 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 4. do 10. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 74 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 17 (7), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 2 (2), płonicy 5 (2), odry 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. do 10. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 11, płonicy 17 † 5 (2 † 2), odry 31 † 1 (2 † —), duru brzusznego 6 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. IX. do 3. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych —), płonicy 41 † 3 (3 † 1), odry 2, duru brzusznego 5, gorączki połog. 1 † 1.— Od 4. do 10. X. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 46 † 3 (— † 1), duru brzusznego 2, czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Cholera w Rosyi. Według wykazów urzędowych zaszło od 11. do 17. IX. b. r. w całej Rosyi 3,392 nowych przypadków cholery († 1,377) t. j. o 1,096 więcej, niż w tygodniu poprzednim. Od 17. do 25. IX. zaszło nowych przypadków 4,393 († 2,034), t. j. znów o 1,001 († 657) więcej. W Warszawie zaszły 22. i 23. IX. dwa śmiertelne przypadki cholery (stwierdzone bakteryologicznie) u przejezdnych z Petersburga, a w ostatnich dniach odosobniono kilka osób, które zachorowały wśród objawów podejrzanych.

Wiadomości bieżące.

— Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza kolegów, zdających stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych, by raczyli przesłać Redakcyi (Kraków, Wielopole l. 4), dokładny tytuł pisma, do którego przesyłają sprawozdania, wraz ze swym dokładnym adresem, a to celem zestawienia listy sprawozdawców polskich. Pisma lekarskie polskie uprasza Redakcya »Przeglądu« o powtórzenie niniejszej prośby.

Kraków. Dnia 12. października b. r. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Obecni byli: komisarz rządowy Dr Bielański, R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, Drowie: Schoengut, Ackermann, Damski, Dietzius, Gawlik, Kijas, Landau, Łodziński, Różecki, Zaleski. Przedmiotem obrad było ukonstytuowanie się nowej Izby. Wybrano następujący Zarząd: Prezydent: Dr Stefan Schoengut, wiceprezydent: Dr Wacław Damski, członkowie Wydziału: Dr Adam Ackermann (sekretarz), Dr Jan Landau (podskarbi), Dr Wiktor Łodziński. Delegat do krajowej Rady Zdrowia: Dr Adolf Dietzius, zastępca: Dr Stanisław Jabłoński. Do komisyi weryfikacyjnej, jak również do komisyi kontrolującej wybrano Dra Dietziusa i Dra Cwiklicera. Następnie uchwalono w sprawie projektu Wydziału kraj. emerytur dla lekarzy okręgowych odnieść się do komisyi sanitarnej sejmowej.

— Miejska komisya sanitarna odbyła w d. 6. X. b. r. posiedzenie przy udziale krajowego referenta sanitarnego, r. dw. Dr J. Merunowicza. Zastępca fizyka m. Dr Schaitter złożył sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w ostatnich dwóch tygodniach. W sprawie poczynionych dotąd zarządzeń przeciwcholerycznych podniósł r. dw. Dr Merunowicz z uznaniem, że w ostatnich czasach w kierunku tłumienia chorób zakaźnych nastąpił w Krakowie znaczny postęp, a mianowicie wskutek zupełnego oddzielenia szpitala epidemicznego, otwarcia domu izolacyjnego, tudzież ewidencyi chorób zakaźnych, która obecnie w Krakowie jest bez zarzutu; następnie wyraził życzenie, aby reorganizacya miejskiego urzędu zdrowia była przyspieszoną, a to głównie przez pomnożenie liczby lekarzy miejskich, a dalej jako bardzo ważną sprawę wskazał budowę nowego szpitala epidemicznego, tudzież rekonstrukcyę zakładu odkażania, w którymby wszystkie czynności były wykonywane tylko pod nadzorem lekarzy. Wreszcie zawiadomił, że ministerstwo spraw wewnętrznych upoważniło namiestnictwo do wdrożenia odpowiednich starań w celu wykonywania badań bakteryologicznych w Krakowie i wyraził nadzieję, że sprawa ta będzie wkrótce pomyślnie załatwiona. — Nad sprawą przewożenia chorych zakaźnych z innych gmin do szpitala w Krakowie, dalej w sprawie budowy studzien w okolicznych gminach, oraz dowozu do miasta nabiału i jarzyn, wywiązała się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos profesorowie: Bujwid, Domański, Pareński, Nowak i Ponikło.

— Sprawa gmachu kliniki psychiatrycznej, dzięki nadzwyczaj życzliwemu stanowisku wszystkich powołanych czynników i energicznym zabiegom władz uniwersyteckich i profesorów naszej wszechnicy, wśród których dla przyspieszenia sprawy nie szczędził trudu, czasu i kosztów zwłaszcza Prof. Piltz, przeszła z okresu wstępnych przygotowań w okres wykonania. Pod kierunkiem inż. p. Wentzla rozpoczęły się już przed kilku dniami roboty budowlane na placu Aryańskim. Rozpoczynają się również roboty około drugiego wielkiego zakładu naukowego, z którego poczęści korzystać będą także słuchacze Wydziału lekarskiego, t. j. gmachu fizycznego w sąsiedztwie Biblioteki Jagiellońskiej i »Collegium novum«. Znikł zaś stary budynek, mieszczący niegdyś zakłady anatomii patologicznej i chemii lekarskiej; doszczętne zburzenie tego budynku, pamiętnego wielu pokoleniom lekarskim swą ciasnotą i niewygodą, odsłoniło piękny front gmachu anatomii opisowej, niedawno rozszerzonego przez dobudowanie rozległego prosektoryum i uległego znacznym, a korzystnym przeróbkom.

— Minister oświaty zatwierdził »veniam legendi« z embryologii i anatomii porównawczej, osiągniętą we Lwowie przez Dra Henryka Wielowieyskiego, na Uniwersytet Jagielloński.

— Kalendarz lekarski krakowski, którego redakcyę niedawno poruczyło Towarzystwo lekarskie krak. Doc. Dr L. K. Glińskiemu, wyjdzie w tym roku z druku znacznie wcześniej, niż w ostatnich latach. W kalendarzu wprowadzone zostały, o ile krótki czas pozwalał, liczne poprawki i uzupełnienia, a nadto dodano szereg nowych, oryginalnie opracowanych działów. I tak: Doc. Dr Droba opracował: »Ważniejsze dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych«, oraz »Kilka uwag o dezynfekcyi podczas i po chorobach zakaźnych«, Dr St. Jankowski: »Ocena stopnia niezdolności do zarobkowania wskutek wypadków«, dalej zawrze kalendarz tegoroczny tablicę porównawczą zdrojowisk polskich z niemieckiemi i innemi obcemi, która ułatwi odciągnięcie publiczności polskiej od zdrojowisk pruskich, a ułożona została według tablicy zasłużonego Dr Dobrzyckiego z Warszawy. Prócz tego przybędą w tegorocznym kalendarzu: wskazówki co do udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, uwagi o sztucznem oddychaniu i t. p. Cały podręcznik terapeutyczny, jak i inne działy, zostały starannie przejrzane i, o ile to było możebne ze względu na krótki czas, poprawione i uzupełnione.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 3. X. b. r. posiedzenie, na którem krajowy referent sanitarny, r. dw. Dr Merunowicz, zdał sprawę o zarządzeniach przeciwcholerycznych w kraju, poczem wydano opinie w sprawie torfu do dezynfekcyi, w sprawie zakładu dyetetyczno-wodoleczniczego w Zakopanem, szpitala w Synowódzku Wyżnem, statutu dla szpitala w Zakopanem, oraz taryf szpitalnych.

— Na LXXXI. posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 25. IX. b. r., na które przybyli zaproszeni lekarze posłowie, przedyskutowano projekt ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych i wskazano na jej wadliwości. Uchwalono przedstawić te wadliwości w memoryale, który zostanie wręczony wszystkim przewodniczącym klubów sejmowych. Następnie w referacie Prof. Dra Sieradzkiego przyjęto projekt nowej taryfy sądowo-lekarskiej w sprawach karnych i uchwalono wnieść ten projekt na wiecu Izb w Pradze. — LXXXII. posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyło się dnia 7. X. b. r. Po zawiadomieniu o wykonaniu uchwał Izby co do projektu ustawy dla lekarzy okręgowych zdał prezydent sprawę z wiecu Izb w Pradze. Zaopiniowano rachunek kol. A. w F. za leczenie i podano zasady, na podstawie których należałoby żądać wynagrodzenia za leczenie chorych na jaglicę. Uchwalono umieścić w »Głosie lekarzy« ostrzeżenie organizacyi lekarzy śląskich, a zarazem zwrócić uwagę, by organizacya na przyszłość zwracała się wprost do redakcyi pism. Zarządowi Kasy chorych w K. uchwalono doradzić rozpisanie konkursu. Postanowiono doradzić Dr B. i Dr S. w M., by w sprawie wyższych dyet zwrócili się wprost do ministerstwa. Rozpisanie uzupełniających wyborów do Izby lekarskiej na 30. października b. r. przyjęto do wiadomości.

— Miejska komisya sanitarna odbyła w ostatnim czasie 4 posiedzenia. Na posiedzeniu w d. 19. IX. zażądał Dr Starzewski zbadania, dlaczego mimo wodociągów mnożyć się poczynają w r. b. przypadki duru brzusznego. Upoważniono Dr Rutowskiego, aby w Sejmie wniósł o wprowadzenie do krajowej Rady szkolnej czynnika lekarskiego (w drodze noweli do ustawy). Następnie uchwalono przypomnieć przepisy o opakowaniu masła targowego, wreszcie rozpatrzeć dane w sprawie krajowego szpitala epidemicznego, oraz objęcia przez kraj szpitala św. Zofii, które to dane zużytkuje Dr Rutowski we wniosku sejmowym. — Na posiedzeniu w d. 23. IX. omawiano potrzeby przyszłego krajowego szpitala epidemicznego. — Na posiedzeniu w d. 3. X. poruszył Dr Starzewski sprawę jaglicy wśród dzieci w przytulisku Tercyarzy, fizyk miejski Dr Legeżyński zaznaczył zmniejszenie się

epidemii płonicy, poczem uchwalono podjąć starania o jaknajszybsze wybudowanie krajowego szpitala epidemicznego, zorganizować odkażanie wydzielin chorych durowych, leczących się w domu, zorganizować 3—4 tygodniowy kurs samarytański dla inteligencyi i rozpatrzyć sprawę założenia miejskiego zakładu bakteryologicznego. — Na posiedzeniu w d. 9. X. wydano opinię w sprawie parcelacyi gruntów na t. zw. Kiselce, przyjęto sprawozdanie fizyka Dr Legeżyńskiego o jaglicy wśród dzieci, pomieszczonych w zakładzie Tercyarzy, postanowiono zezwolić na otwarcie z pewnemi zastrzeżeniami tych chederów (z powodu płonicy zamkniętych), do których uczęszcza dziatwa w wieku szkolnym, a wreszcie rozpatrywano sprawę epizoocyi wścieklizny we Lwowie, przyczem podniesiono konieczność założenia krajowego zakładu leczenia wścieklizny we Lwowie i dalszego utrzymania zakładu krakowskiego.

— Ankieta w sprawie szpitala dla chorych zakaźnych we Lwowie odbyła się 3. X. w dyrekcyi szpitala powszechnego przy udziale przedstawicieli miasta, Wydziału krajowego, Namiestnictwa, oraz dyrektora szpitala dla dzieci i prymaryusza oddziału chorób zakaźnych w szpitalu krajowym. Ankieta orzekła, że budowa szpitala jest nagląco potrzebna, że szpital powinien obejmować 200—260 łóżek i zająć przestrzeń około 7-morgową (zamiast proponowanych przez gminę 3 morgów).

— Filię miejskiego zakładu dla chorych nieuleczalnych, pomieszczoną w budynku pokoszarowym przy ul. Zborowskich, a obliczoną na 50 łóżek, otwarto uroczyście 9. X. b. r. Kierownikiem lekarskim filii mianowany został Dr Władysław Kruszyński.

— W półroczu letniem r. szk. 1908 było na Wydziale lekarskim 253 słuchaczy zwyczajnych (wśród nich 33 kobiet) i 5 nadzwyczajnych.

— Kursa dla lekarzy, jak już donosiliśmy, urządza w r. b. Wydział lekarski lwowski od 1—20 grudnia. Program kursów podajemy na końcu numeru. Należy mieć nadzieję, że kursa te cieszyć się będą znacznem powodzeniem, podobnie jak dawniejsze, i że liczny udział uczestników zapewni kursom na wszechnicach galicyjskich trwałość i dalszy rozwój.

— Kursa powtarzania dla położnych mają się powtarzać dwa razy do roku nietylko dla akuszerek lwowskich, lecz także dla galicyjskich. Inicyatorowie kursów odnieśli się o zasiłki i poparcie do rządu i do Sejmu. Pożądane jest urządzenie podobnych kursów i w krakowskiej szkole położnych.

— Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy w sprawie zmiany statutu odbędzie się 7. XI. b. r. o 6 wieczór w lokalu Izby lek. we Lwowie.

— W d. 10. i 11. X. b. r. odbył się w sali ratuszowej Zjazd przedstawicieli wszystkich zdrojowisk galicyjskich pod przewodnictwem właściciela Rymanowa, Jana hr. Potockiego, celem ustalenia wspólnego programu w sprawie podniesienia zdrojowisk i utworzenia Związku zdrojowisk. Omawiano na Zjeździe sprawę ulg podatkowych dla zdrojowisk, asanacyi, kredytu w Banku krajowym, sprawy pocztowe i kolejowe; postanowiono upomnieć się w ministeryum pracy o powołanie przedstawicieli naszych zdrojowisk na ankietę ministeryalną w sprawie podniesienia zdrojowisk, wysłać deputacyę do marszałka krajowego i namiestnika, oraz do posłów sejmowych celem przedstawienia piekących potrzeb zdrojowisk; wreszcie ukonstytuowano się w »Związek zdrojowisk krajowych«. W obradach Zjazdu uczestniczyli z lekarzy: Dr Festenburg, prezydent Izby lek. wsch. gal. i krajowej Rady zdrowia, oraz Dr Müller, zastępca krajowego inspektora szpitali. — Wysłaną deputacyę przyjęli zarówno marszałek krajowy, jak i namiestnik życzliwie, zapewniając, że żądania w sprawie kolei, dróg i t. p. i w sprawie powołania przedstawiciela naszych zdrojowisk do ankiety zdrojowej w Wiedniu mogą liczyć prawie napewno na przychylne załatwienie.

— »Gniazda sieroce« według projektu p. Jeżewskiego, instytucye o wielkiej doniosłości społecznej i społeczno-higienicznej, bronione w ostatnich czasach przeciw różnym zarzutom z powodzeniem przez Doc. Dra Bujaka, mają wkrótce wejść w życie. We Lwowie ukonstytuowało się 6. X. »Towarzystwo gniazd sierocych«, i wybrało komitet centralny, oraz Wydział wykonawczy. Z lekarzy zaproszono do komitetu centralnego dotąd Dra S. Mikołajskiego. Prezesem Wydziału wykonawczego wybrano br. Brunickiego.

— Przy udziale kilkuset uczestników odbył się 11. X. wiec przeciw alkoholizmowi, zagajony przez Dra S. Mikołajskiego. Uchwalono rezolucye, domagające się ustawy o zamykaniu szynków w niedziele, ustaw ochronnych przeciw alkoholizmowi, wreszcie uchwalono wezwanie do społeczeństwa do walki z alkoholizmem.

Warszawa. Czytamy w »Medycynie« (Nr 41): »Na posiedzeniu, odbytem z udziałem Prof. Gluzińskiego ze Lwowa d. 2. b. m., w którem uczestniczyło liczne grono kolegów-internistów z Warszawy, postanowiono od roku przyszłego urządzać corocznie Zjazdy polskich lekarzy-internistów. Pierwszy Zjazd ma być zwołany w r. 1909 w Krakowie po uprzedniem porozumieniu się z kolegami ze Lwowa, Krakowa i Poznania. Termin Zjazdu nie został jeszcze ściśle określony, jedni bowiem koledzy przemawiali za połową lipca, inni zaś za wrześniem. Główne zadanie Zjazdów ma polegać na opracowaniu pewnych z góry określonych referatów. Kierownictwo Zjazdów będzie znajdowało się w rękach stałego biura z siedzibą w Krakowie«.

— Rada Towarzystwa przeciwgruźliczego postanowiła przystąpić niezwłocznie do otwarcia pierwszej »przychodni« (ambulatoryum, dyspensatoryum) dla chorych i zagrożonych gruźlicą, uchwalając na ten cel pożyczyć 1000 rb. z funduszu, zebranego przy założeniu Towarzystwa.

— Szczepienia ochronne przeciw cholerze mają być rozpoczęte w ambulatoryach szpitalnych.

— Dr A. Puławski, dotychczasowy kierownik Nałęczowa, wielce dla rozwoju tego zakładu zasłużony, ustąpił ze swego stanowiska i osiadł na stałe w Warszawie. Kierownictwo Nałęczowa objął Dr Karol Tokarski.

— Dr Seweryn Sterling, redaktor »Czasopisma lekarskiego« w Łodzi, które pod jego znakomitem kierownictwem miało swoje indywidualne piętno i położyło niemałe zasługi w życiu umysłowem prowincyonalnych kół lekarskich, zamierza — jak się dowiadujemy, — ustąpić ze stanowiska redaktora.

Z różnych stron. Na międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie zostali Dr Fronczak, wicefizyk m. Buffalo i Dr Żurawski, delegat Towarzystwa lekarzy polskich z Chicago (por. protokół posiedzenia Tow. lek. polskich w Chicago w dzisiejszym numerze »Przeglądu lek.«), przyjęci jako przedstawiciele Towarzystw lekarskich i przeciwgruźliczych polskich, oraz zaproszeni na równi z przedstawicielami innych narodowości na przyjęcie w Białym Domu u prezydenta Stanów Roosevelta. Jednakże, — jak nam donosi Dr Fronczak, — komitet Zjazdu nie uznał ze względów politycznych, z obawy powikłań dyplomatycznych, za możliwe, przyznać polskim delegatom przy otwarciu Zjazdu głosu równorzędnego z delegatami narodów, posiadających własny ustrój państwowy, a przedstawianych na Zjeździe przez wysłanników rządowych.

W każdym razie należy się Drowi Fronczakowi i Towarzystwu lekarzy polskich w Chicago wdzięczność i uznanie za to, iż nie szczędząc czasu, trudu i kosztów, starali się uzyskać na Zjeździe w Washingtonie należne nam stanowisko.

W Zjeździe brało udział około 6 tysięcy uczestników. Obrady odbywały się w 7 sekcyach, do których zgłoszono kilkaset wykładów (wśród nich Dr Dłuski i Rospędzihowski z Zakopanego zgłosili wykład: »O badaniach krwi u suchotników«). W połączonej ze Zjazdem wystawie znakomicie przedstawiał się udział Ameryki, Anglii i Niemiec, wszystkich przewyższył jednakże zdumiewająco świetny udział Szwecyi. Udział Francyi był mierny, z Austryi i Rosyi uczestniczyło zaledwo po kilku wystawców.

Najbliższy międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w r. 1911 w Rzymie.

— Najbliższy Zjazd lekarzy i przyr. niemieckich odbędzie się w r. 1909 w Salzburgu.

— III. międzynarodowy Zjazd w sprawach higieny szkolnej, połączony z wystawą, odbędzie się w Paryżu 29. III. do 2. IV. 1910. Wiadomości udziela Dr A. Dinet (11 rue Cernuschi).

— Akademie weterynarskie we Lwowie i w Wiedniu pozyskały prawo wydawania dyplomów doktorskich tym lekarzom weterynaryi, którzy przedstawią samodzielną naukową rozprawę i złożą osobny egzamin doktorski.

— Otwartej w r. z. w Düsseldorfie »Akademii medycyny praktycznej« zagraża zwinięcie z powodu zbyt małej liczby zgłaszających się praktykantów i niedoborów w szpitalach miejskich.

— W Heidelbergu odbyło się 2. X. b. r. uroczyste pożegnanie Prof. Jurasza, urządzone przez jego uczniów i Towarzystwo laryngologiczne południowo-niemieckie (Now. lek. 10).

— Międzynarodowy konkurs na pracę o etyologii jaglicy z nagrodą 1000 K. ogłosił węgierski minister spraw wewn. Termin nadsyłania prac do 31. grudnia 1908. (Adres: Budapest I. Var, Belügyministerium). Prace mogą być napisane w języku węgierskim, niemieckim, francuskim lub angielskim.

— Według »Gaz. med. de Paris« jest wszystkich lekarzy na świecie 228,234, z tego w Anglii 34,967, w Niemczech 22,518, w Rosyi 21,489 (w Królestwie 1,800), Francyi 20,348, we Włoszech 18,245, w Europie razem 162,234. (Med. 41).

— Fundacyę 250.000 koron na wsparcia dla lekarzy potrzebujących pomocy utworzyła w Wiedniu bezimiennie wdowa po lekarzu, powierzając zarząd fundacyi Drom: Adlerowi, Czinerowi, Langerowi, Schiffowi i Schnitzlerowi.

Mianowani: Prof. Zangermeister profesorem położnictwa w Królewcu; Prof. nadzw. Slavik w czeskiej wszechnicy w Pradze zwycz. profesorem medycyny sądowej; Dr Centanni profesorem patologii w Sienie; Dr Paviot profesorem anatomii patol. w Lyonie.

Powołani: anatom Prof. Hochstetter do Wiednia, fizyolog Prof. Thierfelder do Tübingen.

Zmarli: Dr Tytus Szczepański w Jaśle; Dr W. Schrant w 61 r. ż. w Pniewach; Dr Adolf Landau w 45 r. ż. w Łodzi; chirurg Prof. Tauber (niegdyś profesor w Warszawie) i pedyatra Prof. Gundobin w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Jaworski J.: 1) Zdrojowiska i uzdrowiska: Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. »Gaz. lek.« 1908. 2) O wycieczce do zdrojowisk zagranicznych. »Zdrowie« 1908. 3) Najpilniejsze potrzeby zdrojowisk polskich. »Gaz. lek.« 1908. — Zaleski: W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej. Płock 1908. — Janiszewski: 1) Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien? Kraków 1908. 2) Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicyi. Kraków 1908. — Szumowski: Druga polowa w. XVIII., jako okres przełomowy w dziejach medycyny. »Tyg. lek.« 1908. — Sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1. XII. 1906 do 15. V. 1908. — Prot. J. Nowak: Le bacille de Bang et sa biologie. »Ann. d'Inst. Pasteur.« 1908. — Rosenhauch: *a*) Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. »Post. okul.« 1908. *b*) Kilka przypadków zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy. »Postęp okul.« 1908. *c*) O powstawaniu flory w fizyologicznym worku spojówkowym noworodków. »Akad. Um.« 1908. — Provisional Programm of the International Congress on Tuberculosis. Washington 1908. — Sabl: Kalender für beamtete u. praktische Ärzte f. d. J. 1909. — W sprawie uniwersytetu lwowskiego. Głos Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Lwów 1908. — Biblioteque de psychologie expérimentale et de metapsychie. Paris 1908. Bloud et Cie. 1) Vaschide: Les hallucinations télepatiques. 2) Viollet: Le spiritisme dans ses rapports avec la folie. 3) Marie A.: L'audition morbide. 4) Lubomirska: Les prejuges sur la folie. 5) Vaschide i Meunier: La pathologie de l'attention. 6) Laures: Les synesthésies. — Spira: Bericht üb. d. Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israel. Hospitals in Krakau f. d. Jahr 1907. »Arch. f. Ohrenhk.« 1908. — VIII. Sprawozdanie roczne Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży »Pomoc bratnia« w Zakopanem za r. 1807/8.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. października o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza przez kol. Doc. Rutkowskiego. 2) Kol. Prof. Wicherkiewicz wygłosi wykład: »Znaczenie przepłukiwania komórek ocznych przy operacyach zaćmy«.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **we wtorek dnia 20. października** 1908 o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O pielęgnowaniu chorych, kol. Dr Sawicki. 3) Sprawy zawodowe »Tow. wzaj. pomocy lekarzy gal. we Lwowie«, kol. Dr Wątorek. 4) Sprawozdanie o charakterze i przebiegu płonicy, panującej obecnie w Jarosławiu, kol. Dr Orłowski. 5) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi.

Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wł. Czyżewicz*, przewodniczący.

Nadzwyczajne Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **d. 7. listopada** 1908 o godz. 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11). Porządek dzienny: Wnioski Wydziału w sprawie zmiany statutu.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

We Lwowie, dnia 17. października 1908.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim we Lwowie od 1—20. grudnia 1908.

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu od 16. XI. do 1. XII. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela Prof. Raczyński (Lwów, Sienkiewicza 9).

I. Bakteryologia, farmakologia, patologia: 1) Prof. Biernacki: Hematologia praktyczna, 4 godz. tygodniowo, czesne 20 K. 2) Prof. Kučera: Bakteryologia lekarska, 6 g. tyg., 25 K. 3) Prof. Popielski: O najnowszych środkach lekarskich, 5 g. tyg., 25 K. — **II. Choroby wewnętrzne:** 1) Prof. Gluziński (przy udziale Prof. Renckiego, Doc. Marischlera i Frankego oraz asystentów klinicznych): Kinika chorób wewn. Razem 20 g., 25 K. 2) Prof. Wiczkowski (wspólnie z Dr Selzerem): Dyagnostyka chorób wewn., 3 g., 20 K. — **III. Chirurgia:** 1) R. dw. Prof. Rydygier: *a*) Nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurg., 10 g. tyg. (10—12 rano), 25 K. *b*) Kurs operacyjny, 50 K. 2) Prof. Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 g. tyg., 50 K. 3) Doc. Gabryszewski: Ortopedya, 3 g. tyg., 25 K. 4) Prof. Herman: *a*) O leczeniu stanów septycznych, 2 g., 10 K. *b*) O leczeniu złamań kości kończyn, 4 g., 10 K. *c*) Uwagi o niedrożności jelit, 4 g., 10 K. 5) Prof. Schramm: Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego, 6 g. tyg., 30 K. 6) Prof. Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne, codziennie od 10—12, 50 K. — **IV. Położnictwo i ginekologia:** Prof. Mars, Prof. Bylicki, Prof. Kośmiński i Prof. Sołowij: Klinika położniczo-ginekologiczna, 10 g. tyg., 40 K. — **V. Choroby skórne i weneryczne:** Prof. Łukasiewicz: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wener., 5 g. tyg., 20 K. — **VI. Choroby oczne:** 1) Prof. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, 5 g. tyg., 20 K. 2) Doc. Bednarski: Kurs wziernikowania, 3 g. tyg., 30 K. — **VII. Choroby nerwowe:** Prof. Halban: Dyagnostyka chorób nerwowych, 5 g. tyg., 20 K. — **VIII. Choroby dzieci:** Prof. Raczyński: *a*) Klinika chorób dzieci (z udziałem Dr Progulskiego), codziennie, 20 K. *b*) Ćwiczenia w intubacyi i tracheotomii (przy pomocy Dra Bielskiego), 2 g. tyg., 20 K. — **IX. Choroby gardła i uszu:** 1) Prof. Jurasz: Klinika chorób gardła i uszu, codziennie, 30 K. 2) Doc. Zalewski: Praktyczne ćwiczenia w badaniu organu słuchu, 6 g. tyg., 30 K. **X. Dentystyka:** Doc. Gońka: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem znieczulenia, tudzież plombowania materyałami plastycznymi, 6 g. tyg., 50 K.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — **Wyrób własny i skład główny w aptece**

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

STOLL'A DYETET. PRZETWORY KOLA

mianowicie 314

WINO-KOLA, CESARSKI-ELIXIR-KOLA, ELIXIR-KOLA i KOLA »STOLL« GRANULÉE

polecają pierwsze powagi lekarskie jako **znakomity środek skrzepiający żołądek i wzmacniający nerwy.**

Próbki i prospekty dla panów lekarzy bezpłatnie.

K. STOLL, PRAG-KGL. WEINBERGE.

Składy we wszystkich większych aptekach i drogueryach.

Proszę żądać wyraźnie „STOLL'A" przetworów kola.

Dr F. NAVRATILA
LECZNICA „BELLARIA" w Arco,

najcieplejszej stacyi klimat. polud. Tyrolu dla chorych wewnętrz. i nerwowych, dla rekonwalescentów. Leczenie fizykalno-dyetetyczne. Kąpiele słoneczne nawet w grudniu i styczniu. Leżalnia. Wyśmienita kuchnia. Położenie prześliczne. 48

Prospekty i wszelkie informacye na żądanie.

Jałowe szpatułki drewniane

do jednorazowego użytku 219

w paczkach po 50 sztuk, po 50 halerzy paczka. — Zamiast pędzli do pędzlowania gardła **wyjałowione pręciki z wacikami i bez wacików** w paczkach po 50 sztuk. Paczka pręcików bez wacików 25 halerzy, paczka pręcików z wacikami 30 halerzy.

Urządzenia kompletne aptek domowych dla lekarzy.

ANDRZEJ ADAMSKI: Krowodrze 133.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA * E. MATULA *



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

*

L. 2.013/08.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Kosowie rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady **lekarzy okręgowych**, mianowicie w Żabiu i Hryniawie pierwszy okręg obejmuje 3 gminy i tyleż obszarów dworskich, jakoto: Żabie, Jasienów górny i Krzyworównię o ilości 10.986 mieszkańców.

Drugi okręg obejmuje 11 gmin i tyleż obszarów dworskich, mianowicie: Hryniawa, Uścieżyki, Krasnoila, Hołowy, Stebna, Perechrestne, Dołhopole, Polanki, Fereskula, Jabłonica i Berwinkowa w ilości 7.213 mieszkańców z siedzibą w Hryniawie.

Płacy lekarzy okręgowych w Żabiu i Hryniawie ustanowiono w rocznych kwotach po 1.200 Kor., zaś ryczałty na objazdy po 800 Kor.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym we Lwowie, mianowicie § 14 rozp. wykonawczego dla ustawy z 2 lutego 1891 dz. ust. rozp. kraj. Nr. 82 oraz z dnia 12 czerwca 1897 Dz. ust. kraj. Nr. 36.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambolatoryum w razie utworzenia go w siedzibie tego okręgu.

Ubiegający się o jedną z tych posad, winien wnieść należycie udokumentowane i ostemplowane podanie do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie, najpóźniej w dniu 25 października 1908, i wykazaćże posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Dowody znajomości leczenia chorób skórnych i wenerycznych;
4) Nieskazitelny charakter;
5) Znajomość języków krajowych;
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
7) Nieprzekroczony wiek 40 lat; 412
8) Dostateczną fizyczną zdatność.

Podania nieudokumentowane, lub po terminie wniesione, nie będą uwzględnione.

Pierwszeństwo do otrzymania posady będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką szpitalną na oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Posady te na razie zostaną nadane prowizorycznie poczem może nastąpić stabilizacya.

Kosów, dnia 17 września 1908. Prezes.

L. 4.310.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Lubieniu wielkim, który obejmuje 14 gmin i obszarów dworskich z ludnością 12.704 na obszarze 14.606 hektarów z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya służbowa wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14, rozporządzenia wykonawczego do ustawy krajowej z dnia 5 października 1906 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 148 wydanego dnia 30 grudnia 1907 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 158.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczona została płaca roczna 1.200 Kor. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 700 Kor.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitelny charakter; 416
4) Znajomość obu języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) Dostateczną fizyczną zdatność;
7) Nieprzekroczony 40 rok życia.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku Jagiellońskim najpóźniej do 31 października 1908.

Z Wydziału Rady powiatowej w Gródku Jagiellońskim dnia 26 września 1908.

Prezes: *A. Brunicki.*

L. 1.316.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady **lekarza miejskiego** w miasteczku Kozłowie w powiecie brzeżańskim rozpisuje się konkurs do dnia 30 listopada 1908.

Do posady tej przywiązaną jest stała płaca roczna 1.200 Kor. i dodatek połowy dochodów z taks za oględziny zwierząt na rzeź i targi wpłyniętych do kasy gminnej, która ta połowa wynosi przeciętnie 250 Kor. rocznie.

Ponadto przy zawarciu umowy o tę posadę do powyższej płacy zobowiązuje się Zbór izraelickiej gminy wyznaniowej w Kozłowie płacić rocznie kwotę 240 Kor., zaś dzierżawca dóbr ziemskich WP. Kijanowsk irocznie kwotę 360 Kor.

Tak płaca roczna jak i wszystkie dodatki powyżej wyszczególnione będą płatne w miesięcznych ratach zdołu.

Kompetenci o tę posadę winni się wykazać dokumentami:

1) Dymplomem doktora medycyny uzyskanego na Uniwersytecie Państwa austryackiego; 411
2) Znajomość języków krajowych.

Podania o nadanie tej posady udokumentowane wnosić należy na ręce Zwierzchności gminnej w Kozłowie do 30 listopada 1908.

Kozłów, 21 września 1908. Naczelnik gminy: *W. Kasprzyk.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 24. października 1908. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowy krążek przy wypadnięciu pochwy i macicy [1]).

Podał

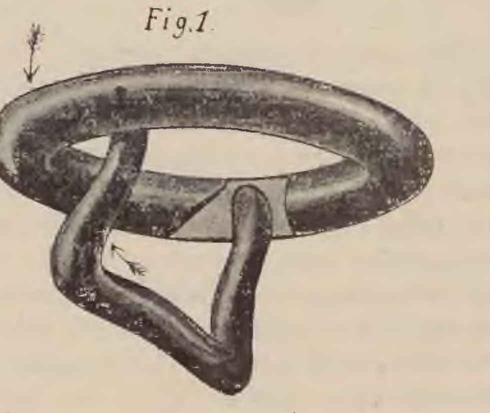
Dr Ludwik Friedmann (Kraków).

Cały szereg przyrządów i krążków, służących jedynie do podtrzymywania wypadniętej pochwy i macicy, jakie zalecili różni autorowie (jak Martin, Löhlein, Rosenfeld, Schatz, Menge, Cohn i inni) nasuwa dwie uwagi: 1) że przyrząd, względnie krążek taki, któryby w przypadkach wypadnięcia pochwy lub macicy, nie nadających się do leczenia operacyjnego z jakiegokolwiek powodu, uważają wszyscy za rzecz koniecznie potrzebną, 2) że wszelkie dotychczasowe krążki posiadają niedogodności, lub nie odpowiadają w zupełności swemu celowi. — Jeżeli się ośmielam wystąpić obecnie z nowym krążkiem, mającym służyć do tego samego celu, to nie dlatego, aby liczbę już istniejących krążków powiększyć o jeszcze jeden, ale w nadziei, że krążek ten, (przezemnie »sprężynowym« zwany), jako posiadający stanowczą wyższość nad wszystkimi dotychczasowymi, wypełni rzeczywistą, boleśnie nieraz odczuwaną lukę w leczeniu wypadnięcia pochwy i macicy i będzie przeto życzliwie przez Kolegów przyjęty. Myśl sporządzenia tego krążka nasunęła mi się przy leczeniu chorej, która cierpiąc na wypadnięcie macicy, w żaden sposób nie chciała się poddać operacyjnemu leczeniu, a życzyła sobie krążka, któryby macicę podtrzymywał, a zarazem w pożyciu małżeńskiem nie przeszkadzał. Niestety, żaden z krążków znanych, podtrzymujących macicę wypadającą, życzenia tego nie uwzględnia, z wyjątkiem zwykłych krążków pierścieniowych, które tylko wyjątkowo trzymają; przeto chora zmuszoną jest nieraz sobie na noc krążek usuwać, co nawiasem mówiąc nie zawsze i nie łatwo i nie bez bolu daje się uskutecznić.

Przy sporządzeniu mego krążka trzymałem się tej samej zasady, jaką się kierowali i inni autorowie przy sporządzaniu swych krążków. Jak wiadomo, składają się te krążki przeważnie z miseczki lub pierścienia, połączonego czy to stale, czy zapomocą śruby z drugą dodatkową częścią, prostopadle, a raczej osiowo do nich ustawioną, która posiadała postać jednego (Zweifel), lub kilku pręcików w jeden trzonek się schodzących (Martin), innym razem strzemienia (Löhlein), czopka (Rosenfeld), lub maczugi (Menge). (Schatza krążek ma postać pełnego lejka z otworem w środku). Części te dodatkowe, opierając się na ścianie pochwy, a raczej na mięśniowem dnie miednicy małej *(musculus levator ani)*, mają utrzymywać miseczkę lub pierścień w kierunku mniej więcej prostopadłym do kierunku osi pochwy i przez to wstrzymywać je od wypadania, gdyż miseczka lub pierścień jedynie ten kierunek zachowując może nie wypaść z pochwy. Sam zaś pierścień lub miseczka bez owej części dodatkowej, ustawiają się pod wpływem parcia obniżającej się czy to przedniej, czy tylnej ściany pochwy zazwyczaj obwodem swym w kierunku osi pochwy (co określamy, »że się stawiają na kant«) i wypadają łatwo.

Krążek sprężynowy (fig. 1) składa się z dwóch części składowych: z pierścienia i strzemienia, przypominającego swym kształtem dolną połowę zmodyfikowanego krążka

Fig. 1.



Hodgego. Obie części są ze stali, (pewnego gatunku niezbyt elastycznego drutu), powleczonej na powierzchni kauczukiem. Są one ze sobą połączone zapomocą zawiasów, przyczem dzięki budowie zawiasów i silnemu rozpięciu ramion strzemienia w zawiasach, zachowują one względem siebie swe zwykłe ustawienie (jak na fig. 1). Dopiero przy użyciu pewnej siły, uciskając dwoma lub trzema palcami pierścień z jednej, a strzemię z drugiej strony, dają się one w kierunku strzałek na fig. 1 naznaczonych zbliżyć ku sobie (fig. 2). Przez ściskanie ramion strzemienia ku sobie, da się strzemię z zawiasów wyjąć i od pierścienia oddzielić, przyczem szczegóły zawiasów stają się widoczne (fig. 3) i łatwo się oczyścić dają. Części krążka, przy zawiasach kauczukiem nie pokryte, są cynowane, aby je uchronić od rdzewienia, jakieby pod wpływem działania wydzieliny pochwowej na stal mogło powstać.

[1]) Podług odczytu na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Po poprzedniem odprowadzeniu wypadniętej pochwy względnie macicy, wprowadza się krążek sprężynowy do pochwy, złożony (jak na fig. 2) w podobny sposób, jak krążek Hodgego, przyczem, rozwierając szparę sromową palcami lewej ręki, ujmuje się go opierając prawy palec

Fig. 2



wielki na pierścieniu, a prawy wskaziciel i palec środkowy na strzemieniu i ściskając je ku sobie (w kierunku strzałek p. fig. 1). Gdy się krążek już znalazł w pochwie,

Fig. 3.



i gdy wielki palec z pierścienia usuniemy, pierścień zazwyczaj sam się od strzemienia oddala, przyczem krążek przybiera swą zwykłą postać (fig. 1), a skoro to samo nie nastąpi, wtedy należy pierścień wskazicielem lub palcem środkowym od strzemienia oddalić, aby krążek przybrał należytą swą postać (fig. 1). W końcu ująwszy podstawę strzemienia w paluch i wskaziciel prawy zwraca się ją albo ku spojeniu łonowemu albo ku zatoce krzyżowej, zależnie od tego czy więcej tylna, czy przednia ściana pochwy wypada, gdyż tak założony krążek zazwyczaj najkorzystniej podtrzymuje wypadające części.

Dzięki temu, że strzemię opiera się na pochwie, a raczej na mięśniowem dnie *(m. levator ani)* miednicy małej, zachowuje pierścień należyte położenie w pochwie, t. j. leży prostopadle do osi pochwy i podpierając sklepienia pochwy, powstrzymuje zarazem macicę względnie pochwę od wypadnięcia, a sam nie może wypaść. Nieodzownym warunkiem dobrej sprawności krążka jest jednak to, by zbyt łatwo nie dawał się złożyć, w tym przypadku bowiem ucisk pochwy mógłby go złożyć i wywołać jego wypadnięcie. Zadanie to spełniają: stalowy podkład krążka i szczególnie zbudowane zawiasy (fig. 3), które mają złożenie krążka utrudniać. Ponieważ krążek ten sporządzony jest w rozmaitych wielkościach, przyczem tak pierścień, jak i strzemię mogą posiadać rozmaite wymiary, przeto przy odpowiedniej cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i chorej można prawie w każdym przypadku dobrać odpowiedni krążek. Jedynie rzadki wyjątek stanowi wypadnięcie macicy u staruszek, posiadających bardzo szerokie wejście do pochwy i pochwę lejkowatą w następstwie zmian starczych *(colpitis vetularum)*, gdzie krążek ten nie daje się zastosować.

Chcąc krążek z pochwy wydobyć, składa się go poprzednio w pochwie, ujmując wewnętrzny brzeg pierścienia (od strony, w którą strzemię jest zwrócone) wskazicielem i palcem środkowym prawym z jednej, a kciukiem prawym podstawę strzemienia z drugiej strony i ściskając je ku sobie (w kierunku strzałek, fig. 1). Tak wprowadzanie krążka złożonego (fig. 2) do pochwy, jak i wyjmowanie go z pochwy w ten sam sposób jest bardzo łatwe i nie sprawia chorej żadnych przykrości.

Krążek ten zastosowałem już u kilku chorych z bardzo dobrym wynikiem. Jedna z chorych, u której wiele innych krążków zawiodło, nosi go już przeszło 2 lata, ku swemu największemu zadowoleniu.

Jakkolwiek jedynie operacyjne leczenie wypadnięcia macicy lub pochwy uważam za racyonalne, to opierając się na dobrych wynikach, jakie miałem, stosując ten krążek już od dłuższego czasu, uważam sobie za obowiązek krążek mój Szan. Kolegom w przypadkach nie nadających się do zabiegu gorąco polecić, a to tem więcej, że posiada on stanowczą wyższość nad wszystkimi, dotychczas przez rozmaitych autorów podanymi krążkami. Jest przedewszystkiem lekkim, da się łatwo, bez bolu i przykrości dla chorej do pochwy założyć i z pochwy wyjąć, następnie łatwiej przy nim o utrzymanie czystości pochwy, gdyż nie zatrzymuje on tak łatwo, jak krążki z miseczkami lub grubymi pierścieniami wydzieliny pochwowej i macicznej, również nie tak łatwo jak inne sprowadza odleżynę w pochwie, wobec tego, że strzemię opiera się na znacznie szerszej przestrzeni pochwy, niż pręcik, czopek lub maczuga innych krążków. W końcu posiada on jeszcze tę zaletę, że nie przeszkadza przy spółkowaniu, gdy inne je wprost uniemożliwiają.

Aby zapobiedz możliwym złym następstwom noszenia krążka przez długi czas, (jak to w takich wypadkach zwykle bywa koniecznem), zwłaszcza odleżynom, o które przy leczeniu wypadnięcia przy szczególnie silnym ucisku wypadającej pochwy na krążek, nie trudno, trzymam się oddawna pewnych zasad i zachowuję szczególną ostrożność przy dobieraniu krążka, który wymaga szczególnej cierpliwości tak ze strony chorej, jak i lekarza. Po założeniu krążka odpowiedniej wielkości poraz pierwszy, musi chora za jakiś czas (kilka dni) przyjść do powtórnego zbadania, przyczem przekonuję się, czy krążek należycie trzyma, i nigdzie pochwy nie ugniata, ani też zbytnio nie rozciąga. Krążek dobrze dobrany nie powinien oprócz tego sprawiać chorej żadnych dolegliwości; chora nie powinna wogóle odczuwać obecności krążka. Gdy się w końcu przekonam, że odpowiedni krążek został dobrany, otrzymuje chora oprócz ustnego jeszcze wydrukowane pouczenie, które brzmi jak następuje:

Wskazówki dla kobiet noszących krążek.

1) Krążek nosi się tak długo, jak długo lekarz uzna za stosowne (wyjątkowo i kilka lat).

2) Dla zapobieżenia możliwym złym następstwom należy od czasu do czasu (przynajmniej co pół roku) zgłaszać się do lekarza dla kontroli i gruntownego oczyszczenia pochwy i krążka.

3) Natychmiast należy zgłaszać się do lekarza w razie wystąpienia jakichkolwiek dolegliwości w częściach płciowych, czyto bolów, czy utrudnienia w oddawaniu moczu lub stolca, czyto upławów obfitszych lub krwawień i w razie, gdyby krążek sam wypadł.

4) Chora nie powinna sobie sama krążka wyjmować, a tem mniej wkładać go sobie bez pomocy lekarskiej.

5) Każda kobieta, nosząca krążek, powinna się codziennie (z wyjątkiem dni podczas peryodu) przestrzykiwać w leżącej pozycyi pełną koneweczką Hegara, napełnioną wodą przegotowaną, wystałą (ledwie letnią, ewentualnie z dodatkiem lekarstwa[2]), o ile je lekarz przepisze) i uważać na regularne wypróżnienia (moczu i stolca).

6) O ile kobieta nosząca krążek zastępuje w ciążę powinna krążek nosić do końca czwartego miesiąca ciąży, poczem dla wyjęcia go i kontroli zgłosić się do lekarza.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

O bezmoczu odruchowym.

Napisał

Dr Adolf Eugeniusz Klęsk

b. I asystent kliniki.

(Dokończenie).

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy zmiany w nerkach lub nerce są nieznaczne. Każda cząstka miąższu nerkowego ma swe specyalne zadanie, nic też dziwnego, że równowagę tę przez operacyę łatwo zachwiać możemy. Doświadczenie kliniczne poucza nas też, że najłatwiej występuje bezmocz odruchowy właśnie po operacyach w nerkach stosunkowo zdrowych. Langemak w pracy swej: »Über die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrectomie« (Deutsch. Zeitft. f. Chir., 1903) zastanawiał się także nad wpływem obustronnych zabiegów w nerkach na ustrój. Doświadczenia swe podjął, aby się przekonać, czy można po wycięciu jednej nerki robić nacięcie drugiej. Z 55 zwierząt operowanych padło 41. Po wycięciu jednej nerki zauważył Langemak przy następowej nefrotomii drugiej nerki bardzo często tworzenie się złogów (w 32%, co Langemak tłómaczy sobie większem wydzielaniem się soli w pozostałej nerce). Wogóle uważa Langemak zabiegi na obu nerkach za bardzo niebezpieczne. W doświadczeniach moich (na 10 psach) wykonałem u 8 psów obustronne zabiegi na nerkach i to u 6 na jednem posiedzeniu, u 2 dwuczasowo. Psy operowane obustronnie jednoczasowo, padły wszystkie mniej więcej w trzy dni po zabiegu, z wyjątkiem psa Nr 3 (podwiązanie lewego moczowodu, a założenie przetoki prawego). Pies ten padł dopiero po tygodniu, gdy rozwinęło się u niego ropne zapalenie miedniczki nerki działającej. Z psów operowanych dwuczasowo pies Nr 1 przetrzymał oba zabiegi, podobnie pies Nr 8 (por. doświadczenie). Z psów operowanych jednostronnie padł pies Nr 9 wskutek bezmoczu i zakażenia ropnego miedniczki po stronie operowanej. Pamiętać jednak należy, że psy, operowane jednoczasowo obustronnie, miały przed operacyą nerki zdrowe. Jak z tego widać, rokowanie przy równoczesnych operacyach na obu nerkach lub moczowodach, musi być bardzo złe. Natomiast operacye dwuczasowe mogą dać o wiele lepsze wyniki, oczywiście pod warunkiem, że sprawność nerki już operowanej jest stosunkowo jeszcze dobra.

[2]) Przy zapisywaniu lekarstw do przestrzykiwań unikam środków krystalicznych, które łatwo osadzają się na krążku, oskorupiają go, przez co mogą ułatwić powstanie odleżyny. Zapisuję przeto zwykle środki przeciwgnilne płynne.

Krążek wyrabia wyłącznie: H. Reiner, Wiedeń, van Swietengasse 10

W doświadczeniach moich przekonałem się także, że cewnikowanie pęcherza moczowego i jego opróżnienie jest podnietą do wydzielania moczu, natomiast wypełnienie pęcherza wpływa wstrzymująco na wydzielanie moczu. Zjawisko to jest jakby celowe, broni bowiem niejako częściowo ustrój przed zbyt szybkiem i nadmiernem wypełnieniem się pęcherza. Często spostrzegać też można przypadki, w których mimo kilkodniowego zatrzymania moczu, ilość jego, zebrana z pęcherza nie odpowiada tej ilości, jakąby przez ten czas nerki prawidłowo wydzielić powinny, lecz jest znacznie mniejsza. Że wypełnienie pęcherza może działać hamująco na wydzielanie moczu, o tem poucza najlepiej następujące spostrzeżenie z mej prywatnej praktyki:

Porucznik, L. F., zgłosił się do mnie, podając, że przed 4 laty nagle na manewrach, po wielkim wysiłku fizycznym nie mógł przez dobę zupełnie oddać moczu. Potem zaczął oddawać mocz przez 2 następne dni w bardzo skąpej ilości (około 250 grm na dzień). Zgłosił się wtedy do lekarza, przypuszczając, że przyczyną tego jest może zwężenie cewki po przebytym wiewiórze. Cewnik nr 18 wchodził bez trudności, a w krótkim czasie wchodził nawet nr 25. Od tego czasu jednak spostrzegał chory stale, że skoro pęcherz się więcej napełni, n. p. wskutek zapomnienia oddania moczu przy obfitszem piciu, zaraz przez następny dzień lub i kilka dni odchodził mocz, zresztą zupełnie prawidłowo i bez parcia, ale w bardzo skąpej ilości, czasem szklankę na dobę. Chory zgłosił się więc do Dra Kapsammera, który przy badaniu cystoskopem znalazł zupełnie prawidłowe stosunki. Pęcherz o dużej pojemności, w nerkach żadnych zmian stwierdzić nie zdołano. Wobec tego rozpoznał Kapsammer nerwowe cierpienie pęcherza i wyraził zdanie, że wypełnienie pęcherza działa tu odruchowo ujemnie na wydzielanie moczu. Obecnie chory, o ile oddaje mocz często (n. p. 2—3 razy w nocy), nie czuje żadnych dolegliwości. Gdy jednak w nocy zaśpi, a moczu nie odda, zaraz na drugi dzień mocz wydziela się bardzo skąpo, a natomiast poci się chory ogromnie tak, że musi kilka razy zmieniać bieliznę. Pot jest zupełnie bez woni. Kilkakrotne badanie moczu nie stwierdziło żadnych wybitnych zmian.

Dodać należy, że pęcherz opróżnia się zawsze dobrze po oddaniu moczu i zupełnie niema moczu zastoinowego. Z polecenia Dra Kapsammera przechodzić ma chory leczenie wodą, jakoteż używać miesienia wibracyjnego pęcherza. Obecnie chory nauczył się oddawać mocz regularnie w dzień i w nocy, nie ma też dlatego żadnych przypadłości.

Usunięcie pęcherza moczowego lub odcięcie obu moczowodów albo nawet i jednego, wywołuje, krócej lub dłużej trwające zatrzymanie wydzielania moczu. O podobnym przypadku bezmoczu (mimo obfitego podawania płynów) po pęknięciu pęcherzowego końca prawego moczowodu wspomina Hildebrand. Jak wspomnieliśmy przy obustronnem podwiązaniu moczowodów następuje śmierć w kilku (mniej więcej 3) dniach wśród objawów mocznicy. Fakt ten dozwala nam właśnie odróżniać bezmocz prawdziwy odruchowy, od bezmoczu, powstałego na tle mechanicznem. W przypadku bezmoczu mechanicznego, mocz wytwarza się ciągle, choć może w mniejszej ilości, niż zwykle. Wskutek tego rozszerza się miedniczka, a potem i nerki ulegają powiększeniu. Wytwory wymiany materyi nie mogąc wydzielić się z moczem, zbierają się w wielkiej ilości w ustroju i szybko wywołują zatrucie. Inaczej w bezmoczu prawdziwym. Tu nerki nie działają wcale, a szkodliwe wytwory muszą się inną drogą wydostawać z ustroju Bezmocz odruchowy trwać też może, jak widzieliśmy, i kilka tygodni, co przy bezmoczu mechanicznym jest niemożebne.

W doświadczeniach swoich nie mogłem wprawdzie stwierdzić typowego, dłużej trwającego bezmoczu odruchowego, ale często natomiast spostrzegałem wstrzymanie wydzielania moczu w nerce drugiej. Śledzenie sprawy na zwie-

rzętach jest pod tym względem naturalnie bardzo trudne. Trudność ta sprawiała, że musiałem badać wydzielanie moczu drogą przetok, co często znów wiodło do zakażenia dróg moczowych. Mimo to z doświadczeń swoich odniosłem wrażenie, że bezmocz odruchowy stanowczo istnieje. Jest on wprawdzie objawem bardzo niestałym i nieobliczalnym, ale w istnienie jego wątpić nie można. Zahamowanie czynności jednej nerki przy schorzeniu drugiej następuje drogą odruchu układu współczulnego. Zmiany krążenia w jednej nerce odbijają się zaraz na wydzielaniu moczu w drugiej, zaciśnięcie tętnicy lub żyły wywołuje zmniejszenie się wydzielania moczu lub nawet i bezmocz także po stronie przeciwnej. Po podwiązaniu moczowodu wydzielają się z nerki najpierw główne sole, a potem woda. Wzmożenie parcia w jednej nerce, lub silne wypełnienie pęcherza wpływa ujemnie na wydzielanie moczu z nerki drugiej, silne wypełnienie pęcherza może upośledzać wydzielanie moczu z obu nerek. Drażnienie nerwów, zwłaszcza trzewnych, a nawet i obwodowych, wpływa również ujemnie na wydzielanie moczu. W uśpieniu (narkozie) w okresie podniecenia zwiększa się wydzielanie moczu, w okresie tolerancyi zmniejsza. Ból wpływa również ujemnie na czynność wydzielniczą nerek.

Za bezmoczem odruchowym przemawiają: 1) nagłe wystąpienie, często z bolem, 2) brak poprzedniego przewlekłego moczenia skąpego, 3) brak danych, tłómaczących bezmocz nerki drugiej, 4) zupełnie prawidłowa czynność obu nerek przed zasłabnięciem, 5) mimo dłuższego trwania bezmoczu, stosunkowo dobry stan chorego, 6) na pewno wykazalna zmiana w jednej nerce, 7) nagłe ustąpienie bezmoczu, samoistne lub po operacyi.

Sprawa rokowania przy bezmoczu i operacyach nerkowych nie jest wcale prostą. Próby sprawności nerek nie mogą nam dać przy zamierzonych operacyach na nerkach żadnej co do możliwego bezmoczu pewności. Nieraz mimo dodatniego wyniku prób bezmocz po operacyi występuje, a często znów mimo ujemnych prób i mimo widocznych zmian w obu nerkach operować trzeba koniecznie i operuje się z dobrym wynikiem. W tej też myśli wypowiedział Rovsing zdanie: »Jeszcze raz przestrzegam, by nie ufać ślepo próbom oceniania sprawności nerek. Nie operowanie z reguły wtedy, gdy próby wypadną ujemnie, jest korzystne, ale tylko dla chirurga i jego statystyki, nie zaś dla chorych, z których wielka liczba umiera bez pomocy, choć niejeden z nich mógłby żyć, a nawet wyleczyć się«. Na tem stanowisku stoi i klinika krakowska.

Zwykle mamy wskazówki pewne, na której nerce należy operować. W przypadkach niejasnych należy wykonać laparotomię środkową lub odsłonić od lędźwi obie nerki. Przy obustronnej kamicy operuje Kümmell przy kamieniach małych najpierw tę nerkę, która ostatnia przebyła kolkę, przy kamieniach zaś dużych, wypełniających prawie całą miedniczkę, operuje Kümmel nerkę gorszą w tej myśli, by przez ten czas, kiedy nerka operowana przychodzi do siebie, działała za nią nerka zdrowsza. W razie nagłego bezmoczu operuje Kummel po stronie zdrowszej, w przypadkach przewlekłych po gorszej. Drugą nerkę operuje po pierwszej w 6 do 8 tygodni. Te zapatrywania Kümmlla oparte są na rozległem doświadczeniu klinicznem; nie mogą jednak szablonowo obowiązywać, bo nie zawsze możemy przy obustronnych zmianach w nerkach ocenić nawet jeszcze przy operacyi, która właściwie nerka jest lepsza, a która gorsza. W razie poważnych zmian w obu nerkach należy przedewszystkiem operować nerkę gorszą, a na zdrowszej ograniczyć się do najmniejszego, ile możności, zabiegu, n. p. do zepchnięcia kamienia, nacięcia ropnia i t. p. Operacya na nerce stosunkowo zdrowej jest bardzo niebezpieczna ze względu na możliwość wystąpienia bezmoczu. Zwolna występujące obustronne zmiany w nerkach nie przedstawiają w zasadzie większego niebezpieczeństwa bezmoczu, niż szybko powstała zmiana jednostronna. Nawet wycięcie jednej nerki, a nacięcie drugiej z powodu zmian przewlekłych jest zabiegiem dozwolonym. Zupełne zniszczenie nerki uprawnia do wycięcia jej mimo stwierdzonych i po stronie drugiej zmian. Najgorsze rokowanie co do bezmoczu daje operacya nagła na nerce stosunkowo zdrowej, zwłaszcza, jeżeli po stronie drugiej stosunki nie są zupełnie prawidłowe i istnieje zmiana w miąższu nerki lub zakażenie miedniczki.

Odruch nerkowy wywołać może w drugiej nerce nietylko zmniejszenie się wydzielania lub bezmocz, ale także i obfitsze wydzielanie się moczu. Wspominaliśmy już o tem, omawiając wpływ zakładania podwiązki na moczowód i wpływ jej usuwania. Klinicznie takie obfite wydzielanie się moczu spostrzegamy często po ustąpieniu bezmoczu, powstałego n. p. po zatkaniu lub skręceniu moczowodu po jednej stronie. Odruchowem jest też wzmożone wydzielanie się moczu *(polyuria)*, występujące w nerce, pozostałej po wycięciu chorej. Nie jest to wyrazem przerostu pozostałej nerki, zjawia się bowiem bardzo wcześnie, a więc wtedy, gdy przerost nie miał jeszcze czasu się wytworzyć. Ilość wydzielanego moczu przewyższać może przytem przypuszczalną ilość moczu z obu nerek razem.

Doświadczenia.

1. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 500 gm, bez zmian. Dnia 25. XI. w uśpieniu eterowem odsłonięto moczowód lewy i wszyto do kąta rany. Mocz wydobywa się kroplami przez wsunięty cewnik. Po operacyi przez dobę pies sam moczu nie oddaje. Cewnikowanie pęcherza: wydobyto około 30,0 gm moczu. Rada zgoiła się z pozostawieniem przetoki moczowodowej. W miesiąc po tem cewnikowanie przetoki moczowodowej. Po wsunięciu cewnika wypłynęło około 2 gm moczu z miedniczki, poczem przez 5 minut mocz nie wypływał, dopiero potem zaczął się wydobywać stopniowo tak, że w ciągu 15 minut wypłynęło 11 gm moczu, co odpowiadałoby ilości 936 gm z jednej nerki na dobę (a więc wybitna polyuria).

Doświadczenie to pouczyło nas, że zabieg na moczowodzie i założenie przetoki wpłynęło ujemnie na czynność drugiej nerki, która przez dobę wydzieliła zaledwie 30,0 gm moczu[4]). Cewnikowanie moczowodu z rany wpływa z początku ujemnie na wydzielanie moczu, poczem następuje wybitna polyuria.

26. XII. Odsłonięto nerw kulszowy lewy i drażniono go elektrycznie. Mocz z cewnika przestaje się wydobywać, po ustaniu jednak drażnienia zaczyna powoli znowu odpływać. Podobne zjawisko i przy drażnieniu prawego nerwu.

2. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 500 gm. 28. XI. Odsłonięcie prawego moczowodu i wszycie jego w kąt rany skórnej. Wytwarza się przetoka moczowodowa. — 21. XII. Wydobyto z pęcherza 90 gm moczu. Równocześnie założono cewnik do przetoki moczowodowej. Laparotomia. Cewnik tkwi ciągle w prawym moczowodzie; z niego wypływa miarowo mocz. Przy manipulacyach na lewym moczowodzie zaczyna mocz coraz powolniej kapać z cewnika, a nawet w końcu ustaje wypływać. Wszycie moczowodu lewego w drugi kąt rany. Przy operacyi przekonano się, że nerka prawa jest większa od lewej.

[4]) Moczowody otwierano zwykle mniej więcej w połowie długości. Dolny odcinek (pęcherzowy) w razie przecięcia zaszywano na ślepo.

22. XII. O ile to było możebne, zebrano cewnikiem, założonym na stałe do przetoki prawego moczowodu w ciągu doby około 180 gm moczu, zawierającego ślad białka. Ilość ta odpowiada mniej więcej wydzielaniu prawidłowemu, zwłaszcza, że przyjąć trzeba, iż obliczenie to z powodu trudności technicznych jest za nizkie. — 23. XII. Otwarto lewy moczowód, wszyty w kąt rany i wydobyto cewnikiem około 6 gm moczu mętnego o oddziaływaniu kwaśnem, zawierającego 2‰ białka, ciałka krwi czerwone i białe obficie, kryształki szczawianów i skąpe nabłonki.

Doświadczenie to poucza, że nagłe zamknięcie przeciętego moczowodu i umocowanie jego w powłokach skórnych, wywołało zastój w wydzielaniu moczu (6 gm), który wydzielił się ze składnikami chorobowymi (ciałka krwi, białko). W przypadku tym druga nerka nie była zdrowa (powiększenie jej, ślad białka). Jednakże mimo zabiegu na drugiej nerce ilość moczu pozostała prawidłowa.

3. Pies duży. Ilość dzienna moczu 700 gm. 2. XII. Moczowód lewy podwiązano w ciągłości, prawy przecięto i wszyto w powłoki brzuszne. 3. XII. Bezmocz zupełny z nerki prawej. 4. XII. Zupełny bezmocz. 9. XII. Drgawki. Śmierć.

Sekcya: Nerka lewa nieco większa, niż prawa zawiera w rozszerzonej miedniczce około 10 gm moczu mętnego, zawierającego białko i ciałka krwi. Zapalenie miedniczki nerki prawej.

Bezmocz w pierwszych dniach mógł pochodzić z odruchowego zatrzymania moczu, następnie zaś nie można było o tem mówić, gdyż wystąpiły zmiany zapalne.

4. Suka średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 550 gm. 18. XII. Tuż ponad pęcherzem odpreparowano oba moczowody. Po przecięciu prawego dobywa się z niego kroplami miarowo mocz. Podwiązano przecięty moczowód, poczem nacięto lewy i wsunięto do niego cewnik. Mocz wydzielał się, lecz tylko krótką chwilę, poczem wydzielanie ustało tak, że przez 20 minut nic się nie wydzieliło. Po 20 minutach czekania wstrzyknięto do miedniczki lewej przez moczowód około 8 gm wody jałowej, moczowód zawiązano i zapuszczono do jamy brzusznej. Po zdjęciu podwiązki z moczowodu prawego (za 35 minut) wydobyto zaledwo 1 gm moczu. Wszycie moczowodu w ranę skórną na ślepo. 19. XII. Otwarto moczowód prawy w ranie i wydobyto 12 gm moczu mętnego, barwy bursztynowej o oddziaływaniu kwaśnem; ślad białka, mikroskopowe ciałka krwi czerwone, nabłonki, szczawiany. Mocz po otwarciu wydobywał się kroplami miarowo w ilości około 450 gm na dobę (polyuria następowa).

Z doświadczenia tego wynika, co następuje: Nagłe podwiązanie moczowodu może zatrzymać w zupełności wydzielanie moczu z nerki zdrowej. Zawiązanie moczowodu po wstrzyknięciu płynu w ilości, wypełniającej zupełnie miedniczkę, działa ujemnie na wydzielanie moczu drugiej nerki. Usunięcie zaś tej przeszkody działa moczopędnie na drugą nerkę.

20. XII. Z prawego moczowodu wydobyto cewnikiem w 15 minut 11 gm moczu (oddziaływanie obojętne, ciałka białe, czerwone, liczne nabłonki nerkowe, szczawiany, białka 1‰ Esbach). Wieczorem suka nieprzytomna, w nocy śmierć.

Sekcya: Nerka prawa powiększona o $^1/_3$. W miedniczce prawej 5 gm. moczu mętnego. (Wynik badania jak wyżej). Nerka lewa (podwiązana, do której wstrzyknięto 8,0 płynu), zawiera około 15,0 moczu gęstego, zawierającego szczawiany, ciałka krwi białe i czerwone, białka 2‰.

5. Pies mały. Ilość dzienna moczu 450 gm. 2. I. Wszycie równoczesne na jednem posiedzeniu obu moczowodów w powłoki. 4. I. Otwarto moczowody i wydobyto z prawego 12 gm moczu, z lewego zaledwo kilka kropel. 6. I. Śmierć. W prawej miedniczce nerkowej 15 gm moczu krwawego.

6. Pies mały. Ilość dzienna moczu 500 gm. Założono do obu moczowodów cewniki. Mocz po wahaniach w wydzielaniu zaczął się dobywać kroplami. Wycięcie pęcherza moczowego. Wydzielanie moczu zaraz ustało. Pies zginął przy operacyi.

7. Pies średniej wielkości; ilość dzienna moczu 500 gm. 13. II. Laparotomia. Podwiązano oba moczowody i wszyto w dolny kąt rany skórnej. 16. II. Pies wychudł znacznie. Nie chce nic pić, w nocy padł.

Sekcya: Nerka prawa w dwójnasób powiększona, liczne zrosty z otoczeniem. W miedniczce 10 gm moczu ropiasto-krwawego, zawierającego białko, ciała ropne i kryształki soli. Nerka lewa prawidłowej wielkości, miedniczka zawiera około 15 gm treści takiej samej, jak prawa.

8. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu 500 gm. 18. II. Założono jak zwykle przetokę moczowodu lewego. 15. III. Laparatomia: przy równoczesnem założeniu cewnika do przetoki i śledzeniu wydzielanie moczu. Podniecenie przy narkozie wywołuje szybsze wydzielanie się moczu, natomiast w okresie tolerancyi wydzielanie moczu zmniejsza się. W półuśpieniu przy cięciu powłok wydzielanie moczu zmniejsza się, a nawet czasem ustaje zupełnie. Rozcięcie jamy brzusznej. W przetoce założonej z boku tkwi ciągle cewnik. Odszukanie prawej nerki, podciągnięcie jej do rany. Wszelkie manipulacye z moczowodem prawym, jak zaciśnięcie, skręcanie jego szczególnie w okolicy miedniczki objawia się ustawaniem wydzielanie moczu z przetoki moczowodowej lewej.

9. Pies średniej wielkości; ilość dzienna moczu 480 gm. 25. V. Wypreparowano moczowód prawy i włożono do niego cewnik. Mocz odpływa miarowo kroplami. Drażnienie prądem przerywanym moczowodu lewego, pęcherza i prącia wywołuje zwiększenie wydzielania się moczu z nerki prawej. Natomiast drażnienie nerwów i naczyń nerki prawej wywołuje zwolnienie lub nawet i czasowe ustawanie wydzielania moczu, po odjęciu zaś elektrody wydzielanie moczu znowu się zwiększa. Nagłe skręcenie całej szypuły nerki lewej wywołuje wstrzymanie wydzielania moczu, po odkręceniu zaś (chwilowem) wydziela się mocz obficiej i dalsze skręcania nie wpływają już wybitniej na wydzielanie się moczu. Zaciśnięcie żyły głównej lub naczyń nerki (po stronie lewej) wstrzymuje odpływ moczu z nerki drugiej. Zaszycie rany z pozostawieniem przetoki. 26. V. Z przetoki nie dobywa się prawie nic. Pies leży spokojnie. 28. V. Śmierć. Pęcherz moczowy całkiem pusty, podobnie miedniczka nerkowa lewa, w prawej stwierdzono zapalenie.

10. Pies ten sam. co w doświadczeniu pierwszem. 20. I. Do przetoki włożono cewnik. Cewnikowanie pęcherza moczowego i wszelkie manipulacye koło prącia wywołują znaczne przyśpieszenie wydzielania moczu. Wypełnienie pęcherza moczowego płynem wywołuje zwolnienie wydzielania moczu, w miarę zaś opróżnienia pęcherza wydzielanie moczu znowu się zwiększa. Laparatomie: Odszukanie nerki prawej. Skręcanie nerki nie wywiera wybitnego wpływu na wydzielanie moczu, natomiast zaciśnięcie tętnicy nerkowej wywołuje ustanie wydzielania moczu z nerki przeciwnej; po ustaniu ucisku wydzielanie moczu wraca dość szybko do stanu prawidłowego. Powolne skręcanie moczowodu nie wywołuje wielkich zmian, natomiast nagłe wywołuje również zahamowanie wydzielanie moczu z nerki przeciwnej.

11. W uśpieniu eterowem cięcie w linii środkowej brzucha. Odpreparowanie moczowodu prawego i wprowadzenie do niego cewnika. Mocz dobywa się kroplami po chwilowej przerwie, która nastąpiła bezpośrednio po wprowadzeniu cewnika. Wycięcie nerki lewej. Wśród tego wydzielanie moczu z cewnika zupełnie ustało. Przez dzień nie udało się nazbierać z przetoki moczu. Trzeciego dnia pies zdechł wśród objawów zapadu i silnych wymiotów. Przy sekcyi znaleziono nerkę prawą powiększoną. W miedniczce około 15 gm moczu jasnego.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hosemann. **Czy postępowanie podług Müllera nadaje się do odróżniania ropy gorącej od gruźliczej zapomocą odczynnika Millona?** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 39). Próba Müllera, jak wiadomo, polega na tem, że kropla ropy »zimnej« gruźliczej krzepnie zaraz w odczynniku Millona w postaci twardej, niedającej się rozbić kulki, ropa zaś »gorąca« albo rozpływa się, lub tworzy kulkę, dającą się łatwo rozgnieść. Ta zdolność krzepnięcia zależy od zaczynu, zawartego w ciałkach wielojądrzastych, który przeszkadza krzepnięciu; ropa gruźlicza zaś go nie zawiera chyba, że pochodzi ona z zakażenia mieszanego, lub też, że ropień leczony był przedtem jodoformem i wskutek tego zawiera także ciałka wielojądrzaste. Próby kontrolne H., przeprowadzone na 66 ropach, przekonały go, że odczyn Müllera jest bardzo cennym czynnikiem rozpoznawczym, ropa musi być jednak płynną i nie zawierać włóknika, ani krwi, innych wysięków w większej ilości, ani mazi stawowej. Odczyn wymaga czasem kilka minut czasu, nim kulka się utworzy. Jeżeli domiesza się do ropy gorącej krew lub maź stawowa, kropla krzepnie, jak ropa »zimna«. Czerwone zabarwienie odczynnika, które według Müllera zjawiać się ma przy gorącej ropie, występuje rzadko i nietypowo, a często dopiero po 15 minutach, ale przy ropie gruźliczej nie występuje nigdy. Próba Müllera nadaje się bardzo dla lekarza w godzinie ordynacyjnej, bo wykonanie

jej jest bardzo proste i może w ogólnych zarysach zastąpić w wątpliwych przypadkach badanie bakteryologiczne, a wygodna jest o tyle, że może ją n. p. wśród operacyi wykonać przy lekarzu nawet laik. Należy jednak zawsze pamiętać o możliwych pomyłkach, o których wyżej wspomniano. *K.*

Prof. Rovsing. **O pewności drobnowidowego rozpoznania nowotworów, jako podstawy zabiegów chirurgicznych.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). Nauka Virchowa o nowotworach stać się zdawała na zupełnie pewnych podstawach, a podział nowotworów na nabłonkowe i tkanki łącznej z typem łagodnym lub złośliwym, znalazł uznanie u wszystkich do tego stopnia, że rozpoznanie drobnowidowe stało się dla każdego chirurga potrzebą i wskaźnikiem, kierującym niejako jego ręką. A jednak każdy, kto ma większe kliniczne doświadczenie, przyzna, jak często to rozpoznanie stawia nas w kłopotliwem położeniu, bo nieraz w przeciwieństwie do objawów klinicznych, wykrywa ono nowotwór złośliwy tam, gdzie go się wcale nie spodziewamy, i naodwrót wyłącza go tam, gdzie wszelkie kliniczne dane za nowotworem złośliwym przemawiają. Pierwsze wątpliwości co do pewności drobnowidowego badania wzbudziły w R. przypadki nowotworów pęcherza i nerek. Te same nowotwory nerkowe nazywają jedni mięsakami, drudzy rakami, a trzeci śródbłoniakami. Nieraz zdarzyło się R., że rozpoznane przez anatomo-patologów »łagodne« brodawczaki pęcherza zachowywały się w przebiegu klinicznym jak raki, podobnie też nowotwory odbytnicy. Na to mógłby ktoś powiedzieć: Przecież zupełnie jest możliwe, że nowotwór aż do operacyi był łagodny, a dopiero potem zmienił charakter, lub też miejsce wycięte do badania pochodziło z nowotworu łagodnego, a były już i inne o przeobrażeniu złośliwem, na które nie trafiliśmy. To uspokaja jednak może nasze sumienie, ale nie usprawiedliwia nas przed chorymi, ani też nie może wzmocnić zaufania do pewności badania drobnowidowego. O ileż jeszcze mniejszą wartość mają badania n. p. wyskrobanych cząstek, gdzie nie można nieraz spotkać granicy przejścia tkanki zdrowej w chorą. Ileż to razy usunięto dlatego macicę, a potem przy badaniu całego narządu nie znaleziono ani śladu raka, a ileż znowu razy po »wyskrobaniu« nowotworu złośliwego znikł on potem bez śladu. Ileż wreszcie razy zalecamy chorym odjęcie kończyny z powodu tego, że badanie drobnowidowe stwierdziło nowotwór złośliwy; chory na szczęście nie zgadza się na zabieg i po paru latach spotykamy go zupełnie zdrowego. A czyż chlubne wyniki doszczętnej operacyi nowotworów nie polegają nieraz na takich okolicznościach? Zwłaszcza rozpoznawanie drobnowidowe mięsaków bardzo często wywołać może grube pomyłki, bo nieraz obraz mięsaka niewiele różni się od obrazu n. p. kiłowych guzów ziarninowych, nacieków okrągłokomórkowych, n. p. przy zapaleniu okostnej, szpiku kostnego i t. p. Tych wątpliwości nie znają lekarze praktyczni. Oni wierzą ślepo w prawdę nauki i rozpoznanie anatomo-patologa zbije zaraz ich rozpoznanie pierwotne, choćby było ono oparte na najjaśniejszym i najpewniejszym obrazie klinicznym. Że tak jest, doświadczył w swej praktyce R. nieraz, a żywo tkwią mu w pamięci 2 przypadki zapalenia szpiku kostnego uda, które anatomo-patolodzy drobnowidowo rozpoznali jako mięsaki. Chorym zaproponowano odjęcie nogi. Na szczęście nie zgodzili się oni na to, a w pewien czas dokonane przez R. badanie promieniami Röntgena wykryło typowe martwaki, co też operacya i przebieg potwierdziły. Raz też wydarzyło się R., że wyciął guz z żołądka, bo sprawiał wrażenie mięsaka. Badanie drobnowidowe, wykonane przez jednego z wybitnych zawodowców, stwierdziło nowotwór »łagodny«, wobec czego R. przedstawił nowotwór ten na posiedzeniu Tow. lek. jako łudząco przypominający mięsaka. Kilku kolegów zabrało też cząstki do badania i potwierdziło zdanie pierwszego badacza, natomiast jeden znalazł w swoim kawałku typowy nowotwór złośliwy. Tak jednak skrupulatnie nie można badać zawsze, zwłaszcza, że wycięcie próbne guza nie jest, (o ile on jest złośliwy), obojętne dla następowego przebiegu i zabiegu, a nieraz rozsiewa guz dalej. Badanie drobnowidowe powinno być jedynie czynnikiem pomocniczym, a nie zasadniczym i nigdy nie powinniśmy zapominać wobec niego o przebiegu choroby, obrazie klinicznym i innych sposobach badania. *K.*

Hartung. **Podchloryn sodowy jako środek odkażający.** (*Mediz. Klinik,* 1908, Nr 39). H. zwraca uwagę na podchloryn sodowy jako wcale skuteczny, a zapomniany środek odkażający do leczenia zakażonych ran i wrzodów. Stosował go H. w rozczynie (zawartość chloru 0,5%) przy ranach bnudnych, przy przewlekłych zapaleniach szpiku kostnego, wrzodziejących rakach i przetokach po wycięciu żebra z powodu ropniaków opłucnej z bardzo dobrym skutkiem, podobnie przy trudnych do gojenia ranach kąsanych i róży. Zwłaszcza nadaje się podchloryn sodowy do niszczenia prątka ropy błękitnej na ranach. Środek ten nie jest wcale trujący. *K.*

Krajča. **W sprawie pokrywania nabłonkiem powierzchni ziarninowych przy pomocy maści szkarłatowej.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). W r. 1906 zwrócił Fischer uwagę na okoliczność, że czerwień szkarłatowa pobudza bardzo bujanie nabłonka. Praktycznie wyzyskał to Schmieden, stosując 8% maść szkarłatową przy pokrywaniu się nabłonkiem powierzchni ziarninowych. Doświadczenia K. z tą maścią popierają w zupełności powyższe twierdzenia. K. stosował także 8% maść, tylko z tą różnicą, że używał jej naprzemian po 24 godzin ze zwykłą maścią borową, a to dlatego, że maść ta czasem za silnie drażni skórę. Wyniki bardzo dobre. Zwłaszcza skuteczną okazała się ta maść w połączeniu z przeszczepianiem nabłonka podług Thierscha, które wykonuje się najpierw, a w 4 dni później stosuje się maść. Miejsc leczonych nie należy pokrywać z wierzchu ceratką, jak to radził Schmieden, bo działanie wtedy jest zbyt drażniące. Maść sporządza się w ten sposób, że czerwień szkarłatową rozpuszcza się w oleju chloroformowym i rozciera dopóty, aż chloroform wyparuje, poczem miesza się z waseliną. Maść ta nadaje się także bardzo dobrze do przyspieszenia pokrywania się nabłonkiem jam po operacyi na wyrostku sutkowym. *K.*

Prof. Hopmann. **Obawa przed operacyą migdałków.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). O ile dawniej wycinano migdałki bez skrupułu, o tyle obecnie odezwały się głosy przeciwko temu zabiegowi, podnosząc, że: 1) migdałki są niewinnym narządem, a brak ich więcej może zaszkodzić, niż pomódz, 2) zabieg nie pomaga wcale, a jest niebezpieczny ze względu na uśpienie i możliwy krwotok, 3) usuwanie ewentualne całych migdałków jest zbyteczne, bo osiąga się ten sam cel przez pomniejszenie częściowe migdałków, lub i inne sposoby lecznicze. H. zbija po kolei te twierdzenia. I tak po pierwsze usuwa się migdałki nie dlatego, że są n. p. duże, lecz tylko wtedy, gdy są one źródłem zakażenia, gdy wywołują mechaniczne zaburzenia oddechu, mowy, słuchu, połykania i t. p. Usunięcie migdałka chorego nie może szkodzić, bo wprawdzie migdałki są potrzebne, ale migdałki zdrowe. Prócz tego pozostaje zawsze w gardle nawet po najdoszczętniejszym zabiegu jeszcze dość tkanki limfatycznej. Operacya napewno pomoże, ale też należy ją wykonać doszczętnie, a nie częściowo, jak to najczęściej bywa. Migdałki podniebienne należy usunąć doszczętnie. Należy naturalnie uważać, by nie ranić łuków tak ze względu na krwawienie, jak ze względu na późniejsze trudności połykowe. Przy doszczętnym zabiegu konieczne jest uśpienie. Obawy krwotoku są przesadzone. O zranieniu tętnicy szyjnej wewnętrznej i mowy nie ma; wyjątkowo przytykać może do migdałka jakaś inna rozszerzona tętnica, co daje się przedtem zawsze palcem po tętnieniu stwierdzić. Migdałki podniebienne należy o ile możności wyłuszczać zakrzywionemi nożyczkami, których zewnętrzne brzegi są zaostrzone. Tak samo doszczętnie postępować należy z migdałkiem gardłowym i językowym. Wszelkie zabiegi częściowe, przypalania i t. p. nie prowadzą nigdy do celu. Operować należy dzieci o ile możności najwcześniej, na jednem posiedzeniu. Doświadczenie swe opiera H. na przeszło 300 podobnych zabiegach. *K.*

Warnekros. **Etyologia rozszczepu podniebienia.** (*Pos. Tow. lek. Lipsk*, 14. VIII.). Badania W. przemawiają za tem, że za przyczynę rozszczepu podniebienia uważać należy nadliczbowe zęby, a nie niezrośnięcie się szczęk górnych z kością śródszczękową (Goethe). Dowodzą tego prawie zawsze znajdowane przez anatomów nadliczbowe zęby przy rozszczepie, a nawet przy wardze zajęczej i występowanie nadliczbowych zębów u rodzeństwa chorych w tych rodzinach, w których występuje rozszczep. W. obmyślił obturatory podniebienne, które są znacznie mniejsze, niż dotychczas używane. Stosuje się je już nawet u noworodków. *K.*

Leischner. **Pooperacyjne uszkodzenia strun głosowych po wyjęciu wola i ich późniejszy los.** (*Mitteil. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir.*, tom 19, zesz. II). Porażenia strun głosowych, powstałe przez przecięcie nerwu lub wzięcie w podwiązkę, nie znikają anatomicznie, a jedynie głos poprawia się, o ile uszkodzenie jest jednostronne. Jedynie uszkodzenia nerwu zwrotnego na innem tle mogą z czasem znikać. Rokować trzeba ostrożnie, bo jedynie lekkie niedowłady ulegają wybitnej poprawie. *K.*

Schnitzler. **Typowo sadowiący się przerzut raka żołądka.** (*Mitteil. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir.*, tom 19, zesz. II). Rak żołądka daje często typowy przerzut w zaułku Douglasa.

Nieraz przerzut ten zwraca wywoływaniem dolegliwości pierwej na siebie uwagę, niż główne siedlisko, a przy badaniu może być mylnie uznany za cierpienie pierwotne. Cechuje przerzut ten położenie powyżej sterczu nieruchomość i brak zajęcia błony śluzowej odbytnicy. *K.*

Dressmann. **Rozpoznanie i leczenie zapaleń trzustki.** (*Mediz. Klinik*, 1908, Nr 38—40). Rozpoznanie chorób trzustki należało dotąd do bardzo trudnych, a nawet patologia tych cierpień niezbyt dobrze była znana. Rozróżniamy zapalenia ostre, podostre i przewlekłe, dalej zakaźne i jałowe. D. zajmuje się najpierw sprawą ostrego zapalenia z jego objawami. Choroba ta występuje zwykle u osób tęgich, które nadużywają wyskoku, po kilku wstępnych napadach kolki nagle wśród silnych bolów, usadowionych w dołku i rozpromieniających się ku grzbietowi w stronę lewą. Tętno rychło przyspiesza się, gdy ciepłota pozostaje prawidłowa lub mało co się podnosi. Zjawiają się wymioty, wzdęcie górnych części brzucha i zatrzymanie stolca lub wiatrów. Wyraz twarzy chorego wskazuje na ciężkie schorzenie. W bardzo ostrych przypadkach następuje śmierć 1—4. dnia, w lżejszych ewentualnie ognisko zapalne otorbia się i wytwarza się ropień. Bole nie występują napadami, lecz trwają ciągle, zwiększając się zwykle w 1—2 godzin po posiłku (przekrwienie trawienne trzustki). W wymiotach przeważa żółć. Czkawka każe źle rokować. Chory aż do ostatniej chwili jest przytomny. Zwykle towarzyszy cierpieniu silne pragnienie, nieraz ślinotok. Skóra wybitnie blada, na kończynach dolnych zjawiają się obrzęki. Mimo wzdęcia brzucha nie ma napięcia powłok. Przez wysokie lewatywy wywołać można odejście wiatrów i stolca. — W cierpieniach przewlekłych trzustki występują biegunki, zwłaszcza po spożyciu pokarmów tłustych (masła). Guz wymacać się nie daje. W stolcu spotyka się czasem tłuszcz, zwłaszcza w postaciach więcej przewlekłych, a często niestrawione włókna mięsne. Inne zmiany są niestałe i nie typowe, n. p. cukromocz, który zjawia się rzadko i przejściowo. Upośledzone trawienie wywołuje w postaciach przewlekłych wychudzenie bardzo szybko postępujące. Bole zjawiają się tu napadami w postaci kolek. Ostre zejście śmiertelne wywołuje zatrucie wydzielinami trzustki. Leczenie zachowawcze rzadko wiedzie do celu (12% wyzdrowień), a polega na płukaniu żołądka, lewatywach i podawaniu olejku rącznikowego. Czasem utworzony ropień pęka do jelita i następuje samowyleczenie. — Kto wie, czy w przyszłości w uodpornianiu ustroju trypsyną nie znajdziemy dzielnego środka leczniczego przy chorobach trzustki. Według dawnego zapatrywania operacya przyspieszać ma zejście śmiertelne. Tak nie jest, owszem liczba wyzdrowień u operowanych podniosła się do 45%. Oczywiście w przypadkach ciężkich o przebiegu bardzo szybkim nie ma już po co operować chorych pod koniec prawie życia. Operacya przy ostrem cierpieniu trzustki polega właściwie tylko na stworzeniu swobodnego odpływu wydzielin poza obręb jamy brzusznej. Najlepiej też prowadzić cięcie w linii środkowej nad pępkiem, albo też, gdy się czuje guz lub istnieje tam największa bolesność, nieco na lewo od linii środkowej. Do trzustki dochodzi się najlepiej przez torbę sieciową po przedzieleniu więzadła żołądkowo-okrężniczego. Rzadko okazuje się potrzeba założenia drugiego sączka od tyłu, w razie, jeżeli tam ropa się opuszcza. Ocenić przy operacyi, czy trzustka jest chora, jest czasem bardzo trudno. Zwykle spotyka się krwawy wysięk i ten w razie braku zmian w jelitach uprawnia do otwarcia torby. W razie schorzenia trzustki, znalezionego przy operacyi, polecają niektórzy nacięcia gruczołu. D. odrzuca to postępowanie, bo zwykle tam, gdzie zmiany są poważne, spotykamy i tak przeżarcia, a nacięcia wywoływać mogą bardzo ciężkie krwotoki. Według D. wystarcza zupełnie tamponada powierzchni gruczołu. Oczywiście, jeżeli przypuszcza się obecność ropy, należy wykonać próbne nakłucie. Tampony ułożyć należy tak, by łatwo je można zmieniać, bo wydzielina bywa zwykle bardzo obfita, nieraz do litra dziennie. Operacya trwać powinna, ze względu na silny upadek sił chorego, jak najkrócej. D. nie poleca też żadnych płukań otrzewnej. O ile możności powinno się przy sposobności zbadać i drogi żółciowe, bo często i tam spotyka się powikłania. Przed i po operacyi celem zapobieżenia krwawieniu można podług Robsona zastosować lewatywy 3 razy dziennie z 2,0—4,0 gm chlorku wapnia. Ewentualnie pozostałą przetokę leczymy jodyną i dyetą podług Wohlgemutha (podawanie białka, tłuszczów i sody, a unikanie węglowodanów i kwasu solnego). Kiedy należy operować w ostrym stanie? O ile możności prędko, a jedynie odczekiwać można w okresach podostrych, gdzie przypuszczamy, że ropień się tworzy. W postaciach przewlekłych leczymy natomiast zachowawczo, dyetetycznie i przetworami trzustki, a przystępujemy do zabiegu w razie, jeżeli wystąpią silne bole, lub też, jeżeli wychudzenie stale się zwiększa, albo też, jeżeli zjawią się powikłania ze strony wątroby, żołądka i t. p. Bardzo często przewlekłe te cierpienia rozpoznaje się jako raka trzustki. Guz powiększający się, lub też duży, niezmniejszający się, nakłania oczywiście także do operacyi. *K.*

Strauss. **Jodoformowe zapalenie otrzewnej.** (*Pos. Tow. lek. Norymberga*, 2. VIII.). Na podstawie spostrzeganego przypadku i doświadczeń na zwierzętach twierdzi S., że jodoform, używany czasem jako zasypka w jamie brzusznej, wywołać może zapalenie, cechujące się zlepami jelit. Zlepy te zwykle ustępują z czasem. Objawów zatrucia zwykle przy tem nie ma. *K.*

Brüning. **Zapalenie wyrostka robaczkowego po urazie.** (*Arch. f. klin. Chir.*, tom 86, zesz. 4). 1—2% zapaleń wyrostka pozostaje w związku z urazem. Uraz uważać można tylko wtedy za przyczynę ostrego powstania choroby, gdy wyrostek przedtem nie był całkiem zdrowy, co w obecnych czasach jest rzeczą bardzo częstą. Zwłaszcza kamienie kałowe odgrywają tu ważną rolę, bo w 75,8% urazowych zapaleń znajdowano właśnie kamienie. Wypadku zapalenia zupełnie przedtem zdrowego wyrostka wskutek urazu, nie można jednak zupełnie odrzucić. Wszystkie tak zwane urazowe zapalenia przebiegają, rzecz dziwna, zwykle bardzo ciężko i dają wysoki odsetek śmiertelności, bo prawie 55,8%. *K.*

Lenz. **Zgorzelinowy wrzód dolnych kończyn u wschodnio-afrykańskich krajowców.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 39). Wrzód goleni, tak częsty w Afryce u krajowców, ma zupełnie inne tło i przebieg, niż u nas. Występuje on zawsze w następstwie urazów, lub też zanieczyszczeń po ukąszeniu przez t. zw. pchłę piaskową. Cierpienie to cechuje przedewszystkiem wstrętny odór rany i dążność do szerzenia się naokoło i w głąb. W krótkim czasie niszczy wrzód ten skórę, ścięgna, mięśnie, naczynia, a nawet kości. W ropie znajdował L. stale prątki, z kształtu podobne do gruźliczych. Są one bardzo ruchliwe, ustawiają się po dwa razem lub tworzą długie nitki. Przypominają one prątki, opisane już przez Vincenta. Leczenie wrzodu jest ściśle chirurgiczne i to bardzo doszczętne, prócz tego jodoform oddaje tu dobre usługi. L. używał wypalania przyrządem Paquelina. Gojenie potem postępuje bardzo szybko. Nie leczony wrzód wiedzie w końcu zawsze do wyniszczenia i śmierci. Choroba ta jest tak częsta, że stanowi prawie 10% chorób w poliklinikach miejscowych. *K.*

Köhler. **O częstem a dotąd zdaje się nieznanem schorzeniu pojedynczych kości u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 37). Cierpienie, które opisuje K., a które spotkał w 3 przypadkach u dzieci między 5—9. rokiem życia, cechuje silna bolesność w środkowej części grzbietu stopy, głównie w okolicy kości łódkowatej. Bole występują także samorodnie w nocy. Prócz tego podobne bole występować mogą i w okolicy rzepki. Chorobę rozpoznać można jedynie zapomocą promieni Röntgena, które wykrywają wtedy obraz typowy. Kość łódkowata jest o $^1/_4$—$^1/_2$ mniejsza od prawidłowej, zwężona, o zarysach zamazanych. Części gąbczastej nie można odróżnić od korowej i wogóle budowa kości jest niewyraźna. Natomiast cień zwężonej kości jest bardzo silny, co dowodzi większej zawartości wapna. Podobne zupełnie zmiany spotyka się i w rzepce. Choroba ta trwa 2—3 lat i ustępuje bez śladu, co i promieniami Röntgena daje się stwierdzić. Przyczyna i tło choroby są nieznane. Ciekawą jest rzeczą, że choroba ta występuje zwykle symetrycznie i to głównie we wspomnianych kościach. Recklinghausen co do tej sprawy zauważył tylko, że właśnie te kości najpóźniej dostają jądro kostne. Gruźlicę, krzywicę, obrzęk śluzowaty i mongolizm dało się zupełnie wyłączyć, jak również uraz, zapalenie szpiku, kiłę i zmięknienie kości. *K.*

Higiena.

Krauss. **Stosunki zdrowotne w niemieckiej wschodniej Afryce.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 37). Prowincye niemieckie Afryki liczą 10 milionów mieszkańców. Do klimatu przyzwyczajają się biali bardzo szybko. Ciepłota średnia w cieniu 17—30°, w słońcu 40—50°. Naszej zimie odpowiada tam pora deszczowa. Różnice ciepłoty dnia i nocy znaczne, bo w nocy czasem schodzi ciepłota do 0°. Lekarz spotyka w koloniach wiele chorób zupełnie obcych mu lub odrębnie przebiegających. Przedewszystkiem należy tu tak zwany: czerwony pies, t. j. bardzo uporczywy, swędzący wyprysk skóry, zjawiający się w miejscach, gdzie ubranie przylega ściśle do ciała. Dobrze działają zmywania wodą karbolową, wstrzymywanie się od płynów i pobyt w okolicach wyżej położonych. Plagą także jest choroba grzybkowa skóry, zwana robakiem pierścieniowym. Przenosi się

ona przez bieliznę w pralniach. Na skórze tworzy koliste nacieki. Najlepszym środkiem — chryzarobina. Dokuczliwem cierpieniem jest także: pchła piaskowa. Wbija się ona między palce od nóg i sprawia tamże bolesne opuchnięcia i swędzenia, a w następstwie jeżeli się jej nie usunie — ropówki. Leczenie polega na usunięciu pchły, do czego istnieją osobni czarni specyaliści. Częstemi cierpieniami są też wrzody goleni, wrzód malinowy skóry, (polegający na zakażeniu krętkiem), a wreszcie ospa. Trąd nie należy też do rzadkości, podobnie czerwonka i bardzo często występujące ropnie wątroby, które leczą tutaj po prostu nakłuciem zapomocą trójgrańca. Nierzadko spotyka się także tutaj i inne cierpienia, zwłaszcza chorobę tęgoryjcową, motylicę, dżumę, słoniowacinę i śpiączkę. Ta ostatnia rozpoczyna się podniesieniem ciepłoty, bolem i zawrotami głowy, potem zjawia się obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych, opuchnięcie twarzy, rąk i nóg, a w końcu śpiączka, poprzedzająca zwykle śmierć. Leczenie: wstrzykiwania atoksylu Kocha. Jedną z najcięższych chorób jest tu zimnica, powstająca przez ukąszenie moskitów, zakażonych zarazkiem zimnicy. Wszyscy przybysze muszą zapobiegawczo zażywać chininę i to w sposób, zalecony przez Nochta, t. j. 5 razy dnia po 0,2 co siódmy i ósmy dzień. Groźną także chorobą jest tak zwana »Schwarzwasserfieber«. Dawniej sądzono, że jest ona najcięższą postacią zimnicy i w tym celu polecano w razie wybuchu choroby ogromne dawki chininy. Koch natomiast wykazał, że chinina przyczynia się właśnie tutaj do rozpadu krwinek czerwonych i z tego też powodu obecnie w razie wybuchu tej choroby nie wolno podawać chininy; nudności i wymioty łagodzi się tylko morfiną i 1% nalewką jodową i doprowadza choremu ustami, lewatywą i podskórnie, o ile możności jak najwięcej wody. Zapobiega się chorobie przez dokładne leczenie każdego przypadku zimnicy i unikanie zażywania chininy w razie już wybuchłej gorączki. Dlatego też po wybuchu zimnicy daje się chorym na razie tylko na głowę worek z lodem, środek przeczyszczający i dużo płynów i czeka, aż wystąpią poty i spadek ciepłoty. Dopiero gdy ciepłota wynosi 37,5°, podaje się 0,2 chininy i potem tę dawkę dalej co 3 godziny. Po ustąpieniu zupełnem gorączki bierze jeszcze chory 3 dni chininę w takich samych dawkach, potem przerwa 2—3 dni i znowu dzień chininy, a w końcu stale raz w tydzień gram chininy. Człowiek, wybierający się do Afryki na stałe, powinien umieć unikać alkoholu, nie cierpieć na gościec, nie być nerwowym, mieć zdrowe zupełnie lub naprawione uzębienie, zdrowe kiszki, nerki, gdyż cierpienia te pogarszają się zaraz nader szybko. Należy też dać się przedtem zaszczepić przeciw ospie i durowi i przekonać się, czy ustrój znosi dobrze chininę. *K.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przewlekłe tryprowe schorzenia stawów leczył Herbst (Chicago) z dobrym skutkiem surowicą przeciwtryprową. *K.*

Radem wyleczył Freudenthal zupełnie mięsaka migdałka w 6 posiedzeń. (2 posiedzenia na tydzień, 10 mg radu, z początku 10 minut, potem 20, w końcu 30). *K.*

Sabromina jest to nowy przetwór bromu, odpowiadający sajodynie, powstały przez odpowiednie połączenie bromu z wapniem. Zawiera on 29—30% bromu. Żołądek znosi ten przetwór bardzo dobrze. Podług Meringa i Fischera podaje się sabrominę w ilości 1,0—2,0 grm w godzinę po jedzeniu. Sabromina ma tę zaletę, że działa mimo mniejszej zawartości bromu równie silnie, jak sodek i jodek bromu i nie wywołuje objawów przewlekłego zatrucia. *K.*

Veronalnatrium, (wyrób Mercka), jest według Prof. Winternitza (»Mediz. Klinik« 1908, Nr 31), bardzo łatwo rozpuszczalnym pewnym środkiem nasennym, działającym pewniej i szybciej, niż weronal. Dawka: 0,05—1,0 *per os*, lub 0,5—2,0 w 20, wody *per rectum*. Veronalnatrium zawiera około 90% weronalu, przy czczym żołądku działa szybciej. Wygodniej stosować go przez odbytnicę, gdyż smak gorszy, niż weronalu. Działania uboczne obu środków jednakie. *Mk. W.*

Jodival, (wyrób fabryki Knoll et Co), o składzie $(CH_3)_2CH.CHJ.CO.NH.CO.NH_2$, w postaci igiełek białych, o smaku gorzkim, prawie nierozpuszczalny w wodzie zimnej, łatwiej rozpuszczalny w wodzie gorącej, eterze i wyskoku; topi się przy 180°, zawiera 47% jodu. Wskazania te same, co do stosowania jodu; w chorobach układu nerwowego uzyskuje się silniejszy skutek, niż przy innych przetworach jodu. Z powodu bardzo powolnego odszczepiania się jodu występują rzadko objawy zatrucia. Dawka: 3 razy dziennie po 0,3, także w kołaczykach po 0,3. (Prof. v. d. Eeckhout, »Arch. f. exp. Path. u. Pharm.« 1907, Bd, 57). *W. Kl.*

Hydropyrin, (środek, który usiłują wprowadzić do handlu na miejsce antypiryny), poddał badaniu Dr F. Zernik w Berlinie (»Apothekerzeitung« 1908, Nr 59) i wykazał, że nie jest to przetwór stały, że nie jest połączeniem obojętnem, wolnem od działań ubocznych i zupełnie rozpuszczalnem. Stwierdził bowiem Z. oddziaływanie kwaśne, (wywołane kwasem octowym), jakoteż częściową tylko rozpuszczalność. *Br. W.*

Przeciwko wszawicy *(phthiriasis)* poleca Bing wymywania płynem: *Formol (40%) 10,0, Acid. acet. 5,0, Spir. Coloniens. 100—200.* Wymywa się 3—5 minut, co wystarcza zupełnie do zabicia weszek. Uważać należy, by płyn nie dostał się do oczu. *K.*

Przy zestawianiu złamanych kości poleca bardzo Quénu za radą niemieckich chirurgów znieczulanie miejscowe złamania wstrzykiwaniami kokainy 1:200, przez co usuwa się ból i napięcie mięśniowe, a ułożenie kości wskutek tego odbywa się łatwo i dobrze. *K.*

Bagnetowaty adenotom do usuwania migdałka gardłowego poleca Fein z Wiednia (firma Reiner). Zagięcie bagnetowe jakoteż odchylenie rękojeści na bok dozwala operować swobodnie i głęboko. *K.*

Nowy gastroskop podał Elsner z Berlina. Zaletą jego jest kątowe zagięcie dołu rury, przez co umożliwiona jest zasada tak prostej, jak i bocznej optyki podobnie, jak przy cystoskopie Nitzego. *K.*

Wczesne wstawanie po porodzie w braku powikłań poleca bardzo Alvensleben z Kolonii. *K.*

Za ważną wskazówkę przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego uważa Kothe odsetek neutrofilów. Jeżeli jest on większy, niż 6%, wtedy dowodzi to ciężkiego zakażenia i potrzeby operacyi. *K.*

Sztuczne rzężenia w celach dydaktycznych wywołuje Hildebrandt z Fryburga na fantomie, zawierającym szklane naczynie z wodą, do której wpędza się balonem powietrze. W ten sposób przez odpowiednią manipulacyę wywoływać można różne rzężenia, jak dźwięczne, wilgotne drobnobańkowe i t. p. *K.*

Dawkowanie leków kroplami jest bardzo niedokładne i z tego też powodu domaga się Lohnstein wprowadzenia odpowiednich tabeli, sporządzonych na podstawie nowych obliczeń. *K.*

Odkażanie wody zapomocą wody utlenionej jest według Reichla dość pewne, potrzeba na to jednak pewnego czasu. Tak n. p. by odkazić wodę w 24 godzin, potrzeba 0,5 pr. mlle wody utlenionej, by wodę odkazić w 6 godzin już 1,5‰, a w 3 godz. 5‰. *K.*

Mięso ze świeżo zabitej ryby podług Brunsa nie zawiera w sobie drobnoustrojów; natomiast gdy ryba zabita trochę poleży, dalej w rybach wędzonych i przyrządzanych spotyka się już obficie drobnoustroje. *K.*

Aperitol, nowy środek przeczyszczający, polecają z kliniki lekarskiej w Heidelbergu Hammer i Vieth. Środek ten jest połączeniem fenolftaleiny i kwasu waleryanowego i podawany bywa w cukierkach. Przez dodatek kwasu waleryanowego przeczyszczenie występuje zupełnie bezboleśnie w postaci stolców papkowatych, a nie wodnistych. Aperitol można używać długi czas bez przyzwyczajania się do tegoż, skutek zawsze pozostaje pewny. Stolec występuje w 4—12 godzin. Dawka dla dorosłych: 2 cukierki (à 0,2), dla dzieci ½—1. *K.*

Przeciwko ukąszeniu owadów poleca Joly miksturę: *Formol (40%) 15,0, acidi acetici 0,5, xyloli 5,0, bals. canadens. 1,0, ol. anisi stellat. q. s.* Miejsce ukąszenia smaruje się tym środkiem. Działanie łagodzące ból i swędzenie i zobojętniające trujące działanie jadu. Przed użyciem należy flaszeczkę potrząsnąć. *K.*

Nieprzyjaciel słońca. Angielski lekarz Woodouff ogłosił pracę, w której stara się dowieść zgubnego działania promieni słonecznych. I tak wiemy z doświadczenia, że światło wywiera zły wpływ na najniższe formy protoplazmy, a działają tu głównie promienie ultrafioletowe. Wszystkie zwierzęta są przez naturę zabezpieczone od działania promieni słonecznych zapomocą włosów, piór, łusek lub barwika. Także ludzie, żyjący w okolicach, gdzie słońce silnie operuje, mają ciemną barwę skóry. W Ameryce blondyni (jako żywioł napływowy), ustępują obecnie coraz więcej miejsca brunetom. Gruźlica w krajach gorących przebiega zawsze znacznie prędzej i groźniej. Przy lecze-

niu słonecznem bruneci uzyskują prędzej poprawę, niż blondyni. Neurastenia wydarza się częściej u blondynów, niż u brunetów i występuje najczęściej w krajach słonecznych. Wiele cierpień ocznych, migrena i t. p. występuje wskutek działania promieni słonecznych. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. (Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 12. października 1908 r.

1) Czł. Witkowski przedstawia pracę Prof. J. Kowalskiego p. t.: **Przyczynki do badań nad luminescencyą.**

2) Czł. Wład. Natanson przedstawia pracę własną p. t.: **O eliptycznej polaryzacyi światła przepuszczonego przez ciało naturalnie skręcające i pochłaniające.**

Ażeby objaśnić zjawisko skręcania płaszczyzny polaryzacyi w ciałach naturalnie skręcających, Fresnel uciekł się do przypuszczenia, że fale spolaryzowane kołowo są jedynym rodzajem fal, które mogą biedz w ciałach naturalnie skręcających, bez zmiany typu. Falę spolaryzowaną liniowo, której płaszczyzna polaryzacyi wykręca się coraz bardziej, w miarę posuwania się fali w ośrodku, Fresnel przedstawił jako złożoną geometrycznie z dwóch fal, spolaryzowanych kołowo w kierunkach przeciwnych, a biegnących przytem z prędkościami rozmaitemi. Jednakże, jeżeli w pewnym ośrodku istnieją dwie różne wartości spółczynnika załamania dla dwóch fal kołowo i przeciwnie spolaryzowanych, mających zresztą tę samą długość fali, tedy odpowiadające tym wartościom spółczynniki extynkcyi muszą być również od siebie odmienne. Tym sposobem, biegnąc przez ciało, jedna ze składowych kołowych fal w fali, spolaryzowanej pierwotnie liniowo, musi ulegać absorbcyi znaczniejszej, niż druga składowa; skutkiem czego fala wypadkowa, wychodząc z ośrodka, będzie spolaryzowana eliptycznie.

Zjawiska podobne zostały istotnie dostrzeżone i zbadane przez fizyka francuskiego p. Cotton w roztworach t. zw. winianu podwójnego chromowo-potasowego i niektórych innych soli pokrewnych. Autor zajął się analizą teoretyczną wypadków tych doświadczeń. Okazało się, że one zgadzają się tylko w pierwszem przybliżeniu z najprostszą (t. zw. mono-elektronową) postacią teoryi, nie są zaś dość liczne i dokładne, ażeby mogły posłużyć za sprawdzenie i poparcie uzupełnionej, rozwiniętej postaci teoryi.

Za główny wynik pracy niniejszej można poczytać w każdym razie stwierdzenie okoliczności, iż: jeżeli poznaliśmy, dla ciała naturalnie skręcającego, w obrębie jego spektralnego pasma absorbcyjnego, skręcenie płaszczyzny polaryzacyi, oraz eliptyczność światła przepuszczonego, wówczas mamy zawsze możność obliczenia, dla ciała uważanego, jednej z najważniejszych, a mało dotychczas znanej stałej elektronowej, mianowicie spółczynnika dysypacyjnego, charakteryzującego natężenie działania hamującego, które obecne jest zawsze w drganiach elektro-molekularnych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 23. czerwca 1907.

1) W. Stankiewicz przedstawił chorą po operacyi usunięcia **kamienia z nerki.**

2) W. Stankiewicz przedstawił 74-letnią chorą, która w roku 1898 przybyła do niego na oddział szpitalny z guzem **w okolicy lędźwiowo-krzyżowej** ze strony lewej, a nadto miała wole (*struma*) lewostronne. Guz był wielkości jabłka, gładki, niebolesny. Guz wyłuszczono, a badanie drobnowidowe stwierdziło, że był to **mięsak** (*sarcoma parvicellulare*). Po roku nastąpił nawrót guza; wycięto go doszczętnie; w rok później w tem samem miejscu nowy nawrót, nowa operacya. 5-go dnia po operacyi zauważył S. przy opatrunku na powierzchni rany kilka wysepek silnie bujających ziarnistości, które pod drobnowidem okazały cechy mięsaka. Wycięto doszczętnie całą powierzchnię rany, lecz po 4—5 dniach znów poczęły wyrastać takież same wyspy. Wyskrobano łyżeczką całą przestrzeń i codziennie nakładano opatrunek z gazą mocno przepojonej 10% rozczynem chlorku cynku. Od tej chwili rozpoczął się rozwój drobnej, równej ziarniny i powolne zabliźnianie się całej rany. Nastąpiło zupełne zagojenie. Spostrzeżenie to S. podaje ze względu na **wyniki leczenia środkiem gryzącym** (chlorek cynku).

3) Judt wypowiedział rzecz pod tytułem: **Rentgenografia jamy brzusznej.** Rentgenografia jamy brzusznej w zastosowaniu praktycznem ma dotychczas ramy szczupłe. Rentgenografia współczesna dąży dwiema drogami ku opanowaniu nowych dzielnic rozpoznawczych: do pierwszej należy dobór subtelny odpowiednich promieni, wywoływacza i innych czynników technicznych dla zróżniczkowania na kliszy tkanek o niejednolitym ciężarze gatunkowym i niejednakowej masie (nerka); do drugiej sztuczne zróżniczkowanie narządów przez napełnianie ich solami bizmutu lub kollargolem (żołądek, jelita, pęcherz moczowy). Bizmut i kollargol pochłaniają promienie Röntgena i występują wydatnie, jak kość lub metal. Udaje się już teraz otrzymywać wyraźny obrys nerki, przeważnie $^2/_3$ dolnych jej części; doskonale odróżniać można zarysy dolnego bieguna nerki, granicę wewnętrzną i zewnętrzną, niekiedy i wnękę miedniczkową. Widzimy i kamień w nerce, a niejednokrotnie rozpoznaje się i guzy nerkowe.

Do drugiego szeregu zaliczyć należy przedewszystkiem badanie żołądka i jelit. Bizmut zastosowany został po raz pierwszy w r. 1896 do rentgenoskopii przełyku, w r. 1901 — do badań żołądka. Obecnie określać można kształt, rozmiary, położenie i ruchy żołądka, dalej opadnięcie i rozszerzenie jego, zwężenie i guzy odźwiernika.

Pierwsze zdjęcie jelit (okrężnicy) otrzymał Hildebrandt w r. 1901. Przy własnych badanich jelit podawał prelegent badanym od 20,0—60,0 azotanu bizmutn (*magisterium bismuthi*), zmieszanego z 400,0 kaszy mannowej, rozgotowanej w mleku. 10,0 cukru przeciwdziała własności bizmutu. Z szeregu prześwietlań i zdjęć na kliszy widać, że ruchy robaczkowe przepychają pierwszą porcyę pokarmu do odźwiernika już po kilku minutach. Szybkość przesuwania się pokarmu w pętlicach jelit cienkich jest znaczna; całą tę przestrzeń bizmut odbywa w przeciągu dwóch do trzech godzin. Ten szybki ruch i energiczna perystaltyka utrudniają bardzo rentgenografię jelit cienkich. Przez okrężnicę przechodzi bizmut stosunkowo bardzo wolno. Badanie okrężnicy przekonało mówcę, że okrężnica zgoła nie tworzy trzech linii prostokątnie ułożonych, jak to podają atlasy anatomiczne. Zgięcie prawe (*flexura hepatica*) położone jest zwykle znacznie niżej od zgięcia lewego (*flexura lienalis*). Zgięcie śledzionowe o kącie ostrym dosięga nieraz poziomu XII kręgu piersiowego. Zgięcie wątrobowe jest tępe i dosięga ledwie poziomu II—III kręgu lędźwiowego. Położenie okrężnicy wogóle niema cech stałych. Zależy ono od trawienia, położenia chorego od wypełnienia żołądka i t. p. Rentgenografia, prócz znaczenia dla anatomii i fizyologii, odgrywa tutaj wielką rolę kliniczną; rozpoznaje się dzięki niej rozszerzenia i opadnięcia jelit, zwężenia, niedrożność, guzy, ukształtowanie pętlic we wgłobieniu.

Odczyt swój objaśnił prelegent licznemi fotografiami żołądka i jelit. *J. L.*

Praktyka wolna czy upaństwowienie lekarzy? [1]).

Napisał

Dr med. O. Hewelke.

Środek ciężkości różnicy między lekarzem wolnopraktykującym a lekarzem upaństwowionym leży w sposobie, w jaki praca ich zostaje wynagradzana. W pierwszym razie odbywa się to bezpośrednio: lekarza wynagradza chory, który go zawezwał. W drugim lekarz otrzymuje zapłatę w postaci pensyi państwowej, za którą obowiązany jest do niesienia swej pomocy w określonym zakresie, wszelkie zaś stosunki pieniężne między nim a chorym są przez to zniesione. Lekarz ma być stale przez państwo opłacanym urzędnikiem. Z temi różnicami powierzchownemi, zewnętrznemi, wiążą się różnice, sięgające w głąb niezmiernie powikłanych stosunków społecznych, ekonomicznych i etycznych, opierających się aż na dnie psychologii ludzkiej. System obecny jest wytworem dziejowym, wynikiem ewolucyi tych wszystkich stosunków przez długi szereg stuleci od chwili wystąpienia lekarzy jako zawodowców. System proponowany ma więc jakoby

[1]) Konferencya w Stowarzyszeniu Lekarzy polskich w Warszawie, dnia 9 października 1908 r.

rozpocząć nową fazę ewolucyi, ma sam wpłynąć na zmianę istniejących warunków życia tak, aby oczekiwana ich modyfikacya usunęła ze stosunku lekarza i chorego to, co obecnie wydaje się niedobrem, a jest według zwolenników poglądu — zależnem jedynie od bezpośredniości stosunków pieniężnych między lekarzem a chorym. Nie zdając sobie sprawy z zawiłości tego zagadnienia, zaczęto uważać system upaństwowienia lekarzy za możliwe już dziś »panaceum« dla uzdrowienia wszelkich jej bolączek, zarówno zadawalniające chorych, jak i lekarzy. Sądzono, że można go wprowadzić edyktem prawnym lub wzajemną konwencyą i proponowano to dla poprawy warunków bytu lekarzy, to dla udostępnienia pomocy lekarskiej biednym. Jako podstawę możności urzeczywistnienia tych projektów wskazywano istnienie takich form bytu lekarzy, jak lekarze wojskowi, fabryczni, dopatrując się w podobieństwie zewnętrznem, formalnem, analogii do całkowitego upaństwowienia.

Upaństwowienie lekarzy ogólne z zupełnem zniesieniem praktyki wolnej dotąd rozpatrywane było z punktu widzenia, oderwanego od stosunków współczesnych. Wchodzi ono w całokształt horoskopów przyszłego układu społecznego w świetle poglądów socyalistyczno-komunistycznych, że wspomnę tu o utopii Bellamyego. Tu też tylko jest na miejscu.

Podobne koncepcye, przedstawiające życie w warunkach odpowiednio nagiętych i nierzeczywistych, nie mogą być poważnie krytykowane. Nie mają do tego pretensyi i sami ich autorzy, skoro urzeczywistnienie swych mrzonek odkładają do mniej lub więcej oddalonych er [2]).

To też niemało zadziwić musi fakt, gdy w jakiemś społeczeństwie dziś już wyrażają się żądania upaństwowienia lekarzy i zupełnego zniesienia wolnej praktyki.

Fakt taki zdarzył się w Rosyi. Żądanie powyższe jest postulatem IX Zjazdu lekarzy rosyjskich im. Pirogowa, jaki się odbył w r. 1905, i jest właściwie aprobatą wniosków, jakie wygłosił w swym odczycie [3]) znany lekarz i działacz rosyjski Dr Zbankow. Autor ten w działalności lekarzy wolno praktykujących widzi jedynie strony ciemne; praktykę wolną uważa za chwast szkodliwy, który niszczy soki społeczeństw, i zarzuty te rzuca w oczy wszystkim lekarzom Rosyi, a w jeszcze wyższym stopniu — Europy.

Nie wchodząc w szczegóły obrazu, naszkicowanego przez Dr Zbankowa, zaznaczymy tylko wytyczne jego rysy. A więc:

Praktyka prywatna, nakładając na chorego ciężary pieniężne, powiększa jego niedolę; jest przeto czynnikiem przeciwspołecznym i spacza właściwą rolę lekarza, którego zadaniem jest niesienie ulgi i pomocy w chorobie.

Z drugiej strony praktyka wolna oddziaływa ujemnie na moralność lekarza, gdyż, zmuszając go do uważania chorych za źródło i podstawę swego bytu materyalnego, zradza w nim pożądanie jaknajliczniejszych pacyentów, za czem idzie reklama, konkurencya, przedsiębiorstwa przemysłowe, faktorzy i t. d.

Stąd praktyka prywatna poniża lekarza w oczach publiczności, staje na przeszkodzie do zawiązania się zaufania między lekarzem a chorym. Wytwarzają się stosunki zapotrzebowania i podaży ze wszelkimi rysami ujemnymi stosunków kupieckich.

Po za tymi ogólnymi zarzutami Dr Zbankow stawia jeszcze kilka specyalnych, a mianowicie, że 1) praktyka prywatna jest hamulcem dla przeprowadzenia zasad higieny i profilaktyki, że 2) powstrzymuje ona rozwój nauki, że 3) odciąga profesorów klinicznych od należytego spełniania obowiązków.

Na podstawie tych zarzutów Dr Z. proponuje, aby Zjazd zajął się obmyśleniem sposobu, w jakiby praktyka prywatna mogła być zniesiona zupełnie i jakby ją zastąpić przez odpowiednie urządzenia społeczne.

Jak wspomnieliśmy, Zjazd wnioski projektodawcy przyjął bez dyskusyi we wszystkich punktach, uznając, że choroba, jako nieszczęście, nie powinna być obciążona jeszcze potrzebą opłaty za leczenie, które, podobnie jak i nauczanie, powinno być ogólnie dostępne i bezpłatne.

Niektóre zarzuty stawiane tu praktyce wolnej, są zasadnicze i spadają na stan lekarski od początku jego istnienia. Jeżeli społeczeństwa znosiły i znoszą te stosunki, to zależeć ma to od niemożności porównania. Stosunki medycyny ziemskiej z lekarzami płatnymi przez społeczeństwo otwierają dopiero oczy na tę anomalię społeczną i pokazują ideał, do którego należy dążyć.

Najważniejszy, najdotkliwszy zarzut, uczyniony tu lekarzowi, jest uznanie jego działalności za niespołeczną, wskutek tego, że, żądając zapłaty za swą pomoc, zwiększa on niedolę cierpiącej ludzkości w nieszczęściu, jakiem jest choroba.

Zdaniem naszem sąd powyższy wypływa z założenia fałszywego, ze zbyt wązkiego punktu zapatrywania się na chorobę i sprawę leczenia. Przy rozpatrywaniu jej z szerokiego punktu widzenia społeczno-ekonomicznego nie możemy kierować się tylko uczuciem, a tem bardziej roztkliwiać zjawiskami nienormalnemi w poszczególnych wyjątkowych przypadkach.

Nie możemy tu mówić o chorobie jako dopuszczeniu, karze Bożej lub nieszczęściu, chociażbyśmy byli nawet skłonni do takiego ustępstwa, uwzględniając pojęcia poszczególnego chorego.

Jeżeli ewentualność choroby nosi jeszcze w pojęciach potocznych charakter przypadkowości, to pochodzi to z nieznajomości etyologii chorób wogóle, albo dróg jej powstania w danym przypadku.

Wiemy, że choroba w naszych warunkach życia jest koniecznością, mniej lub więcej względną, którą trzeba przewidywać i z którą się liczyć należy. To też potrzeby dla ratowania zdrowia i życia, warunkowane przez chorobę, należą do potrzeb życia współczesnego na równi z potrzebami codziennemi dla podtrzymania zdrowia i życia. Głód, uczucie zimna — są też cierpieniem; koimy je chlebem, odzieniem i opałem, za które musimy płacić. Czy rolę dostarczycieli tych środków mamy uważać także za przeciwspołeczną? W takiem samem położeniu znajduje się lekarz i pozostanie w niem niezależnie od sposobu wynagradzania go za to — bądź to przez potrzebującego osobnika, bądź przez państwo.

W każdem społeczeństwie znajduje się pewna ilość obywateli nie mogących wcale opłacać lekarza, lub mogących to czynić tylko w części; dla tych społeczeństwo, czy państwo, powinno obmyślać sposoby pomocy, jak to zresztą czyni w mniejszym lub większym zakresie i obecnie. W tym kierunku wszelka inicyatywa i postęp są pożądane, zwłaszcza że ciężar tych obowiązków obarczał dotąd zbytnio lekarzy.

Ludzie zamożniejsi, nie żyjący z dnia na dzień, powinni w budżetach swych uwzględniać prawdopodobieństwo choroby, chociażby przyjemniej im było wydawać te pieniądze na co innego. W takim razie konieczność oddania przeznaczonej na to kwoty lekarzowi w chwili choroby, nie zaciężyłaby już jako nieoczekiwane dodatkowe nieszczęście. Zresztą w przypadku choroby nie sam koszt lekarza powiększa niedolę chorego, bo oprócz niego są jeszcze i inne wydatki: na lekarstwa, pielęgnowanie itd., które nie wpływają do kieszeni lekarza.

Jeżeli wreszcie weźmiemy ludzi zamożnych, to tu istota zarzutu powiększania niedoli chorego przez potrzebę opłacenia lekarza upada zupełnie, gdyż stosunek tego wydatku do zamożności chorego jest nic nie znaczący, chociaż opłata odbywa się według stopy wyższej. Zarzuty, czynione lekarzom z tego powodu, że niejednakowo cenią swą pracę, są może, bezwzględnie biorąc, uzasadnione, ale znajdują też i usprawiedliwienie w panujących stosunkach. Bogaty płaci za biednego. Przez takie pośrednictwo lekarza następuje unormowanie się rozkładu opłaty za leczenie, jaką ponosi dane społeczeństwo, odpowiednio do możności płatniczej różnie uposażonych jego obywateli. Coś podobnego nastąpiłoby, gdyby przy upaństwowieniu lekarzy wynagrodzenie ich opierało się na odpowiedniem opodatkowaniu ludności.

Ale i w tym razie, przy najsprawiedliwszym rozkładzie takiego podatku, musiałby on dotykać i mniej zamożnych cierpiących. Państwo wzięłoby na siebie jedynie tylko rolę zbierania tych pozycyi budżetowych, które powinny być uwzględniane w racyonalnem przewidywaniu wydatków każdego obywatela, a zarazem wzięłoby na siebie pośrednictwo w opłacaniu lekarza.

Nie byłoby więc i tu absolutnego zniesienia pierwiastku »powiększania niedoli chorego« przez opłacanie pomocy lekarza. Czy zaś osiągnie się przytem poprawę moralności lekarza — rozpatrzymy niebawem.

W każdym razie nie możemy sobie przedstawić działalności tych funkcyonaryuszów zdrowia przy zachowaniu się wszelkich innych warunków życia dzisiejszego z jego różnicami klas i zamożności, związanemi z tem wymaganiami wygód, względów i t. d.,

---

[2]) Bellamy: Społeczeństwo w 2000 r. Anatole France, G. Guitten. W naszej literaturze sprawę tę poruszał Z. Kramsztyk, tak np. w r. 1898 w artykule: Upaństwowienie lekarzy. Jednak argumenty autora nie wywołały szerszego echa. W innym artykule w 1903 (Krytyka lek.) daje Kr. projekt »umiastowienia lekarzy Warszawy« — bardzo słabo naszkicowany, zresztą przeznaczony także dla 2000 roku, a więc uchylający się od krytyki współczesnej.

[3]) Dr Zbankow: Wlianie czastnoj praktyki na razwitie wsiego wraczebnogo dieła. (Zur. obszcz. russ. wr. w pam. Pirogowa Nr. 1—2 1905).

które lekarz musi dziś mieć na uwadze przy określaniu leczenia, dyety i t. d.

Drugim zarzutem natury ogólniejszej, uczynionym lekarzom wolnopraktykującym przez IX Zjazd pirogowski, jest to, że obecny sposób opłacania pomocy lekarskiej stawia ich na równi z handlującymi i popycha do kierowania się zasadami, tolerowanemi w świecie kupieckim, ale niedopuszczalnemi w stosunku lekarza do chorego. Psuje to charakter lekarza i podkopuje doń zaufanie publiczności. Dr Zbankow twierdzi, że lekarz wolnopraktykujący musi pragnąć, aby chorób i chorych było jak najwięcej, aby choroby trwały długo, a chorowali zwłaszcza bogaci. Żeby przyciągnąć pacyentów, reklamuje na wszelkie sposoby swoje zalety, a obniża wartość kolegów, z którymi konkuruje wszelką bronią, dochodząc do kłótni, skandalów i bójek...

To wszystko ma usunąć odrazu zniesienie praktyki wolnej. Czy wtedy marzenia lekarzy upaństwowionych zmienią się w kierunku przeciwnym, t. j. aby chorób i chorych nie było wcale, albo trwały bardzo krótko? Oczywiście wpłynie to tyleż na stan rzeczy, co i skryte pragnienia, przypisywane dziś wolnopraktykującym. A ostatecznie i takie marzenia możnaby przy złej woli posądzać, że nie wypływają ze źródła czystego altruizmu, ale wprost z lenistwa.

»Invidia medicorum« stała się przysłowiową, ale niewątpliwie istnieje i wśród innych zawodowców; przyczyną jej nie jest jednak jedynie gonitwa za groszem, ale dążenie do zyskania rozgłosu, sławy, zaufania. Zdarza się wszakże, że nieporozumienia również ostre wynikają i z powodu klienteli bezpłatnej. Tych pobudek nie usuną i warunki praktyki upaństwowionej. Charaktery słabe, zasady moralności nie ustalone, wreszcie wszelkie wady inne, pozostaną; może będą się inaczej przejawiać, — bo są to cechy ludzi jako takich, niezależnie od ich zawodu; gdyby tak było rzeczywiście, byłyby one powszechne wśród jego przedstawicieli i musiałyby się wzmagać z latami praktyki. Tak źle zaś chyba nie jest!

Konkurencya ma zapewne strony przykre, ale z drugiej strony jest ona bodźcem ożywczym w walce o byt i w danym razie może wyjść tylko na dobre zarówno lekarzom, jak i pacyentom. Lekarz raczej stara się zrobić wszystko jak najlepiej, aby choremu ulżyć, jego cierpienia skrócić, niż odwrotnie, bo tylko w tym razie zyskuje na uznaniu. Staranie się o wybicie się na przód przez doskonalenie się w wiedzy i jej wykonawstwie — chociażby przed wszystkich — może być uważane tylko za stronę dodatnią charakteru i pożyteczną dla stron obu.

Usunięcie tego czynnika przy upaństwowieniu lekarzy wykazałoby prawdopodobnie w znacznej liczbie przypadków następstwa ujemne. Nadałoby to pracy lekarza charakter suchy, urzędniczy, a życiu jego pozór wegetacyi w zrezygnowaniu gnuśnem z braku widoków poprawy losu, oraz z braku potrzeby ciągłej pracy nad sobą i doskonalenia się. Czy można spodziewać się, że w tych warunkach lekarze będą się zajmować więcej nauką albo higieną? (Dok. nast.)

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

(Dokończenie.)

W pęcherzu moczowym i żołądku nie znaleziono zmian żadnych. W trzustce natomiast znaleziono grudki kamiennej twardości, być może *sialolity*, o których jeszcze wspomnimy przy omawianiu całości sekcyi i choroby króla. Według protokołu jedne z tych grudek były starsze, inne świeżo powstałe; czem kierowano się przy rozróżnianiu złogów świeżych od złogów dawniej powstałych, trudno orzec wobec tego, że i dziś jest ono niełatwe. Wątroba co do barwy była zmieniona, jakie jednak było zabarwienie, protokół nie mówi, zaznacza natomiast wyraźnie, że była rozmiękniona, a za uciskiem lekkim wydzielał się z wątroby jakiś płyn ropiasty. Czyż więc mieli do czynienia z ropieniem w wątrobie? Nie przypuszczam. Proces ropny w wątrobie musiałby mieć przyczynę przyrody ogólniejszej lub miejscowej. Ostatnią mogłyby być kamienie, znalezione w woreczku żółciowym. Jeżeli jednak uwzględnimy objawy za życia, zwłaszcza w dniach ostatnich, trudno wprost przyjąć obecność sprawy bądź co bądź tak poważnej, jak ropienie w wątrobie. Czemże więc był ów »jakiś« płyn ropiasty? Być może, że istniała w drogach żółciowych na tle kamieni sprawa nieżytowa, rzecz przecież nierzadka; wiemy, że żółć wówczas jest mętna, niejednokrotnie wyglądem nieco do ropy zbliżona, możliwe, że za uciskiem wydobywała się owa żółć zmieniona z przewodów żółciowych, przypominając ropę. Przy ropieniu w wątrobie byłaby najprawdopodobniej wystąpiła żółtaczka, o której tu nic nie słyszymy.

Śledziona była wielkości odpowiedniej, tylko bardzo krucha. Nie sądzę, by kruchość ta świadczyła o jej ostrym obrzęku, a to z powodu niepowiększenia, a dalej owego atramentowego zabarwienia, prawdopodobnie pochodzącego od siarczku żelaza, połączenia towarzyszącego gniciu. A że gnicie to musiało się już rozwijać, wspomniałem o tem wyżej, nic więc dziwnego, że śledziona bardzo łatwo dawała się rozrywać. Nerka prawa była zmniejszona i zawierała, zapewne w miedniczce, kamień, co do nerki lewej, to miała być nacieczona ropą. Widzimy, że opis bardzo niedokładny, raczej go niema. Gdzie się ropa znajdowała, czy w samym miąższu, czy w miedniczce, wprost z opisu tego nie można orzec. W każdym razie podkreślić należy, że nerki były zmniejszone.

Płuco częściowo flaczaste, być może niedodma uciskowa, spowodowana płynem w klatce piersiowej. Za uciskiem wydobywała się z nich ciecz brudna, ropiasta; może to płyn obrzękowy, brudny z powodu rozpoczynającego się gnicia. Co do osierdzia należy zaznaczyć, że przy ogólnych obrzękach, rzecz dziwna, zawierało zaledwie kilka kropel płynu.

Serce powiększone i pojemne, a zatem prawdopodobnie przerosłe; przez pojemność, sądzę, należy uważać rozszerzenie jego komór. Mięsień był kruchy i wiotki, co również może być następstwem rozpoczynającego się rozkładu. Mózg nie przedstawiał zmian żadnych, opisany jest względnie dość dokładnie, zwrócono tu więc uwagę na komory i nerwy mózgowe, które również nie przedstawiały zmian widocznych. Na ów brak widocznych zmian w mózgu zwracam uwagę ze względu na spotykane tu i ówdzie notatki o apopleksyi. I tak w liście Załuskiego do kardynała Radziejowskiego i innych, datowanym z dn. 17. czerwca 1696, a zatem w dniu śmierci króla, czytamy przy opisie ostatnich chwil Sobieskiego, że »został tknięty apopleksyą«; czem był właściwie ten atak, o którym wspomina Załuski, poniżej pozwolę sobie omówić, w każdym razie, już tu zaznaczę, nie byłto atak apoplektyczny w ścisłem tego słowa znaczeniu, wywołany jakąś wybitną zmianą mózgową, n. p. krwotokiem, zatorem i t. d., bo o nich nic w protokole nie słyszymy.

Tyle co do opisu znalezionych zmian przez prosektora.

W końcu protokołu następuje resumé, w którem na wstępie zaznaczono, że »kilka przyczyn skojarzyło się na zgubę króla«, a dalej, że »ledwie który narząd był bez winy, czyto z tych, co służy sprawie odżywiania, bądźto przeznaczonych oddechaniu«, zmiany w nerkach uważają jednak badający za główną przyczynę katastrofy. Wychodząc z tego założenia bardzo trafnie i słusznie, jak na ówczesne czasy, i do pewnego stopnia zgodnie z dzisiejszemi zapatrywaniami tłómaczą następstwa ogólne, jakie owe zmiany nerkowe wywierały w ustroju całym. W następstwie »zwyrodnienia« nerek przestała wydzielać się surowica krwi »w czasie i w miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, nadmierne wezbranie surowicy i obrzęki skóry i następcza puchlina wodna brzucha«. Owo zaprzestanie wydzielania się surowicy w niewątpliwem zrozumieniu autorów protokołu i przy uwzględnieniu okoliczności, że obrzęki, zwłaszcza nóg, trwały u króla od szeregu miesięcy, musiało istnieć już czas dłuższy. Surowica ta w myśl protokołu prawidłowo wydziela się przez nerki, z chwilą jednak ich schorzenia wydzielanie to zostało powstrzymane, czy też zmniejszone. Następstwem owego powstrzymania jest dyskrazya krwi, ponieważ surowicą tą jest ciecz przesączynowa (obrzękowa), a więc w znaczeniu dzisiejszem przez ową dyskrazyę krwi należy rozumieć wodnistość krwi, hydremię, która doprowadziła do ogólnych obrzęków. Widzimy więc, że za przyczynę śmierci królewskiej uważano na podstawie sekcyi zapalenie nerek i to o przebiegu przewlekłym z następowem rozwodnieniem krwi (hydraemia) i obrzękami.

Od siebie jeszcze kilka ogólniejszych uwag odnośnie do sekcyi i protokołu. Opierając się na owej wiotkości, kruchości i rozłożeniu się narządów, dalej na owych cuchnących, brudnych płynach w jamie brzusznej i klatce piersiowej, dalej na owem atramentowem zabarwieniu śledziony, rozdęciu gazami jelita grubego, plamach czerwonych w okolicy pach od przodu i na

przednich powierzchniach goleni, dochodzę do wniosku, że zwłoki zaczęły już ulegać gniciu. Za wnioskiem tym przemawia pora. Sobieski umarł 17. czerwca, a zatem w lecie, sekcya była robiona w Warszawie dnia następnego, a wiemy dobrze, że w porze letniej czas ten wystarcza do rozpoczęcia rozkładu gnilnego; rozkład ten, jak wiadomo, szybciej występuje u ludzi otyłych i do tego z ogólnymi, jak w tym przypadku, obrzękami. Te zatem okoliczności skłaniają mnie do przypuszczenia, że w zwłokach królewskich już gnicie się rozpoczęło, kiedy robiono sekcyę.

Co do wyjaśnienia samej przyczyny śmierci na podstawie protokołu, to wskazują nam ją sami jego autorowie, inna rzecz, że nie mówią, co to był za rodzaj zmian, względnie jakie zapalenie, ale i my, opierając się tylko na protokole, niewiele możemy dodać. Nerki były pomniejszone, w jednej znaleziono kamień, w drugiej ciecz ropiastą, gdzie ona była, nie wiemy, może w miedniczce. Przeciw ropieniu w samej nerce, czyli zapaleniu jej ropnemu przemawia obraz choroby i jej objawy za życia. Za zapaleniem nerek nieropnem przemawiają owe obrzęki długi czas się utrzymujące, przerost serca, a wreszcie i objawy za życia; było to zapalenie przewlekłe.

Odnośnie do literackiej strony protokołu należy podnieść przeplatanie tegoż w kilku miejscach nieraz dość naiwnymi co do premis refrenami, jak n p. na temat zauważonej przez chirurgów suchości mózgu, »co, jeźli tak było przez naturę urządzone, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił — mówił rozumnie — że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu«. Bardzo możliwe, że zdanie to, niemające sensu, zostało przekręcone lub dodane, jeżeli przyjmiemy, że przytoczony tekst protokołu nie jest oryginalnym dokumentem, lecz kopią. Podobną refleksyę spotykamy w końcowej części protokołu, mówiącej o kilku przyczynach, które się skojarzyły »na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jako i lepianki nędzarzy«. Naiwnem wreszcie owo dopatrywanie się podobieństwa w kamieniu nerkowym do tarczy, na której jest korona królewska. Notatki i źródła odnoszące się do zdrowia króla Jana Sobieskiego, aczkolwiek niebardzo liczne, pozwalają nam jednak wyrobić sobie prawdopodobne zdanie co do zdrowia, względnie jego chorób. I tak wiadomą jest rzeczą, że Jan III. odznaczał się dużą otyłością, która zwłaszcza w ostatnich latach dochodziła do tak znacznych rozmiarów, że najtęższe araby z jego stajni nie mogły go unieść. Cierpiał on przytem, o ile sądzić można z objawów za życia i zmian znalezionych po śmierci, na skazę moczanową, a przemawiają za tem owe kamienie na sekcyi znalezione.

W roku 1670 skarży się ustawicznie na brak zdrowia, a w roku 1671 w lutym (6) pisze przyszły zwycięzca z pod Wiednia do żony [9]) ze Lwowa, że z powodu ciężkiej choroby z łóżka zwlec się nie może, »mnie zaś doktorowie moi kazali mi się strzedz apopleksyi à cause de la rétention dedans les reins.... Spytaj się Wć. doktora swego, co to za choroba, i jak to ciężko przyjdzie umrzeć z przyczyny serca mego«. A więc już wówczas, już na 25 lat przed śmiercią mówią mu lekarze o jakiemś zatrzymaniu w nerkach (może w wydzielaniu), już wtenczas wspominają o jakiemś schorzeniu nerek. W trzy lata później, t. j. w r. 1674 słyszymy, że lekarze polecają mu pić wody Egierskie (dzisiejszy Warmbrunn).

W liście Warumbergera [10]) do Stanisława Szczuki, referendarza koronnego, datowanym w Żółkwi 16. grudnia 1693, a więc trzy lata przed śmiercią króla, czytamy: »Przeszłego tygodnia po quotidianie przypadła była quartana; ta odmieniła wszystkie intenta Pańskie, bo doktorowie, widząc Króla Jch. Pana, odradzali jechać do Warszawy y dlatego wyszły Innotescentiae ad ministros Regni y uniwersał do Xcia Jmci Kardynała z tą wiadomością, że złe zdrowie y słabość wielka wstrzymała y termin Seymowi przeciągniony być musi. Trzy kopie ma posłać Przyszka Wm. Wm. Panom y Dobr. z rozkazami Króla Jchm. Po onym paroxyzmie czwartego dnia przypadłym coraz lepiej za łaską Bożą Król Jegomość ma się. Sypia dobrze w nocy, je lepiej, nie kaszle prawie nic, tylko co flegma odchodzi y kiedy odchrząknie smród jakiś czuje y tem się najbardziej Pan alteruje, bo rozumie, że mu na płucach coś musi być, abo się psują, ale y to zaraz za łaską Bożą ustanie. Dają proszek pewny arozy na to, mleko parzone y cukier z balsamem etc. Nadzieja w Bogu, że zdrowy coraz będzie«.

[9]) Ord. Myszkowskiej. R. 1860 pod Nr 37. Listy Sobieskiego do żony, wyd. Helcla.

[10]) Niemcewicz. Zbiór pamiętników o dawnej Polszcze. T. IV. Wyjątek z pamiętników O'Conora.

Co to była za choroba, połączona z paroksyzmem, z tego pobieżnego urywku trudno oczywiście oznaczyć, w każdym razie wchodziły tu w grę płuca, król bowiem kaszlał i wykrztuszał ową tak go niepokojącą cuchnącą plwocinę. Nie mogła to być jakaś lekka niedyspozycya, kiedy z powodu niej wstrzymano zwołanie sejmu.

Kilka miesięcy przed śmiercią wystąpiły obrzęki skórne, głównie na kończynach dolnych, które, o ile sądzić można z odnośnych notatek, nie ustępowały, ale przeciwnie się zwiększały. W listach Jana Sobieskiego, wyd. Bandtkiego i Helzla, spotykamy wspomnianą już wyżej notatkę niewiadomej osoby o chorobie Jana III., datowaną dnia 3. maja 1696, a zatem $1^1/_2$ miesiąca przed śmiercią króla: »Zdrowie Jana«, czytamy tam, »z nocy ostatniego kwietnia złe było. Zaczem się wyspowiadał. Pierwszego maja zgodził się na poradę chłopka, który z rocznych ziół sporządziwszy odwar — przyłożył na całe nogi plaster. Jakób lękał się tego, bo plaster był mokry i zimny. Król czuł jednak folgę w nogach. Nie bywały one już czerwone, jak zazwyczaj, tylko miały naturalną barwę. Oprócz tego kazał mu chłop pić dwa razy dziennie pół filiżanki napoju z korzonków, bardzo przykrego. Od dwóch dni ma król apetyt dosyć dobry, sypia i jest wesół. Chłopek powiada, że, gdyby słuchał, byłby chodził na św. Jana. Chłopek nic nie ordynuje, póki egzorcysta-reformat stale przy królu będący, nie da błogosławieństwa«. Obrzęk nóg musiał być znaczny i stan ogólny nie najlepszy. Czytamy, że król leżał, a w nocy z ostatniego kwietnia szczególnie niedobrze czuć się musiał tak, że już dnia następnego przystąpił do spowiedzi. Obrzęki wzmagały się stale i to dość szybko, stawały się twardymi, nieustępującymi pod palcem. O'Conor, niejako główny ordynaryusz królewski, zażądał od Załuskiego, biskupa płockiego, nieodstępnego w ostatnich miesiącach towarzysza królewskiego, wiadomości o stanie zdrowia Sobieskiego. Załuski przesyła mu biuletyn pod datą 2. czerwca 1696 [11]), prosząc, aby on, jako lekarz i inni jego koledzy w Londynie wydali opinię — czem zobowiąże monarchę. Załuski więc pisze: »Stan zdrowia Króla Imci Polskiego takim jest: Nogi, lędźwie i żołądek królewski w niedługim czasie znacznie spuchły, puchlina ta zaczęła się tego lata i pomnaża się codziennie, lubo do zmniejszenia jej wewnętrznych używano lekarstw. Przyłożywszy palec do puchliny tej nie ustępuje, ani się ugina i owszem twardością żelaza, ciężkością ołowiowi się równa. Król, gdy chodzi czuje jak gdyby niezmierny ciężar przywiązanym był do nóg jego. Twardość tej puchliny żadnym sposobem zmniejszoną być nie może, gdy się ciepło trzyma, ustępuje nieco, lecz natychmiast powraca, kolor tej puchliny nie jest blady, lecz czerwony i purpurowy prawie«.

Widocznem więc, że prócz obrzęków skórnych wystąpiła wyraźna puchlina jamy brzusznej, t. j. owo przez Załuskiego podane spuchnięcie żołądka. Należy tu podnieść to czerwone, prawie purpurowe zabarwienie skóry, o którem w kilku miejscach wspominają notatki. Być może, że występowała tu także niedomoga mięśnia sercowego, a może wypryski i te schorzenia skóry, które lubią towarzyszyć dłużej trwającym obrzękom lub jakaś dermatoza.

W piętnaście dni po przytoczonej relacyi biskupa Załuskiego o zdrowiu królewskiem, król umarł. W liście Załuskiego do kardynała Radziejowskiego i innych, datowanym z dnia 17. czerwca 1696 [10]), a zatem w dniu śmierci króla, spotykamy dokładny opis ostatnich chwil bohatera z pod Wiednia. »Zaledwie stanął — (zapewne Załuski) — w Wilanowie, przysłał Jan«, czytamy w tym liście, »co słychać w Warszawie. Oświadczył, że we wszystkich kościołach modlą się zarówno za zdrowie jego, ale i na pamiątkę jak temu 23 lat królem obrany został. Prosił zatem, aby tę rocznicę godnie odprawił spowiedzią. Król odparł, że się napił klejku — a gdy biskup oświadczył, że to nie przeszkadza, oświadczył, że nie jest przygotowanym i prosił o odłożenie do dnia następnego. Biskup prosił zatem, aby się zaraz wyspowiadał, a podczas mszy myślą przyjął komunię. Odprawił mszę i vota, a biskup nie widział, aby ktoś z taką skruchą i nabożeństwem jej słuchał. Wyszedł na chwilę do kardynała d'Arquin, a wróciwszy do pokoju królewskiego znalazł królową leżącą na kanapie. Usiedli z opatem Polignac, posłem francuskim, przy łóżku królewskim. Król więcej, niż godzinę, rozmawiał z nimi, gdy raptownie tknięty został apopleksyą, krzyknął, by dał znak żalu, co, gdy uczynił, oczy zwróciwszy na niego, udzielił mu rozgrzeszenia *in articulo mortis*. Wkrótce podnosił ubranego i wstającego z łóżka, ale omal całym ciężarem ciała jego nie został przywalony. Królowa się zerwała i zaczęła lamentować, prosił więc, by się oddaliła. Polignac zawołał lekarzy i chirurgów. Przybiegli co prędzej. Przyszło także wielu dworzan, lecz

ledwie który trzeźwy. Godzinę całą król leżał na ziemi robiąc piersiami i pieniąc się strasznie. Przyszło mu na myśl dać *Agnus Dei* Innocentego XI. Pobiegł do pokoju królowej żałośnie jęczącej na łożu, prosząc o niego. Następnie namaczawszy część onego w winie, dał go księdzu Skopowskiemu, Dominikaninowi, spowiednikowi królewskiemu. Ten go włożył w usta króla — i wówczas Jan zapytał: Cóż się ze mną stało? Biskup odpowiedział, że go Bóg z największszego niebezpieczeństwa wyrywa i wezwał go do spowiedzi, i nie czekając na odpowiedź, prosił przytomnych, aby się oddalili. Wyszli. Król spowiadał się przez $1^1/_2$ kwadransa — ze skruchą największą. Położono go na łożu następnie i zaczęto dawać lekarstwa. Tymczasem Suszycki, ochmistrz królewski, poszedł po Najświętszy Sakrament do parafialnego kościoła — a otaczający prowadzili pobożną gawędę. Długo czekano, bo nie znaleziono parocha.

Paroksyzm się powtórzył i trwał przez godzinę. Weszli biskupi Witwicki, poznański i Popławski, inflantski — a jeden z nich dał królowi rozgrzeszenie i ostatnie pomazanie. Król konał i między 8. a 9. ducha wyzionął«.

Z powyższego opisu widzimy, że król niemal do końca był przytomny, prowadził rozmowę, interesował się wypadkami bieżącymi, pytając, co słychać w Warszawie — nie przeczuwał, że ostatni to dzień jego życia, kiedy odkładał przyjęcie komunii z powodu spożycia kleiku do dnia następnego. Nagle przyszedł atak, nazwany w liście apopleksyą. Co to był za atak? Miał trwać godzinę, król upadł na ziemię, niewątpliwie stracił przytomność »robił piersiami, pieniąc się strasznie«. Po godzinie przyszedł do siebie, przytomność zatem wróciła, i pytał, co się z nim stało. Sądzę, że był to atak mocznicowy, wiemy bowiem, że tego rodzaju ataki nagle, wprost niespodzianie mogą wystąpić, mogą trwać niedługo, poczem chory wraca do przytomności. Nie pozostawił on po sobie jakichś porażeń, szczególnie mowy, w przeciwnym bowiem razie czytalibyśmy o tem w przytoczonem sprawozdaniu, zresztą czytamy, że chory po ataku się zapytał. Już przedtem wspomniałem, że nie mógł on być następstwem większej, a dla oka widocznej zmiany anatomicznej mózgu. Wkrótce po tym ataku przyszedł drugi i król w nim skonał.

Przebieg ostatnich chwil Sobieskiego i jego skonu zupełnie może odpowiadać obrazowi przedśmiertnemu, jaki towarzyszy przewlekłemu zapaleniu nerek, a mam tu na myśli między innymi objawami owe ataki, zdaniem mojem, mocznicowe.

Gdy w tydzień po otrzymaniu listu Załuskiego nadeszła wiadomość o śmierci króla, dodaje O'Conor [11]) od siebie, że wiadomość ta go nie zdziwiła »zaskórna bowiem woda przemieniała się w skir, czyli w twarde bez czucia nabrzmienie; o przypadku takim rzadko bardzo słyszeć się dało, najstarsi nawet lekarze, z którymi o tem mówiłem, zapewniali mnie, że nigdy o podobnym nie słyszeli, mnie nawet samemu nic podobnego leczyć nie zdarzyło się«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości PP. Kolegom, że dla interesantów biuro Izby otwarte jest w godzinach urzędowych od 2—3 popołudniu codziennie z wyjątkiem sobót i dni świątecznych.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka prosiła Izbę o ogłoszenie następującego

Ostrzeżenia:

I. »Niniejszem ogłasza się b o j k o t na posadę lekarza Kasy chorych f a b r y k i s o d y hr. Larischa w P i o t r o w i c a c h (Petrowitz), którą dotychczas zajmował Dr Henryk Kłuszyński, albowiem wypowiedziano mu posadę tę bez dostatecznego powodu. Lekarzy, którymby posadę tę ofiarowano, przestrzega się, by jej nie przyjmowali i w ich własnym interesie wzywa się, aby najprzód zasięgali informacyi w Komisyi umów miasta Frysztatu (Freistadt). — Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka. *Dr Frencl*, m. p. *Dr Stiller*, m. p.«

II. »Ponieważ powiatowa Kasa chorych we Frysztacie na Ślązku nie zważa na warunki umowy, zawartej za pośrednictwem pana Starosty z Frysztatu w Boguminie dnia 26. marca 1907 i również nie dotrzymała przyrzeczeń, danych 22. kwietnia 1908, przeto lekarze tej Kasy zaprzestali pracy. Ogłasza się nad temi posadami bojkot aż do odwołania. — Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka. *Dr Frencl*, m. p. *Dr Stiller*, m. p.«

[11]) l. c. Niemcewicz. Zbiór pam. i t. d.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. do 17. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1), Brzesko (Borzęcin 1), Buczacz (Krasiejów 2, Trościaniec 3), Lisko (Baligród 1), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Śniatyn (Trójca 2), Stryj (Lisiatycze 1, Orawczyk 7). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 11. do 17. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 43, nieżywo 4; zmarło osób 67 (w tem obcych 26), z nich z gruźlicy 12 (3), zapalenia płuc 9 (3), błonicy 2 (2), płonicy 6 (2), odry 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. do 17. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 4 † 1, płonicy 10 † 6 (3 † 2), odry 57 † 2 (1 † —), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. do 17. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 2 (1), płonicy 55 † 5 (2 † 2), duru brzusznego 6 (4), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V. (sanitarnego) Wydziału krajowego za czas od 1. XII. 1906 do 15. V. 1908, przedłożone Sejmowi w bieżącej sesyi, rozpoczyna się zestawieniem rachunkowem wydatków kraju na cele zdrowia publicznego w r. 1905. Wydatki te wynosiły 3,368,149 K (w porównaniu z r. 1904 więcej o 21,867 K), z czego koszta leczenia 2,884,774 K, utrzymanie podrzutków 56,663, szczepienie 152,500, okręgowa służba zdrowia 96,177, zasiłki dla zakładów sanitarnych 32,758, dotacye dla nich 133,190 K. Rzeczywisty wydatek był o 150,563 K mniejszy, gdyż tyle wpłynęło w postaci zwrotów od szpitali prowincyonalnych, nadwyżki od szpitala w Krakowie (30,856 K) i od zakładu w Kulparkowie (58,981 K).

Dni leczenia w szpitalach było 2,097,536 (o 59,068 więcej, niż w r. 1904), średni czas leczenia we wszystkich zakładach i szpitalach wynosił 47·5 dni (w szpitalach krajowych i klinikach 19·7, w szpitalach prowincyonalnych 21·3, w zakładach obłąkanych 148·8); średnia dzienna liczba chorych 5,742; całe leczenie jednego chorego kosztowało średnio 38 K 29 h, żywienie zaś za 1 dzień od 40·3 gr. (w szpitalach prowincyonalnych) do 64 gr. (w zakładach położniczych) (w szpitalach krajowych i klinikach 60·2 gr.). Dane te objaśnione są 3 tabelarycznemi zestawieniami, wymieniającemi szczegółowo wydatki na zakłady krajowe i prowincyonalne, zasiłki dla zakładów prywatnych, ruch chorych i t. d. Wreszcie dołączono tabelę porównawczą, która przedstawia koszta leczenia chorych od r. 1899 do 1903 w Galicyi, Czechach, Austryi dolnej, Styryi i Tyrolu, oraz drugą, przedstawiającą ilość szpitali, łóżek, koszta leczenia i śmiertelność we wszystkich krajach koronnych Austryi w r. 1903. (Takie dane porównawcze już za rok 1904 podaliśmy w »Przeglądzie lek.« r. b. Nr 24, str. 340).

W sprawie budowy z a k ł a d u p o ł o ż n i c z e g o w K r a k o w i e zaznacza sprawozdanie, że Wydział krajowy miał przedłożyć Sejmowi sprawozdanie o przyczynieniu się kraju do kosztów budowy w stosunku do 2,400 K od łóżka, jednakże z potrąceniem połowy wartości gruntu szpitalnego, oddanego pod budowę. Jednakże załatwienie sprawy przewlokło się przez chorobę i śmierć ś. p. Prof. Jordana, a następnie przez to, że następca jego, Prof. Rosner, zaproponował inne miejsce pod budowę. Komisya mieszana, złożona z przedstawicieli rządu i kraju, w dniu 1. IV. 1908 nie mogła jednak powziąć decyzyi, ponieważ zaproponowany grunt trzeba dopiero zbadać pod względem technicznym, a nadto Wydział krajowy żąda naprzód programu ogólnego budów szpitalnych, bo może proponowany grunt okazać się pod nie potrzebny.

W sprawie budowy k l i n i k i p s y c h i a t r y c z n e j w K r a k o w i e opisuje sprawozdanie zamianę gruntów krajowych, oddanych pod budowę, na grunta miejskie (szczegóły, o których »Przegląd lekarski« swego czasu już donosił); Wydział krajowy wstawił do budżetu krajowego na r. 1908 zasiłek na budowę tej kliniki w kwocie 50,000 K, uchwalony już dawniej przez Sejm.

W s z p i t a l u ś w. Ł a z a r z a w K r a k o w i e mają być podjęte konieczne adaptacye kosztem 39,960 K (przerobienie starej suszni na mieszkania 10,000 K, wzmocnienie fundamentów, naprawa maszyny parowej i t. d.). Oświetlenie elektryczne szpitala, na którego instalacyę Sejm uchwalił w r. 1907 18,000 K,

zostało zaprowadzone tylko na oddziałach chorób wewnętrznych i w budynkach administracyjnych; dalsza instalacya wymaga jeszcze badań, ponieważ zaszła potrzeba pewnych zmian.

Nowela do ustawy zdrojowej, uchwalona przez Sejm w r. z., nie uzyskała jeszcze sankcyi.

Z 11 okręgów sanitarnych, uchwalonych na ostatniej Sesyi sejmowej, aktywowano 7; co do 4 innych toczy się jeszcze korespondencya. Natomiast »w uwzględnieniu usilnych żądań ze strony interesowanych gmin, popartych ze strony Wydziałów powiatowych i zaopiniowanych przez c. k. Namiestnictwo i kraj. Radę Zdrowia« utworzył Wydział kraj. 3 inne okręgi sanitarne (po jednym w pow. Buczacz, Nowy Sącz, Przemyśl). »Wobec tego, tudzież w braku dalszych żądań o pomnożenie okręgów sanitarnych, Wydział kraj. nie przedkłada osobnego sprawozdania z wnioskami o pomnożenie liczby tych okręgów w r. 1908«, jednakże »gdyby jeszcze w ciągu r. b. zaszła uzasadniona potrzeba pomnożenia okręgów sanitarnych, — Wydział kraj. będzie mógł przystąpić do odnośnych zarządzeń«, posiadając pewne oszczędności w kredytach, dawniej na ten cel przyznanych.

Projekt ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych przedkłada Wydział kraj. w osobnem sprawozdaniu (por. »Przegląd lek.« N. 40 str. 515).

Budowa nowych klinik uniwersyteckich we Lwowie »znajduje się jeszcze w stadyum przygotowawczem, a Wydział krajowy nie otrzymał dotąd od c. k. Rządu szczegółowych planów i kosztorysów«. Wydział lekarski lwowski stara się tymczasem o dokupienie jeszcze około 1000 sążni □ do gruntu, pod budowę klinik przeznaczonego, a Wydział krajowy zakupno to Sejmowi poleca pod warunkiem, że rząd przyczyni się wydatnie do kosztów.

Pawilon zakaźny we Lwowie nie został dotąd rozpoczęty z powodu nowych projektów co do wyboru miejsca pod budowę, gdyż magistrat lwowski nie zgadza się na budowę pawilonu na gruntach krajowych obok szpitala krajowego, a za grunt miejski, niedogodnie zresztą położony, żąda świadczeń zbyt uciążliwych.

W sprawie kontroli handlu starą odzieżą przytacza sprawozdanie wnioski, nadesłane przez Namiestnictwo na podstawie opinii kraj. Rady Zdrowia, a dotyczące warunków zezwolenia na taki handel, odkażania odzieży w tych handlach, pouczania ludności o niebezpieczeństwach, połączonych z nabywaniem odzieży używanej i t. d.

Zakład Dz. Jezus w Bobrku (ks. Ogińskiej), przyjmujący podrzutki, przynależne do Galicyi, a zrodzone w Wiedniu (w zakładzie położnic) i w szpitalu krakowskim, utrzymuje na koszt kraju 95 podrzutków (od 2-go roku życia). W wiedeńskim zakładzie podrzutków znajduje się jeszcze 321 dzieci, które będą stopniowo do Bobrku przeniesione. Ks. Ogińska utrzymuje i kształci w Bobrku własnym kosztem pewną liczbę podrzutków, które przekroczyły 10. rok życia.

Próby leczenia matołectwa tyreoidyną zamierza Wydział kraj. pdjąć w okręgu nowotarskim z pomocą subwencyi rządowej. Namiestnictwo zajmuje się ułożeniem szczegółowego programu działania i kosztów.

W sprawie oddziału t. zw. obserwacyjnego w szpitalu lwowskim uzasadnia Wydział kraj. w dłuższym wywodzie potrzebę dalszego jego utrzymania. Mianowicie Wydział lekarski lwowski zwrócił się do Sejmu w r. 1907 z życzeniem, aby czynności tego oddziału (obserwacyę obłąkanych przed przyjęciem stałem do krajowego zakładu w Kulparkowie) przekazano uniwersyteckiej klinice psychiatrycznej. Wydział krajowy wywodzi, że nawet przy zachowaniu szpitalnego oddziału obserwacyjnego nie ma obawy, aby klinice psychiatrycznej brakło materyału naukowego, bo już dotychczasowy nadmierny napływ chorych i do szpitala kraj. i do rozszerzonego zakładu kulparkowskiego obawę taką uspokaja. Napływ umysłowo chorych niewątpliwie jeszcze się wzmoże, gdy otwarta zostanie klinika, dobrze wyposażona, która przez to chorych więcej, niż szpital, przyciągać będzie, a która zresztą ma prawo wybierać sobie potrzebny materyał naukowy z oddziałów szpitalnych krajowych i t. d. Z drugiej zaś strony jest oddział obserwacyjny niezbędną cześcią składową szpitala krajowego i zwinięcie jego przyniosłoby szpitalowi niepowetowane szkody (co szczegółowiej zostało uzasadnione w osobno wydanem Sprawozdaniu Inspektora szpitali krajowych).

Z nowych szpitali powszechnych otwarty został szpital w Nowym Sączu 5. IV., a w Złoczowie 1. I. 1907. (NB. Oba te szpitale istniały, a pozyskały obecnie tylko nowe budynki). Otwarcie szpitala w Dolinie (dopiero założonego) odwlokło się z powodu konieczności pewnych uzupełnień budowy, urządzenia i t. p., na które Wydział powiatowy nie miał na razie dostatecznych funduszów. Po udzieleniu zaliczki krajowej (50.000 K.) podjęto potrzebne roboty i szpital miał być otwarty 1. VII. 1908.

Przebudowy i dobudowy, uchwalone przez Sejm w r. 1907, zostały dokonane lub są w toku: w Brzeżanach (dom gospodarczy, pawilon ilozacyjny i trupiarnia — 80.000 K.), w Husiatynie (nowy pawilon, adaptacye w starym budynku, nowe wodociągi i t. d.) i w Tarnowie (nowy pawilon chirurgiczny na 60 łóżek, rozszerzenie i adaptacya starych budynków, wodociągi — razem 289.755 K., z czego gmina miasta Tarnowa pokrywa około 91.000 K.). Największą przebudowę, w Tarnowie, rozpoczęto w lecie 1907 od postawienia nowego pawilonu chirurgicznego i t. d.; dalsze roboty potrwają 3 lata. — Natomiast przebudowa szpitala w Sanoku (dom gospodarczy, pawilon zakaźny i trupiarnia), nie została (do 1. VII. 1908) wykonana, ponieważ gmina zrazu nie chciała wcale pokryć przypadającej na nią połowy kosztów, a później, ustąpiwszy pod groźbą zamknięcia szpitala, należnej kwoty na termin nie złożyła. — Wreszcie w toku jest sprawa budowy pawilonu dla chorych wenerycznych (na 60 łóżek) przy szpitalu w Stryju; koszt obliczony na 218.920 K. ma pokryć po części rząd, z którym toczą się rokowania.

Na końcu dołączone są do sprawozdania Dep. V. oprócz wspomnianych już tabel ruchu chorych i kosztów w szpitalach w r. 1905, takież tabele za rok 1906, oraz zamknięcia rachunkowe szpitali prowincyonalnych za r. 1905 i 1906 i budżety ich na r. 1907 i 1908.

Osobne sprawozdania i wnioski, oprócz tego głównego sprawozdania Dep. V. i oprócz projektu ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, przedłożył Wydział krajowy Sejmowi w przedmiocie budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie, polepszenia płac niektórych funkcyonaryuszy szpitalnych, objęcia przez kraj szpitala dla dzieci (św. Zofii) we Lwowie, przebudowy szpitala w Stanisławowie i ustaw kilku nowych szpitali prowincyonalnych.

Sprawa zakładu w Kobierzynie przedstawia się obecnie w sposób następujący: Wydział kraj. zakupił nie bez trudności i przeszkód 104 morgi w jednym kompleksie za 197.000 K. i zawarł umowę z gminą m. Krakowa o dostarczanie przyszłemu zakładowi wody z wodociągu miejskiego (dziennie 250 do 500 m.³ w miarę wzrostu zakładu, za opłatą 22.812 K. przez pierwszych lat 25 za 250 m.³). Po przeprowadzeniu dokładnych studyów (w którym to celu m. i. zwiedził nowomianowany dyrektor Zakładu, Dr Jan Mazurkiewicz, wysłany za granicę, 33 zakłady w Szwajcaryi, Niemczech i Holandyi) i utworzeniu komitetu budowy (szef. Dep. V. radca Onyszkiewicz, architekci: nadr. J. Sare, J. Pakies, W. Klimczak, z lekarzy prócz dyrektora zakładu prof. Piltz i J. Nowak, wreszcie referent prawniczy) rozpatrzono dokładnie szkice planów, przyczem zmniejszono pojemność powietrza na 1 łożko z 36 na 28 m.³, rozdzielono dom administracyjny na 2 budynki, (wyłączając magazyny, aptekę i pracownie), oraz zaprojektowano budowę domu zabaw, 2 domów dla dozorców oddziałowych (by módz przyjąć żonatych, którzyby zakładu trwale się trzymali), pawilonu dla 34 chorych jaglicowych i zakaźnych skórnych, zwiększając zarazem liczbę łóżek pawilonu zakaźnego z 8 na 16. Zmiany te wymagają oczywiście przekroczenia pierwotnego kosztorysu (4,321.000 K.), co jednak obecnie nie da się jeszcze ściśle oznaczyć. Ostatecznie ma zakład w Kobierzynie składać się z 43 budynków, rozmieszczonych na 44 morgach, najkorzystniej położonych; dalej 7 morgów przeznaczono pod park zakładowy, 50 pod uprawę, 3 pod cmentarz. Zakład składać się będzie z 3 części: lecznica (na 534 łóżek z uwzględnieniem ewentualnej dobudowy aż do 800 łóżek), część administracyjna i folwark. Obecnie rozpoczęto (z wiosną r. b.) wstępne prace inżynierskie; budowa właściwa może się rozpocząć z wiosną 1909. Sprawa organizacyi zakładu i jego budżetu stanie na porządku dziennym dopiero przy ukończeniu budowy, najwcześniej za 3 lata.

Polepszenie płac wnosi Wydział kraj. dla dyrektorów obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie (na 6400 K., mieszkanie z opałem i światłem lub dodatek 1.472 + 420 K., trzy pięciolecia po 800 K.), dla lekarzy i urzędników Zakładu w Kulparkowie, przyczem ustanowiona być ma jedna nowa posada sekundaryusza (dotąd było lekarzy 9), dla urzędników obu szpitali krajowych, oraz zaopatrzenie służby obu tych szpitali na wypadek nieudolności do dalszej pracy (po 10 latach 40%, po 30 latach pełna płaca).

Szpital św. Zofii we Lwowie ma być według wniosku Wydziału kraj. objęty na własność przez kraj bez odszkodowania za budynki i t. d., jednakże kraj przejmuje zobowiązania (długi) szpitala i dokona niezwłocznie najpilniejszych napraw i rekonstrukcyi.

Szpital stanisławowski, stale bardzo przepełniony (na 120 łóżkach było w r. 1905 od 150 do 224! chorych) i nieodpowiedni, ma być przebudowany i rozszerzony (nowe pawilony chirurgiczny i położniczy na 90 łóżek, oraz zakaźny na 20 łóżek, rozszerzenie budynków administracyjnych, wodociągi i t. p.) kosztem 432.000 K., z czego połowę ponieść ma gmina m. Stanisławowa, a połowę krajowy fundusz szpitalny, zaciągając odpowiednią pożyczkę. W Czortkowie Wydział powiatowy zbudował w r. 1907 nowy szpital na 50 łóżek, w Kosowie został nowy szpital również ukończony i urządzony; Wydział krajowy wnosi ustawy, nadające obu tym szpitalom charakter publicznych i powszechnych. Dalej wnosi Wydział kraj. o pozwolenie Wydziałom powiatowym na pożyczkę na założenie szpitali: w Bóbrce 100.000 K., w Nowym Targu 170.000 K.

Z samoistnych wniosków poselskich, zgłoszonych w bieżącej sesyi, wymienić należy przedewszystkiem wniosek posła Cieńskiego i tow. w sprawie zwalczania gruźlicy. Wniosek żąda przyspieszenia państwowej ustawy epidemicznej, ustanowienia osobnych lekarzy w powiatach, najbardziej gruźlicą dotkniętych, bezpłatnego badania bakteryologicznego, konkursu na plan uzdrowisk ludowych, bezpłatnego leczenia gruźliczych ubogich, pouczania ludności, wreszcie zwołania przez Wydział kraj. ankiety przeciwgruźliczej. Poseł Rutowski wniósł o utworzenie krajowego szpitala zakaźnego we Lwowie, poseł Dr Bednarski w sprawie kolei z Nowego Targu przez Krościenko (Szczawnicę) do N. Sącza, poseł Dr Kurowiec o zaprowadzenie lekarzy szkolnych w szkołach średnich.

Komisya sanitarna sejmowa uchwaliła dotychczas referat rektora Prof. Dra Marsa o sprawozdaniu Dep. V., omawiała sprawę szpitali dla chorych na kiłę, sprawę zaopatrzenia gmin w dobrą wodę i organizacyę służby szpitalnej, oraz przekazane jej, wyżej wymienione sprawozdania i wnioski.

Uchwały Sejmu zapadły dotąd przychylnie w sprawie pożyczek na budowę szpitali w Nowym Targu i Bóbrce, na budowę wodociągów w Tarnowie i Rzeszowie, oraz objęcia szpitala św. Zofii we Lwowie na własność kraju; dalej przyjęto (23. X.) sprawozdanie komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Dep. V., jakoteż jej wnioski, m. i. wniosek gruntownej rekonstrukcyi szpitala kraj. w Krakowie. Sprawy sanitarne były w d. 21. i 22. X. na zasadzie sprawozdania komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Departamentu V. przedmiotem niezwykle obszernej dyskusyi, jakiej w Sejmie dotąd chyba nigdy nie było.

(Nasuwające się uwagi odkładamy do następnych numerów).

R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. paźdz. b r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek stwardnienia pierwotnego na wardze, a prym. Doc. Dr Rutkowski operowane przypadki raka migdałka, raka krtani, raków i zwężeń odźwiernika, raka odbytnicy, t. zw. »wola zastępczego« z podstawy języka, wreszcie gastroduodenoskop Rovsinga, poczem r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz wyłożył rzecz p. t. »Znaczenie przepłukiwania komórek ocznych przy operacyach zaćmy«,

— Dnia 19. października b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach. gal., na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Prezydent zawiadomił, że wyznaczył godzinę urzędową od 2—3 popołudniu z wyjątkiem sobót, niedziel i świąt dla członków Izby i dla interesantów, co będzie ogłoszone w pismach fachowych. 2) Projekt umowy dla lekarzy, kompetujących o posadę przy mającej się utworzyć kasie chorych kierownictwa regulacyi Wisły, przyjęto. 3) W sprawie lekarzy z R., żalących się, iż są pomijani przy wzywaniu do komisyi i oględzin sądowych, a na wyraźne żądanie naczelnika sądu bywa wzywany do tych czynności lekarz wojskowy — postanowiono wnieść zażalenie do Prezydyum Sądu apelacyjnego we Lwowie. 4) Na prośbę Związku lekarzy Śląska postanowiono ogłosić ostrzeżenie przed przyjmowaniem posady w Piotrowicach przy Kasie chorych fabryki sody. 5) Następnie załatwiono szereg drobnych spraw. 6) W sprawie wypowiedzenia przez kolej posady po 17 latach Drowi E., postanowiono zwołać osobne posiedzenie na dzień 20 października b. r.

— Biuro Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie otwarte jest w godzinach urzędowych codziennie od 2—3 popoł. z wyjątkiem sobót i dni świątecznych.

— W zeszłym tygodniu ukończył się kurs nauki odkażania, urządzony staraniem i kosztem gminy m. Krakowa. W kursie brało udział 11 uczestników (służba szpitalna, służba zakładu czyszczenia miasta, akcyzy i t. d.), których przygotowaniem zajął się bardzo gorliwie lekarz miejski Dr Bernaciński. Przy egzaminie, odbytym w obecności prof. Kostaneckiego, członka Najwyższej Rady zdrowia i miejskiej komisyi sanitarnej, oraz wszystkich lekarzy miejskich, udowodnili wszyscy kandydaci, że nabyli wiadomości praktycznych, potrzebnych do służby dezynfektorskiej, poczem otrzymali odpowiednie świadectwa w miejskim urzędzie zdrowia.

— Sprawozdanie Zarządu »Towarzystwa Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej Pomoc Bratnia« w Zakopanem za r. 1907/8 świadczy, że niezrażająca się trudnościami ośmioletnia wytrwała i pełna poświęcenia praca założycieli i kierowników tego sanatoryum przyniosła wdzięczny plon i zdołała wreszcie obudzić wśród społeczeństwa nieco większe zajęcie się tą instytucyą, aczkolwiek jeszcze nie takie, jakiego ona potrzebuje i na jakie zasługuje. Członków założycieli (jednorazowo 200 K) liczyło Towarzystwo 72 (przybyło w ostatnim roku 6), wspierających (rocznie 20 K) tylko 138 (przybyło 47), zwyczajnych (młodzież akademicka) 1278 (przybyło 578). Członków honorowych jest 4, z nich Dr Kazimierz Dłuski i p. Andrzej Toczyłowski mianowani w r. z. Niezmiernie energiczna działalność agitacyjna zarządu i grup lokalnych sprawiła, że dochody Towarzystwa w r. zeszłym wyniosły 36.436·26 K i górowały nad wydatkami o 8.263·74 K, jednakże nie daje to jeszcze podstawy pewnej i trwałej Towarzystwu, mającemu taki ciężar, jak upłata długów na domu, zakupionym na sanatoryum, i pracującemu w takich warunkach, iż w budżecie swym na rok najbliższy musi przewidywać niedobór 4.676 K i przyjmować tylko chorych, mogących opłacać choćby skromną kwotę za swe utrzymanie. Dodajemy, że pracownicy instytucyi zajmują się nią bezinteresownie i że gospodarka, którą objęto w r. z. w zarząd własny, prowadzona jest bardzo ekonomicznie i oszczędnie (miesięczny koszt utrzymania jednej osoby, który dawniej dochodził 150—170 K, umiano we własnym zarządzie obniżyć do 123 K). Godzi się podnieść, że przetrwanie chwil najcięższych i obecny rozwój zawdzięcza Towarzystwo głównie pracy kilku ofiarnych osób dobrej woli, wśród nich w pierwszym rzędzie Dra Józefa Zychonia, dyrektora zakładu, Dr Kuczewskiego, lekarza zakładu i pani Kuczewskiej, która jest zarazem sekretarką zarządu i administratorką Domu Zdrowia. W r. z. zgłosiło się do przyjęcia 136 osób, z których przyjęto 73; razem z pozostałymi z poprzedniego roku 12, leczono w ciągu roku 85 przez 6705 dni (średnio po 79 dni). Wyniki leczenia były następujące: wyraźna poprawa (i zupełna zdolność do pracy) u 29·4%, poprawa u 28·2%, stan bez zmiany u 31·8%, pogorszenie u 9·4%. — Godziłoby się, aby sanatoryum »Bratniej Pomocy« obudziło większe zajęcie i wśród szerszych kół naszych lekarzy, z których niejednemu nadarzyć się może sposobność poparcia tak pożytecznej instytucyi.

— Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbył w Krakowie w dniu 14. X. b. r. posiedzenie, na którem prezes hr. Potocki zdał sprawę z posiedzenia zawiązującej się we Lwowie »Ligi zdrojowisk« oraz z memoryałów, wręczonych władzom krajowym i rządowym, a sekretarz Dr Zanietowski z przygotowań do Zjazdu balneologicznego. — Uchwalono Zjazd ten, odwołany chwilowo przez Sekcyę gospodarczą Zakopańską bez wiedzy Wydziału, odłożyć na pierwszą połowę roku przyszłego oraz postarać się o wysłanie własnych delegatów na ankietę ministeryalną w sprawie zdrojowisk.

— Do rzędu miast prowincyonalnych, zaopatrzonych w dobrą wodę do picia, przybywa Bochnia, gdzie właśnie ukończono budowę wodociągów.

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej 19. X. 1908 toczyły się żywe rozprawy nad sprawozdaniem fizykatu, stwierdzającem utrzymywanie się epidemii płonicy na tymsamym poziomie, przyczem uchwalono szereg wniosków w sprawie asanacyi pewnych dzielnic, otwarcia niektórych chederów, nadzoru nad szkołami i t. d. W sprawie reorganizacyi miejskiej służby zdrowia zapowiedział fizyk na zapytanie r. dw. Dra Merunowicza, że wnioski w tej sprawie będą komisyi przedłożone najdalej do 3 tygodni. W końcu wydano opinię o kandydatach na wakujące posady lekarzy miejskich.

— Sejm na wniosek swej komisyi prawniczej uchwalił polecić Wydziałowi krajowemu niezwłoczne rozpatrzenie sprawy utworzenia przynajmniej dwóch krajowych zakładów sierocych.

— Pod kierunkiem prof. Dr Sieradzkiego rozpoczął się kurs psychiatryi sądowej dla sędziów śledczych, który prócz Prof. Sieradzkiego wykładać będą Prof. Halban, dyrektor Dr Kohlberger, dyr. Dr Mazurkiewicz i Dr Świtalski.

— Prof. Dr M. W. Herman ustąpił ze stanowiska dyrektora szpitala w Przemyślu, gdyż powraca na stałe do Lwowa; szpital przemyski ma podobno objąć Dr Slęk, dyrektor szpitala sokalskiego (»Nowa Ref.« 481).

Ruch w zdrojowiskach polskich. W Ciechocinku bawiło do 31. VIII. osób 8381, w Druskienikach do 15. VII, 3206, w Iwoniczu do 10. IX. 4746, w Krynicy do 16. IX. 8633, w Rabce do 1. IX. 2824, w Rymanowie do 1. XI. 2232, w Szczawnicy do 1. IX. 2398, w Truskawcu do 5. IX. 3606, w Zakopanem do 5. IX. 6019, w Żegiestowie do 10. VIII. 697. (Przew. kąp. 13). Ogółem przeto liczbę gości w wymienionych 10 zdrojowiskach do końca września ocenić można na 45.000 z górą. — W Zakopanem mają być w przyszłości wszystkie pensyonaty poddane sanitarnym rewizyom komisyjnym i zastosować się do osobnych przepisów sanitarnych.

Warszawa. Na posiedzeniu wydziału balneologicznego Towarzystwa higienicznego w d. 14. X. poruszył Dr J. Zawadzki myśl zawiązania stowarzyszenia zdrojowego, celem ulepszenia zdrojowisk. Do stowarzyszenia powinnyby należeć wszystkie zarządy zdrojowe, oraz właściciele domów w zdrojowiskach i letniskach.

— Magistrat uznał, że częściowe i dorywcze ulepszenia szpitali miejskich nie rozwiążą sprawy i skutkiem tego uchwalił opracować ogólny plan systematycznego przekształcenia szpitalnictwa i w miarę środków kasy miejskiej wykonywać go, dążąc w ten sposób do możliwej doskonałości. Wobec tego wydział dobroczynny magistratu uchwalił wstrzymać się z nabyciem proponowanego mu przez rosyjskie Tow. dobroczynności domu poklasztornego przy ul. Bonifraterskiej za rb. 155.000 do czasu opracowania wspomnianego planu. (»Kur. warsz.« 286).

— Szpital im. św. Stanisława na Woli ma być rozszerzony przez dobudowanie pawilonu na 50 łóżek.

— Redaktorem »Czasopisma lekarskiego« w Łodzi wybrany został Dr St. Skalski.

— Przy Towarzystwie lekarskiem w Łodzi powstała sekcya pedyatryczna, któraj posiedzenie inauguracyjne odbędzie się d. 24. X. b. r. o g. 8 wieczór w szpitalu Anny Maryi dla dzieci. Po zagajeniu posiedzenia, powitaniu gości i przemówieniach delegatów wykładać będzie Dr J. Brudziński: »O celach i zadaniach współczesnej pedyatryi« a Dr W. Jasiński i W. Schoenaich przedstawią: »Szkic rozwoju pedyatryi polskiej«. Program działalności sekcyi na rok 1908—9 obejmuje: W r. 1908: 11. XI. A. Trenknerowa i A. Tomaszewski: »Przebieg i leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci«. 9. XII. W. Jasiński i H. Goldberg: »O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«. W roku 1909: 13. I. S. Gutentag i L. Przedborski: »Wyrośle adenoidalne, wpływ na ustrój i wskazania operacyjne«. 10. II. J. Brudziński i A. Goldman: »Intubacya i tracheotomia«. 10. III. Z. Prechner i M. Silberstrom: »Przymiot dziedziczny w świetle najnowszych badań«. 14. IV. T. Mogilnicki i A. Maszlanka: »Najnowsze badania w sprawie żywienia niemowląt«. 12. V. S. Rotwand: »O gruźlicy wrodzonej i drogach zakażenia gruźliczego«. 9. VI. H. Rozenblatówna: »Nowe badania z dziedziny bakteryologii błonicy«. Poza seryą tematów ogólnych, które zawsze ogłaszane będą przez sekcyę z góry na rok następny, na porządek dzienny posiedzeń dodatkowych wejdą demostracye i odczyty, zgłaszane w ciągu roku.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesyła nowopowstałemu gronu najszczersze życzenia jaknajpomyślniejszego rozwoju i owocnej pracy.

Z różnych stron. IV. międzynarodowy Zjazd elektrologii i radyologii lekarskiej odbył się we wrześniu r. b. w Amsterdamie. Liczył on 212 uczestników, z których przeszło 80 wypowiedziało odczyty, a reszta wzięła udział w wystawie, na której przedstawiono 110 przyrządów i 206 kolekcyi rentgenogramów. Na mocy uchwały komitetu posiedzenia elektrologiczne rozpoczęły się referatem Polaka, Dr Zanietowskiego z Krakowa, który przedstawił swój najnowszy przyrząd do zastosowania klinicznego kondensatorów; najstarszy przyrząd tego rodzaju, do lecznictwa jeszcze nie użyty podówczas, a pochodzący z r. 1765, przedstawiano na zakończenie posiedzeń w historycznem Muzeum Taylora w Haarlemie. Do międzynarodowej komisyi »de l' unification des méthodes«, wybrano Francuza Prof. Cluzeta, Holendra Prof. Salomonsona i Polaka Dr Zanietowskiego.

— Dzienniki donoszą o proteście, wniesionym na Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie przez Dra Żurawskiego i Dra Fronczaka, w słowach następujących: »Ponieważ prezydyum Zjazdu nie chciało uznać osobnej grupy polskiej, twierdząc, że uznaje tylko przedstawicielstwa państwowe, więc lekarze polscy opuścili obrady Zjazdu i wysłali pisemny protest z powodu tej sprawy na ręce generalnego sekretarza Zjazdu Dra J. S. Fultona. Protest zarzuca niesłowność Dr Fultonowi, który zapewnił lekarzy polskich, że uzna ich jako przedstawicieli Towarzystw lekarskich polskich, a następnie nie chciał tego uczynić.«

— W Wiedniu odbył się 12—15. X. b. r. I Zjazd przeciw alkoholizmowi, otwarty przez Prof. Weichselbauma i ministra spraw wewn. Bienertha, jako honorowego przewodniczącego Zjazdu. Z Polaków przedstawili referaty: Dr Filip Eisenberg (»Alkohol a zakażenie«), Dr Zofia Daszyńska-Golińska, oraz adwokat Dr W. Lewicki.

— Członkami stałego wydziału Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej są: z Niemiec Prof. Posner, His, Kutner i Casper, z Anglii Dawsen Williams, Sprigge i Kreasy, z Belgii de Jace i Pechère, z Danii Tcherning, z Hiszpanii Nogueira, z Francyi Lucas-Championnière, Baudouin i Blondel, z Węgier de Klyes, z Włoch Ceccherelli; prezesem jest Prof. Posner, sekretarzem Blondel.

Mianowani: Dr Chaim Hilfstein sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr Stanisław Łyskowiński, lekarzem domowym szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: Otyatra Prof. Bezold w Monachium;

Dr Franciszek Rajkowski, zasłużony działacz społeczny, autor popularnego podręcznika dla ludu i kilku drobniejszych prac (»Olejek terpentynowy w leczeniu czarnej krosty«. Przegl. lek. 1888), w 59 r. ż. w Ciechanowie.

Redakcya otrzymała: M. Franke: 1) O zaburzeniach czynności serca u człowieka na tle zniesienia przewodnictwa podniet z przedsionków do komór serca. 2) Przypadek tężca, w którym stosowano śródrdzeniowe wstrzykiwania siarkanu magnowego. 3) Sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc. 4) O sposobach wyrównania wad zastawki trójdzielnej. 5) O niemiarowości ruchów serca na tle skurczów dodatkowych i o jej znaczeniu klinicznem. 6) Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze. (Odbitki z »Tyg. lek.« 1907/8).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLVII. Kraków, dnia 31. października 1908. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z pracowni farmakologicznej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie).

O fizyologicznych własnościach choliny.

Podał

Docent Dr J. Modrakowski.

I. Przegląd piśmiennictwa.

Ogromne rozpowszechnienie choliny w świecie zwierzęcym i roślinnym jest już oddawna znane. Zasadę tę, wykrytą w r. 1862 przez Streckera w żółci, opisywali rozmaici autorzy pod nazwami: Amanityny, synkaliny i bilineuzyny. Dzisiaj, kiedy cholina została syntetycznie wytworzona przez Wurtza, znamy jej skład chemiczny i wiemy, że jest ona wodorotlenkiem amonowym trójmetylooksyetylowym (trójmetylo-oksyetylo-amonium-hydroksydem). Wiemy też, że cholinę można łatwo otrzymać jako produkt rozkładu lecytyny. Blizkie powinowactwo chemiczne tej tak bardzo rozpowszechnionej substancyi do ciała w wysokim stopniu trującego, jakiem jest muskaryna, zwróciło uwagę na cholinę i dało pobudkę do fizyologicznego jej zbadania. Po kilku latach mamy już wiadomości o działaniu choliny na ustrój zwierzęcy. Początkowo nie przypisywano jej wielkiego znaczenia. Dopiero, gdy się przekonano, że przy pewnych schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego, występuje ona w płynie mózgowo rdzeniowym, wtedy obudziła ona wielkie zajęcie u klinicystów i pojawiło się wiele klinicznych prac, których autorzy widzą w zjawieniu się choliny przy chorobach stały punkt wyjścia dla teoryi samozakażenia (autointoksykacyi) ustroju. Prace te zajmowały się po większej części wykryciem mikrochemicznem tej zasady w płynach ustroju [1]). Teoretycznie nie można odrzucić możliwości występowania choliny przy wielu sprawach chorobowych. Tembardziej jednak uzasadnionem staje się dążenie do wyjaśnienia działania tej substancyi na ustrój zwierzęcy.

Pierwszy badał doświadczalnie działanie choliny Gaehtgens [2]). Stwierdził on, że wstrzyknięcie choliny wywołuje początkowo podniesienie się ciśnienia krwi, a następnie spadek, i że wielkie dawki działają zabójczo wskutek porażenia oddechu.

Böhm [3]) doszedł do wniosku, że cholina stosunkowo mało jest trująca. Nie wywiera ona żadnego charakterystycznego działania, a szczególnie działania muskarynowego, na serce żaby. Na źrenicę działa silnie zwężająco. Z pomiędzy zwierząt ssących najbardziej wrażliwe są koty; u królików żadne objawy porażenia nie występują, nawet po dawce 0·79. Dawki poniżej 0·3 nie wywołują nawet u kotów nigdy wybitnych objawów zatrucia, z wyjątkiem szybko przemijającego ślinienia. Przy śródżylnem wstrzyknięciu 0·01—0·2 występuje wybitne ślinienie i szybko przemijające nieznaczne wzniesienie ciśnienia krwi.

Brieger [4]) w swojej książce »Über Ptomaine« zwraca również uwagę na stosunkowo nieznaczne własności trujące choliny, która zresztą ma wywoływać, podobnie jak i neuryna, objawy, zbliżone do objawów działania muskaryny. Według niego trzebaby podskórnie wprowadzić królikowi na 1 kg. 0·1 gr. chlorku cholinowego, aby wywołać taki sam skutek, jak przy użyciu 0,05 chlorku neuryny.

V. Cervello [5]), badając działanie choliny i neuryny, doszedł do wniosku, że obydwa te alkaloidy działają analogicznie, tylko że neuryna działa o wiele więcej trująco. Dowiódł także, że neuryna znajdująca się w handlu, zawiera oba te ciała. Kupny ten alkaloid działa zabójczo na króliki: przy podskórnem wprowadzaniu w ilości 0·05, występuje ślinienie, rozwija się stopniowo porażenie. Dla psów wagi 6 kg. dawka 0·3 ma być zabójczą. U ssaków przyczyną śmierci jest zatrzymanie oddechu wskutek podobnego do kurary działania na mięśnie prążkowane. Śródżylne wstrzyknięcie 0·02 wywołuje u psów zwolnioną i nieregularną czynność serca, tudzież wzmożenie ciśnienia krwi. Przecięcie obydwóch nerwów błędnych nie wpływa na opisany wynik. Cervello dochodzi do wniosku, że trucizna ta działa głównie na oddech, objawy zaś ze strony układu krwionośnego są natury drugorzędnej. Na serce żaby działa cholina podobnie do muskaryny: atropina znosi to działanie.

Asher i Wood [6]) jun. robili doświadczenia z przetworem, sprowadzonym od Mercka; przetwór na podstawie badania podwójnej soli platynowej uważali za czystą cholinę. Stosowali oni stosunkowo bardzo wielkie dawki; u psów i królików: 0·01—0·5 na 1 kg. wagi ciała. Przy podobnych dawkach widzieli zatrzymanie oddechu w ciągu kilku minut. Nie uważali jednak tego za przyczynę wzmożenia ciśnienia krwi, które według ich zdania było wyrazem bezpośredniego działania na ośrodki naczynioruchowe. Podniesionemu ciśnieniu towarzyszyło mniej lub więcej wyraźne początkowe obniżenie parcia, zależne

[1]) Porównaj prace: 1) Mott and Halliburton: The Chem. of. Nerve Degeneration. Philos. trans. of the Royal Society 194. B. 1908. 2) Rosenfeld: Deutsche med. Wochenschr. 1904; Nr 28. 3) Exner u. Zdarek: Wien klin. Wochenschr. 1904; Nr 4 i 1905; Nr 4. 4) Exner u. Sywek: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 78; 1905; S. 521. 5) Donath: Journal of Physiology, 1905; 33. S. 211—220. 6) Rosenheim: Journal of Physiology 1905; 33 S. 220—224. 7) Donath: Zeitschrift für physiol. Chemie 39; 5; S. 26 i 41; S. 141. 8) Halliburton: Die Biochemie der peripheren Nerven in Ergebnisse der Physiologie 1905; I. Abtlg. 9) Rosenheim: Journal of Physiology 1907; 35, S. 465. 10) Césari: C. r. de la Soc. de Biologie Bd. 62. 1907. 11) Mansfeld: Zeitschrift f. physiol. Chemie 42. S. 57. 12) Donath: Zeitschr. f. physiol. Chemie 42 S. 563. 13) Wilson: Revue neurologique 1904; Nr 8. 14) Coriat: Amer. Journ. of Physiology 12, 353. Amer. Journ. of Insanity 59, 393.

[2]) Dorpater med. Zeitschrift 1870, p. 185, przytoczone według Kunkela, Böhma, Motta i Halliburtona.

[3]) Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. 1885. Bd. 19, pag. 90 u. ff.

[4]) Berlin 1885; pag. 28 u. 32 u. ff.

[5]) Archiv. Ital. de Biol. 1886, Vol. 7, pp. 172 u. 232.

[6]) Zeitschrift für Biologie; 1899. Vol. 37, pag. 261—306 i 307 i dalsze.

od serca, na którego czynności alkaloid ten wywierał wybitne działanie, a mianowicie występowało zwolnienie uderzeń, które utrzymywało się i po przecięciu obydwu nerwów błędnych. Po wielkich dawkach wodnika chloralu podwyższenie ciśnienia krwi nie występowało. Dalej stwierdzili ci autorzy silne pobudzające działanie tego ciała na gruczoły, co się objawiało w ślinieniu, łzawieniu, w obfitem wydzielaniu moczu i biegunce. Jeden z wyż wspomnianych autorów H. C. Wood [7]) wydał jeszcze osobną pracę o ogólnem fizyologicznem działaniu choliny. Według tego badania wywiera cholina działanie na gruczoły podobne do neuryny i muskaryny, i wywołuje wzmożony ruch robaczkowy. Na przyrząd hamujący serca działa słabo drażniąco. Działanie to daje się stwierdzić nawet na wyciętem sercu. Na ośrodek naczynioruchowy ma cholina z początku działać drażniąco, następnie porażająco. Działanie na gruczoły i na serce może być zniesione przez atropinę. Śmierć zwierząt następuje skutkiem porażenia ośrodka oddechowego i obwodowych zakończeń nerwów ruchowych mięśni oddechowych. Śmiertelna dawka dla królika wynosi 0·5 na 1 kg. wagi ciała.

Najbardziej wyczerpujące badania nad wpływem choliny i neuryny na serce i ciśnienie krwi wykonali Mott i Halliburton [8]). Przedstawię tutaj głównie dane, tyczące się choliny. Autorowie ci stwierdzili, że psy i koty łatwiej znoszą działanie choliny, niż króliki, które zwykle pod wpływem choliny giną. Doświadczenia więc przeprowadzali głównie na dwu pierwszych gatunkach zwierząt, w uśpieniu eterowem, chloroformowem, alkoholowo chloroformowo-eterowem, niekiedy poprzednio wprowadzając morfinę. Użyte dawki choliny wynosiły około 0,00·1 do 0,00·14 na 1 kg. wagi zwierzęcia. Autorowie ci zaznaczają wyraźnie, że nie zdarzyło im się nigdy zabić zwierzęcia choliną. Cholina wywoływała przy wstrzyknięciu 1—10 cc. 0·2% roztworu obniżenie ciśnienia krwi. Zjawisko to, do pewnego tylko stopnia zależne od serca, a mianowicie tylko na początku, okazało się zależnem głównie od rozszerzenia się naczyń obwodowych, szczególnie w zakresie nerwu trzewnego. Rozszerzenie to występowało pod wpływem bezpośredniego działania choliny na narząd mięśniowo-nerwowy naczyń. Działanie choliny na serce objawiało się stopniowem zmniejszeniem wysokości tętna; u psów występowało zwolnienie i zmniejszenie siły uderzeń serca. Na czynność oddechową wpływała cholina słabo, albo wcale nie działała; wogóle działanie choliny szybko przechodziło. Przy wstrzyknięciu mieszaniny z choliny i wyciągu nadnerczy występowało tylko działanie nadnerczy. Skutek wstrzykiwania dawek choliny w krótkich odstępach czasu stopniowo się zmniejszał. W odstępach jednak czasu 10—15′ nie można było tego uodpornienia zauważyć. Po poprzedniem wstrzyknięciu atropiny nie wywoływała cholina obniżenia, lecz, podobnie jak neuryna, podniesienie parcia krwi.

Oxborne i Vincent [9]) podają, że wstrzykiwania choliny Grüblera wywierały całkowicie działanie opisane przez Motta i Halliburtona. Używali oni tych samych dawek: 1—3 cc. 2% rozczynu i przeprowadzali swe doświadczenia w tych samych warunkach na psach, kotach i królikach. Usypiali zwierzęta mieszaniną alkoholu, chloroformu i eteru (A. C. E.), a następnie podawali jeszcze morfinę, a niekiedy kurarę. Należy zauważyć, że w kilku doświadczeniach po wstrzyknięciu choliny, nawet bez poprzedniego podania atropiny, zamiast obniżenia, otrzymali ci badacze podniesienie ciśnienia krwi.

Formanek [10]) wstrzykiwał zakuraryzowanym psom, których wagi niestety nie podał, 1—4 ctm. 4% roztworu chlorku choliny = 0,04—0,16, co odpowiada mniejwięcej dawkom używanym przez Wooda i Ashera. Formanek zauważył, że z początku występowało przemijające obniżenie parcia krwi z równoczesnem przyspieszeniem tętna, poczem następowało podwyższenie parcia, przy zwolnieniu czynności serca. Wahania (amplitudy) poszczególnych uderzeń serca równocześnie wzrastały. Po przecięciu nerwów błędnych lub po zadziałaniu poprzedniem atropiną nie występowało zwolnienie tętna i początkowe obniżenie ciśnienia. Przy bezpośrednio po sobie następujących wstrzykiwaniach, późniejsze coraz słabiej działały. Na podstawie dalszego badania (doświadczenia z przecięciem lub zniszczeniem rdzenia, przecięcie nerwów trzewnych, wycięcie *ganglion stellatum*) wysnuwa Formanek wniosek, że obniżenie ciśnienia krwi prawdopodobnie, a przyspieszenie tętna z pewnością zależy od pierwotnego działania na serce. Zwolnienie tętna polega na drażnieniu ośrodków nerwu błędnego, podwyższenie zaś parcia krwi powstaje skutkiem drażnienia obwodowego narządu naczynioruchowego w zakresie nerwu trzewnego.

Lohman [11]) wyodrębnił z nadnercza substancyę, którą na podstawie elementarnej analizy i oznaczenia zawartości złota w chlorkach złota uważał za cholinę. Substancya ta wywoływała obniżenie parcia krwi, a wydzielanie śliny i łez. Lohman podaje, że substancya ta szczególnie silnie działała na koty: 0·036 zabijały zwierzę wagi 1560 gr., które przedtem otrzymało 3 gr. urethanu.

Dalej zauważył Lohman antagonizm pomiędzy choliną, przez siebie stosowaną, a wyciągiem z nadnerczy. Przy równoczesnem wstrzyknięciu obydwu substancyi występował spadek, podwyższenie, albo pierwotny stan ciśnienia krwi, zależnie od stosunku, w jakim obydwa ciała wchodziły w skład mieszaniny.

Desgrez [12]) badał w roku 1902 działanie choliny na gruczoły i stwierdził, że dawka 0·002—0·015 na 1 kg. zwierzęcia badanego wywołuje obfitsze wydzielanie śliny, soku trzustkowego, żółci i moczu.

Ten sam autor badał niedawno wraz z Chevalierem [13]) zachowanie się ciśnienia krwi przy wstrzykiwaniu choliny. 4—5 mg. na 1 kg. wywołało u psów uśpionych chloralozą (0·1 chloralozy na 1 kg.) natychmiastowy gwałtowny spadek ciśnienia na 4—5 ctm., który się utrzymywał przez 1—1½ minuty. Spadkowi ciśnienia towarzyszyło przyspieszenie czynności serca, a amplitudy tętna obniżały się. Zwolna występowało z powrotem podniesienie parcia krwi, które jednakowoż nie dochodziło do pierwotnej wysokości nawet w przeciągu kilku godzin, ale pozostawało niżej o 2 ctm. od pierwotnego. Podczas całego tego okresu uderzenia serca były zwolnione, a proporcyonalnie do tego zwolnienia amplituda każdego uderzenia wzrastała. Po wstrzyknięciu 0·01 choliny na 1 kg. wystąpiło po natychmiastowym, bardzo krótko trwającym spadku podwyższenie parcia krwi jednocześnie z przyspieszeniem czynności serca, oddychania, które stawało się kurczowem, wreszcie kurczowe drgawki. Dalej podają autorzy, że przy równoczesnem wstrzyknięciu ¼ mg. adrenaliny i 10 cg. choliny psu, ważącemu 12 kg., nie występują żadne zmiany w ciśnieniu krwi.

Z wyżej przytoczonych danych widać, że wnioski rozmaitych autorów o działaniu choliny znacznie od siebie się różnią w zasadniczych punktach. Nieuprzedzonemu badaczowi narzuca się myśl, że poszczególni badacze robili doświadczenia z rozmaitymi przetworami, które niewątpliwie były mniej lub więcej zanieczyszczone ciałami podobnymi do muskaryny.

Było przeto pożądanem jeszcze raz zbadać działanie choliny na ustrój zwierzęcy, z jednej strony z powodu wielkiego znaczenia, jakie ta substancya zyskuje w ostatnich czasach dla patologii chorób nerwowych i umysłowych, z drugiej, z powodu niejednokrotnie wypowiadanego przypuszczenia, że obniżenie ciśnienia krwi pod wpływem wyciągów z rozmaitych narządów zależy od choliny. To przypuszczenie było bardzo pociągające, szczególnie wobec częstego występowania choliny w tkankach zwierzęcych, jak to już na początku nadmieniłem.

Opierając się na danych z piśmiennictwa o działaniu choliny obniżającem ciśnienie krwi, Prof. Popielski wyraził przypuszczenie, że działającem ciałem wyciągu kiszkowego i tak zwanej »sekretyny« okaże się cholina.

Dokładne zbadanie działania choliny miało nietylko

[7]) Philadelphia monthly medical Journal 1899 july.
Uwaga: pracy Wooda nie mogłem w oznaczonem miejscu znaleść, dlatego przytaczam ją za Kobertem: Lehrbuch der Intoxikationen Bd. III., S. 1233.

[8]) The physiol. Action of Choline and Neurine Philos. Transact. of the royal soc. of London. Seria B; Vol. 191; 1899.

[9]) The physiological effects of extract. of Nervous Tissues. Journal of Physiology Vol. 25, p. 283, 1899—1900.

[10]) O púcobeni cholinu na oběh krevni. Rozpravy české akademie XI. Rocznik. Třida II. 1902. Cislo 7.

[11]) Ueber die den Blutdruck erniedrigende Substanz der Nebenniere. Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 118, pag. 215, 1907.

[12]) Dezgrez Compt. rend. de la Soc. de Biologie 1902; pag. 52.

[13]) Dezgrez et Chevalier: Compt. rend. de l'Acad. des sciences 1908. Nr 2, p. 90.

Tablica I.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg: dolne	górne	średn.	Liczba uderzeń serca w 5″	Wydzielanie się wzdłuż rurki szklanej w mm	
I.						
5h 31′ 45″	114	164	139	17	0	
32′					0	Wstrzyknięcie 8 cm^3 0·02$^0/_0$ choliny (wolna zasada, Merck) = 0,000.18 na 1 kg.
32′ 10″	56	95	75,5	14		
32′ 45″	100	140	80	14		
33′					150	
33′ 30″					232	
34′					245	
35′					250	
36′	112	160	136	14	250	
53′ 40″	122	168	145	14	0	
54′						Wstrzyknięcie 20 cm^3 0,02$^0/_0$ choliny (wolna zasada, Merck) = 0,000.46 na 1 kg., następuje kilkakrotne podniesienie i obniżenie ciśnienia krwi.
54′ 15″	68	102	85	13		
55′					150	
56′					200	
59′ 30″	110	148	129	12		
II.						
6h 3′ 40″	110	150	130	12		
4′					0	Wstrzyknięcie 1 cm^3 1$^0/_0$ choliny (wolna zasada, Merck) = 0,001.16 na 1 kg.
4′ 10″						
—15″				3		
23″	spadek do 12 mm Hg					Pierwsze uderzenie tętna po 18″.
5′	39	110	74,5	4	15	
6′					143	
6′ 12′				7		
6′ 30″					223	
8′	48	90	69	8		
9′ 45″	78	116	97	10		Głośna peristaltyka jelit.
10′						Przecięcie nn. błędnych na szyi.
10′ 10″	90	154	122	12		
III.						
6h 12′	88	140	114	12		
12′ 30″						Wstrzyknięcie 1 cm^3 1$^0/_0$ choliny (wolna zas., Merck) = 0,001.16 na 1 kg.
12′ 38″	spadek do 10 mm Hg					
—56″						Brak tętna od 12′ 38″ do 12′ 56″.
12′ 56″						9 uderzeń serca: między 2 pełnymi 1 niezupełny skurcz.
—13′ 50″						
13′					0	
13′ 30″	36	112	74	3	70	
14′ 10″	41	102	71,5	7		Ciągłe wydzielanie moczu kroplami.
14′ 30″					85	Silne łzawienie.
15′ 30″					121	Głośna peristaltyka kiszek, zwężenie źrenic.
16′ 30″					150	
IV.						
6h 19′ 30″	50	108	79	8		Przecięcie rdzenia tuż pod rdzeniem przedłużonym. Przecięcie struny bębenkowej (*chorda tympani*).
31′ 50″	26	54	40	9		
32′					0	Wstrzyknięcie $^1/_2$ cm^3 1$^0/_0$ choliny (wolna zas., Merck) = 0,000.58 na 1 kg.
32′ 15″	18	48	33	8		
32′ 30″	24	64	44	7	30	
33′					130	
33′ 30″					190	
34′ 30″					270	
37′	14	46	30	7		
V.						
6h 42′ 20″	11	43	27	7		
42′ 30″					0	Wstrzyknięcie 1 cm^3 1$^0/_0$ choliny (wolna zas., Merck) = 0,001.16 na 1 kg.

Tablica I.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg: dolne	górne	średn.	Liczba uderzeń serca w 5″	Wydzielanie się wzdłuż rurki szklanej w mm	
42′ 46″	spadek ciśnienia prawie do zera					Brak tętna.
43′ 30″					50	Oddawanie kału.
44′					10	6 uderzeń serca w 30″; między 2 pełnymi 1 niezupełny skurcz.
6h 45′—						Przecięcie obu nn. trzewnych.
45′ 30″	16	63	39,5	5		
38′	2	28	15	6		Drażnienie n. trzewnego 1′ prądem elektr.
39′ 30″	20	54	37	6		
41′	16	22	14	5		Drażnienie n. trzewnego prądem elektrycznym od 6 h 41′ 40″ do 6 h 42′ 40″.
42′ 25″	16	48	32	5		
42′ 30″						Wstrzyknięcie 1 cm^3 1$^0/_0$ roztw. choliny — 0,001.16 na 1 kg.
43′			0			1′ trwające zatrzymanie czynności serca, potem 6 uderzeń tętna w 1′. Wstrzyknięcie adrenaliny: podniesienie parcia krwi.

ogólne znaczenie, ale przedstawiało szczególne znaczenie dla naszej pracowni, kierowanej przez Profesora Popielskiego. Poniżej przytaczam badanie nad działaniem choliny syntetycznej, po której nastąpi badanie naturalnej choliny, otrzymanej przez rozbicie lecytyny.

II. O działaniu kupnej choliny.

Pierwsze doświadczenia wykonałem z choliną sprowadzoną od E. Mercka. Przetwór ten przedstawiał się jako ciecz ciemno-brunatna, syrupowata, o wyraźnym zapachu trój-metylo-aminu.

Doświadczenie oryentacyjne dało następujący wynik.

D o ś w i a d c z e n i e I. Samica-królik, wagi 2700 gr.; tracheotomia, sztuczne oddychanie po śródżylnem wstrzyknięciu $^1/_2$ ctm.^{3} 1$^0/_0$ roztworu kurary. Prawa tętnica szyjna była połączona z manometrem kymografionu Ludwiga.

Wstrzyknięto do lewej żyły jarzmowej 5 cc. 0·2$^0/_0$ rozczynu choliny = 0·01 gr. choliny, czyli 0,00·37 na 1 kg. wagi.

W kilka sekund (8″—10″) po wstrzyknięciu nastąpiło gwałtowne obniżenie ciśnienia krwi przy równoczesnem osłabieniu tętna, co w kilka minut doprowadziło do śmierci. Jednocześnie wystąpiło silne ślinienie i łzawienie.

Doświadczenie to dowiodło, że mamy do czynienia z silnie trującem ciałem, działającem podobnie do muskaryny, dlatego z większą ostrożnością zabraliśmy się do doświadczenia II.

D o ś w i a d c z e n i e II. 14. X. 1907. Pies, samiec ważący 8700. Tracheotomia, wstrzyknięcie 2$^1/_2$ cc. 1$^0/_0$ rozczynu kurare, sztuczne oddychanie.

Wprowadzenie szklanej kaniulki do lewego przewodu gruczołu podszczękowego. Ciśnienia zapisywano w prawej tętnicy udowej. Wpływ wstrzyknięcia choliny do lewej żyły odgoleniowej (*v. saphena*) na ciśnienie krwi, czynność serca, jakoteż wydzielanie śliny jest uwidoczniony na tablicy. I.

Widzieliśmy w tem doświadczeniu, że wprowadzenie tak małej dawki choliny, jak 0,000·18 na 1 kg. wagi zwierzęcia wywołało obniżenie ciśnienia krwi i zwolnienie czynności serca: 14 uderzeń tętna w 5″, zamiast 17. To trwało przez 22 minut od chwili wstrzyknięcia. Średnie ciśnienie krwi natomiast podniosło się na 9 mm. Hg. ponad normę.

Następne wprowadzenie 0,000·46 choliny na 1 kg. wywołało znowu obniżenie parcia krwi i jeszcze większe zwol-

nienie tętna: 12 uderzeń w 5″. Po dawce większej, niż 1 mg. na 1 kg. powyższe zjawisko występuje w wybitny sposób. Parcie krwi spadło ze 130 mm. do 12 mm. słupa rtęci, a czynność serca przez 18″ była zupełnie powstrzymana. Potem wystąpił okres, w którym ciągle jeszcze uderzenia serca były zwolnione, przyczem amplituda poszczególnych uderzeń wybitnie wzrastała, a średnie parcie krwi wzrosło do 69 mm. Hg. 8 minut od wstrzyknięcia po poprzedniem przecięciu obydwóch nerwów błędnych na szyi, średnie ciśnienie krwi wynosiło 114 mm. Hg., ilość uderzeń tętna: 12 w 5″. Powtórzone wstrzyknięcie (0,001·16 na 1 kg.) przy przeciętych nerwach błędnych dało ten sam wynik, występujący wybitniej i dłużej, jak to uwidoczniono w tablicy.

Taki sam wynik wystąpił i po przecięciu rdzenia, jak to widać z powyższej tablicy.

Pod koniec zostały jeszcze oba nerwy trzewne przecięte, a wpływ ich na ciśnienie krwi badano przez drażnienie prądem elektrycznym. Ciśnienie krwi, podniesione zapomocą tego drażnienia zostało przez nową, taką samą dawkę choliny zniesione do 0, przyczem wystąpiło zatrzymanie czynności serca. Wprowadzenie 3 ctm³ adrenaliny: 1:10.000 wywołało podniesienie ciśnienia krwi, jednak nie znosiło zwolnienia tętna. (C. d. n.)

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego. Dyrektor: Prof. Obrzut.

O jednoczesnem różniczkowem barwieniu tkanki łącznej, mięśni i włókien sprężystych.

Podał

Dr J. Hornowski, asystent Zakładu.

Jednoczesne barwienie metodą van Giesona i metodą Weigerta (włókna sprężyste) sprawiało dotąd pewne trudności i, pomimo ścisłego zachowania przepisów co do przygotowywania barwików, dawało nader niestałe co do zabarwienia i odcieni, lub też nawet zupełnie ujemne obrazy.

Dlatego też postawiłem sobie za zadanie znaleźć taką kombinacyę barwików, którąby z jednej strony za każdym razem dawała wyraźne i kontrastowe obrazy, z drugiej zaś możliwie uprościła dość złożone przygotowanie barwika Weigerta.

Po szeregu prób osiągnąłem wynik przy następującem zestawieniu barwików:

Rozczyn I.:
Haematoxylini crystall. in subst. 0,2.
Resorcin-Fuchsin (Grübler) *in subst. 0,02.*
Alcoholi 70°/₀ 100,0.
Rozczyn II.:
Liquoris ferri sesquichlorati Pharm. 1 cm³.
Acidi muriatici concentrati puri 2 cm³.
Rozczyn III.:
Fuchsini S 0,1.
Acidi picronitrici concentr. (aquosi) 100,0.

Przed samem użyciem dodaję na każde 5 cm³ rozczynu I. jedną kroplę II., wskutek czego rozczyn pierwszy ciemnieje. W ten sposób przygotowanym barwikiem barwię preparat przez 12 do 24 godzin. Żelazo, wzmacniając siłę barwną hematoksyliny, nie pozwala na odbarwianie jej przez kwas solny, ten zaś znów nie pozwala na przebarwienie preparatu przez hematoksylinę połączoną z żelazem, a jednocześnie jest niezbędnym dla zabarwienia włókien sprężystych przez rezorcyn-fuksynę. Po zabarwieniu wyjmuję preparat z barwika, opłukuję go szybko w wodzie z pod kranu i zanurzam na pół minuty w rozczyn trzeci, poczem zmywam alkoholem 96°/₀ szybko, karbol-ksylolem (1:3) szybko, ksylolem, wreszcie zamykam w balsamie.

Barwiąc w ten sposób otrzymuję zawsze obrazy nader kontrastowe: tkanka łączna barwi się na czerwono, mięśnie na żółto, jądra komórek na ciemnoszaro, włókna sprężyste, nawet najdrobniejsze, prawie na czarno. Mam preparaty barwione tą metodą przed 4. miesiącami, które zupełnie zachowały swoje barwy.

Przepis ten stosuje się do preparatów parafinowych. Skrawki powinny być możliwie jak najcieńsze.

Dodać muszę, że rozczyn I. po dodaniu do niego rozczynu II. początkowo ciemnieje, po pewnym zaś czasie (24 do 36 godzin) przybiera zabarwienie ciemno-oliwkowo-zielone. Wtedy staje się on już niezdatny do barwienia. Dopóki barwa jego ma odcień fioletowy, barwić nim można nawet powtórnie.

Oceny i sprawozdania.

Prof. F. Mraček. **Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben.** (München, Lehmann's Verlag, 1908). Po upływie 10 lat od pierwszego wydania ukazało się drugie, zwiększone i poprawione. Wszystkie atlasy wymienionej ruchliwej firmy monachijskiej mają odrębny typ obficie ilustrowanych krótkich podręczników. Niniejszy zawiera na 60 tablicach prawie wszystkie postacie kiły wczesnej, późnej i t. zw. dziedzicznej, pojawiające się na powłokach skórnych i błonach śluzowych. Reszta (22) tablic przedstawia różne postacie wrzodów wenerycznych, kłykciny kończyste, załupek i t. p. Wszystkie obrazy w barwach, możliwie najwięcej zbliżonych do prawdy, objaśniają historye chorób, a na końcu dzieła umieszczono treściwy, ale jasno napisany i wystarczający dla uczących się podręcznik wspomnianych chorób. Treść odpowiada w zupełności postępowi tego działu medycyny w ostatnich latach, bo zawiera obok opisu postaci i przebiegu najnowsze zdobycze w badaniach etyologii kiły (krętki) i wyniki doświadczeń na zwierzętach, jakoteż próbę surowiczą Wassermanna. W dziale leczniczym uwzględniono także wprowadzone w ostatnich czasach środki i metody leczenia. Ze względu na te zalety obok przystępnej ceny (16 marek) może ten ilustrowany podręcznik oddać bardzo dobre usługi tak uczniowi, jak i lekarzowi praktycznemu.

Prof. Krzyształowicz.

Sprawozdanie z ruchu piśmiennictwa o szczepieniu ochronnem przeciwospowem w roku 1907.

Według Voigta.

Zestawił **Dr Jan Landau.**

W szeregu corocznych sprawozdań Voigta, ostatnie z roku 1907 obejmuje 150 prac, odnoszących się do szczepienia ochronnego przeciw ospie[1]). Ebbel w starym testamencie i w papyrusie Ebersa znalazł niewątpliwe oznaki, że żydzi znali ospę, a wyraz Schedin w księdze Hioba wskazuje na ospę. — We Wiedniu Dr Ferro w roku 1799 jako pierwszy zaszczepił swoje dzieci i syna lekarza Carro. Obydwaj ci lekarze z zapałem występowali w obronie tego środka, zapobiegającego szerzeniu się

[1]) Sprawozdanie niniejsze obejmuje tylko najważniejsze prace.

ospy; natrafili jednak na opór lekarza przybocznego cesarza, Dra Stifta, który uzyskał zakaz szczepienia, jako innowacyi, wkraczającej w ustalony boski porządek świata; jednak pod wpływem wybuchłej zarazy ospy i wstawienia się arcyksięcia Karola zakaz ten w roku 1800 cofnięto. Wpływowi znakomitego klinicysty Franka udało się zwołać w roku 1801 komisyę, przed którą przeprowadzono szereg szczepień, których wynik dodatni wykazał Frank następnie przez powtórne zaszczepienie tych szczepionych. — W roku ubiegłym w Wiedniu pojawiło się w przeciągu trzech miesięcy 130 przypadków ospy, w tem 30 przypadków zejścia śmiertelnego. 49 z tych 130 przypadków było nieszczepionych, a z tych ostatnich zmarło 21. — We Francyi mimo ustawowego przymusu szczepienia dotąd według podania Cayrela i Roux przymusu tego należycie nie wykonywano. — W Ameryce północnej i południowej ciągłe panują zarazy ospy, i to w północnej formie łagodniejsza, w południowej formie złośliwa. Według Penny w państwie La Plata zmarło w latach 1860—1906 135.435 osób. — Duszpasterze mahometańscy i buddyjscy są zwolennikami szczepienia limfą z człowieka na człowieka, a sprzeciwiają się szczepieniu krowianką. I to się teraz zmienia, gdyż władze same przeprowadzają szczepienia, jak n .p. w Chinach, w Japonii. — Nową ustawę o szczepieniu otrzymała południowa afrykańska kolonia Natal. Zaprowadzono szczepienie dla ubogich bezpłatne, zamożniejsi płacą 1 M. za szczepienie. — W Niemczech przeciwnicy szczepienia prowadzą i nadal zaciętą walkę, a wnieśli także petycyę do Sejmu Rzeszy. Petycyi tej nie uwzględniono.

Pruskie ministerstwo nakłania ludzi, zajętych sprzedażą starzyzny, czyszczeniem pierza i t. p., ażeby się co 5 lat ponownie szczepili, podobnie jak to powinny czynić osoby zajęte pielęgnowaniem chorych.

Według Bregera przypadki spostrzegane w Niemczech mają swe źródło przeważnie w komunikacyi z Rosyą. Pojawienie się zarazy w Metz, wyzyskane przez przeciwników szczepienia na swoją korzyść, odnieść należy do tego, że nie rozpoznano choroby, i w ten sposób mogła się szerzyć, tak iż było 166 zachorzeń i 39 przypadków śmierci. Między tymi niewielu tylko było szczepionych, a w tych przebieg ospy był tem cięższy, im dłuższy upłynął odstęp czasu od szczepienia aż do zachorowania. Zaraza szybko wygasła przez systematyczne szczepienie wszystkich nieszczepionych i przez rewakcynacyę. — W Anglii przeciwnicy szczepienia pracują systematycznie. Każda młoda matka zaraz po porodzie otrzymuje doniesienie o szkodliwości szczepienia wraz z rycinami dzieci, zmarłych po szczepieniu. Czasopismo »Truth« śledząc przyczynę śmierci w tych przypadkach wykazało, że zmarły one z powodu innych chorób, nie mających nic wspólnego ze szczepieniem.

Vogt, profesor higieny w Bernie, zacięty przeciwnik szczepienia między innemi zaprzecza, jakoby ospa wywoływała niekiedy oślepnięcie. Powołuje się w tym względzie na Hebrę, który powiada, że krostka ospowa nie wywołuje prawie nigdy oślepnięcia, opuszcza jednak drugą połowę zdania, w którem Hebra powiada, że niebezpieczeństwo grozi oku z powodu przerzutów i chorób następowych, które często obierają sobie oko jako siedzibę.

Krüger zaleca opatrywanie miejsc szczepienia przez nałożenie gazy i przytrzymanie jej paskami leukoplastu, nie okrążającymi ramienia dookoła.

Knöpfelmacher i Kraus, badając działanie limfy wstrzykiwanej podskórnie doszli do przekonania, że wstrzykiwanie szczepionki, ogrzanej do 70° i w ten sposób wyjałowionej, w małych ilościach wywołuje niepewne, w wielkich ilościach częściowe uodpornienie. Tylko w jednym z 19 przypadków uzyskał Knöpfelmacher rzeczywistą odporność. Równoczesne szczepienie zwykłym sposobem i wstrzyknięcie podskórne wywołują odczyny na skórze, które na siebie nie wpływają. Kraus uważa wstrzykiwanie podskórne krowianki za idealny sposób szczepienia ochronnego, co się sprzeciwia wynikom badań Knöpfelmachera. Podobne badania przeprowadził Risel na cielętach i były one odporne na szczepienie powtórne, wykonane 12 dni później.

Millan-Martin w przypadku *variola haemorrhagica* wstrzykiwał codziennie śródmiąższowo rozcieńczoną krowiankę i uzyskał wyleczenie, a Dumont w podobnym przypadku wyleczył chorego podawaniem na wewnątrz przetworów drożdżowych. — Trousseau wyraża zapatrywanie, że choroby gałki ocznej w przebiegu ospy należy uważać jako zakażenie następowe gronkowcami i paciorkowcami, znajdującymi się w krostach na powiekach. Zaleca też dlatego okłady z rozczynu *hydrargyrum oxycyanatum* 1: 5000, a przy obfitszej wydzielinie argyrol 1,25: 10 lub pędzlowanie 2% rozczynem lapisu. — Peeck widział dobre wyniki w leczeniu 244 przypadków ospy zapomocą światła czerwonego; tylko 6 przypadków zmarło. To leczenie światłem czerwonem już dawniej było znane, gdyż, jak Foronda podaje, już w roku 1509 leczono w ten sposób późniejszego cesarza Karola V., kiedy w 9-tym roku życia zapadł na ospę. Sporządzono mu koszulę i kołdrę z materyi żywoczerwonej i otoczono całe łóżko tą materyą.

Najdonioślejsze znaczenie w literaturze o szczepieniu, która się pojawiła w roku 1907, ma praca Pirqueta. Według S. objawy zapalne naokoło miejsca szczepienia zależą od natężenia ogólnego zakażenia, od siły krowianki i od jej zgęszczenia. Powstaje ono wtedy, jeżeli niweczniki (Antikörper) rozpuszczają osłonki bodźca zapalnego, tak że ciała trujące uwalniają się i rozpoczynają swoją działalność. Wskazuje on, jak zależnie od większej lub mniejszej odporności, objawy rewakcynacyi w rozmaitej przedstawiają się postaci, jako objaw »allergii«, wywołanej przez niweczniki, znajdujące się w ustroju szczepionego. Przy zupełnej, całkiem świeżej odporności niweczniki zabijają działającą nań krowiankę i wywołują w przeciągu 24 godzin tylko lekkie zaczerwienienie na miejscu szczepienia.

Jundell badał ciepłotę po szczepieniu na 10 noworodkach i 100 nieco starszych dzieciach. U noworodków i u 17 starszych dzieci przebieg po szczepieniu był bez podwyższenia ciepłoty, u reszty zaś ciepłota między siódmym a ósmym dniem dochodziła do 38 i 40°.

Toda badał krew szczepionych cieląt i zauważył początkowo zmniejszenie się zawartości hemoglobiny i ilości krwinek białych i czerwonych, a następnie powiększenie się tychże. Ciałka eozynochłonne i komórki olbrzymie wybitniej występują, ciałka neutrofilne i komórki wielojądrzaste pojawiają się najliczniej, liczba zaś tych ostatnich zmniejsza się od trzeciego dnia.

Z patologii szczepienia podnieść należy prace autorów, którzy wskazują na szkodliwość szczepienia w przebiegu wyprysków i na powstawanie znacznych zmian w miejscach dotkniętych wypryskiem po szczepieniu krowianką. Mautner opisuje wrzód na języku, powstały przez przeniesienie krowianki na rankę na języku; Kraus-Kirchner opisują porażenie prawego ramienia, powstałe w 28-mym dniu po szczepieniu i wskazują na rzadkość tego objawu. Trönner; opisując podobny przypadek, uważa tylko za przypadkowe zejście się tego schorzenia ze szczepieniem. Paschen widział w 10-tym dniu po szczepieniu wystąpienie silnej plamicy krwotocznej (*purpura haemorrhagica*).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Ditthorn i Schulz. **Odczyn skórny, wywołany strątami, otrzymanymi z tuberkuliny po zadziałaniu chlorkiem żelazowym.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 28). Z powodu zbytniej wrażliwości ludzi dorosłych na szczepienia tuberkuliny sposobem Pirqueta, autor starał się strącić ciała białkowe (białko kurze wywołuje odczyn skórny) starej tuberkuliny chlorkiem żelazowym, a strąt rozpuszczał w ługu. Następnie robił próby ze strąceniem wyciągu z ciał bakteryi gruźliczych, pozostających przy fabrykacyi tuberkuliny, wreszcie z takimże wyciągiem, jednak uwolnionym od przymieszek pożywki. Próby autora dowiodły, że odczyn skórny jest z tymi strątami o 25% mniej czuły, a przy gruźlicy I. i II. stopnia ma być również pewny, jak i odczyn Pirqueta. *Dr Skórczewski.*

Hildebrandt. **O wywoływaniu sztucznem rzężeń w celach nauczania.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift* 1908, Nr 37). Autor posługuje się w celach nauczania do wywoływania rzężeń, cienką rurką, połączoną z balonem do wdmuchiwania powietrza, którą wsuwa do walcowatego naczynia, napełnionego wodą. Przy naczyniu 15 cm długiem, a o 1·6 cm średnicy, do 3/4 wodą napełnionym, wdmuchiwane powietrze wywołuje rzężenia dźwięczne grubo-, średnio-, i drobno-bańkowe. Przy użyciu 23 cm długiego, a 2·6 cm szerokiego naczynia, napełnionego niewiele (słup około 4 cm wys.) wodą, powstają rzężenia metaliczne. Rzężenia niedźwięczne wywołać można, jeżeli między ściany naczynia, a rurki wstawimy woreczek płócienny. Przy wywoływaniu średniobańkowych rzężeń powinna rurka mieć 5 mm średnicy, a dolny otwór 0,15 cm. Autor sądzi, że przyrządu podobnego nigdzie nie używają. *Dr Skórczewski.*

Schwarz. **Leczenie choroby Basedowa promieniami Röntgena.** (*Posiedz. Tow. lek. chor. wewnętrz. i dziec.* Wiedeń, 9. VII. 1908). Powyższe leczenie stosował S. w 40 przypadkach. Spostrzegał po tem leczeniu poprawę objawów nerwowych, uregulowanie czynności serca prawie we wszystkich przypadkach, zaś w połowie zmniejszenie się wysadzenia gałek ocznych, natomiast wole zaledwie w $1/5$ przypadków zmniejszyło się. S. zwraca zwłaszcza uwagę na korzystne działania tego leczenia na czynność serca. Średnio leczyć należy przez $3^1/_2$ miesiąca, stosując grube filtry celem zadziałania w głąb. *K.*

Wolter. **Zachowanie się drżenia głosowego w zapaleniu krupowem płuc.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). W stu przypadkach zapalenia krupowego płuc badał autor drżenie głosowe, chcąc stwierdzić zapatrywanie Arnetha o zniesieniu drżenia głosowego w okresie zwątrobienia (II. okres). W połowie przypadków w pierwszym okresie zapalenia płuc stwierdził W. wzmożenie drżenia (15), w połowie drżenie było prawidłowe (15); obniżenia drżenia głosowego nie zauważył. W drugim okresie zapalenia płuc w 38 przypadkach było drżenie wzmożone, obniżone lub zniesione w 46 przypadkach, u 16 chorych nie było różnicy w drżeniu po obu stronach klatki piersiowej. W trzecim okresie zapalenia 12 razy drżenie było wzmożone, 4 razy osłabione, jednak zawsze wtedy nakłucie próbne stwierdzało wysięk opłucny. Wyniki te skłaniają autora do wypowiedzenia twierdzenia, że niezawsze, choć w większości przypadków, następuje obniżenie drżenia głosowego w drugim okresie zapalenia krupowego płuc, że więc zapatrywanie Arnetha, iż zajęty wysiękiem płat płuca zachowuje się podobnie do wysięku opłucnego ze względu na przewodzenie drżenia głosowego, nie odpowiada całkowicie prawdzie, ponieważ i wtedy może być drżenie głosowe wzmożone. *Dr Skórczewski.*

Fischer. **Mierzenie ciśnienia krwi metodą osłuchową i wartość jego rozpoznawcza.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 26). Autor mierzył ciśnienie u 150 chorych równocześnie metodą Korotkowa i przyrządem Recklinghausena. W 66% przypadków pomiary zupełnie się zgadzały, w 16% różnica wynosiła około 46 mm rtęci, a tylko w 10% przypadków różnica była 3—16 mm Hg i to na niekorzyść metody Korotkowa; chodziło tu o przypadki z podwyższonem ciśnieniem i miażdżycą naczyń rozwiniętą. W tych przypadkach, gdzie oscylatoryczne mierzenie ciśnienia sprawia trudności, metoda Korotkowa daje się zastosować łatwo i dokładnie. Rozpoznawczo przy pewnej wprawie można się kierować metodą Korotkowa wcale dobrze, i tak podzieliwszy sobie czas osłuchiwania na cztery okresy, można stwierdzić: w przypadkach z podniesionem ciśnieniem tony 1-go i 3-go okresu nadzwyczaj głośne, przy osłabieniu serca szmery 2-go okresu lub tony 3-go stają się ciche, albo znikają, a wahania zależne od oddechów wybitne. Autor poleca przeto metodę Korotkowa, jako wogóle równie dokładną, a znacznie tańszą, jeśli nie w klinice, to przynajmniej dla lekarza praktycznego. *Dr Skórczewski.*

Dawidsohn. **Obrazy serca zapomocą promieni Röntgena.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 37). D. proponuje zamiast zdjęć ortodyagraficznych serca telerentgenografię z odległości 2-metrowej na niewielkiej kliszy. Zdjęcia takie nie wymagują osobnych drogich przyrządów, koszt ich niewielki, a przy czasie ekspozycyi $1/4$—3-minutowym i 8-minutowem wywołaniu obrazu sporządzić je można bardzo szybko. Zdjęcia robi D. w pozycyi leżącej. *Dr Skórczewski.*

Bohne. **Przypadek podzwrotnikowego pryszczykowego zapalenia ust** (*sprue*) **i jego leczenie.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 26). B. spostrzegał w szpitalu żeglarskim w Hamburgu rzadki u nas przypadek podzwrotnikowego pryszczykowego zapalenia ust (*psilosis linguae*, *indian sprue*). Przypadek ten błąkał się nierozpoznany po wielu niemieckich szpitalach. Przebieg bardzo znamienny: język z zanikłą błoną śluzową, na błonie śluzowej ust ograniczone lekko wyniosłe pęcherzyki, silna biegunka i skłonność do ciągłych nawrotów. Leczenie czysto dyetetyczne, z początku dyetą mleczną, następnie lekko strawną mieszaną, choroby wprawdzie nie usunęło, jednak nastąpił znaczny przybytek na wadze. Wyniku choroby przewidzieć niepodobna. *Dr Skórczewski.*

J. Witte. **Rozpoznanie różniczkowe raka żołądka sposobem Salomona.** (*Zeitschrift f. kl. Med.* T. 65., Nr 1. i 2.). Sposób ten opiera się na spostrzeżeniu, że na powierzchni guzów rakowych, jak i na powierzchniach wszelkich innych owrzodzeń, gromadzi się wydzielina, w skład której wchodzące białko łatwo daje się wykrywać sposobem, podanym przez autora. Oto na czem polega ten sposób: Na dzień przed doświadczeniem dostaje chory na śniadanie wyłącznie płyny i popołudniu nieco płynnej pożywki, nie zawierającej białka. Wieczór przepłukuje się choremu żołądek, aż płyn dobyty z żołądka jest zupełnie przejrzysty. Na drugi dzień wprowadza się choremu do żołądka 400 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli i następnie wydobywa się go z powrotem, o ile możności, w zupełności. Dobyty płyn bada się następnie co do białka sposobem Esbacha, równocześnie co do azotu sposobem Kjeldahla. Jeżeli odczynnik Esbacha strąca z płynu kłaczki, czyli jeśli płyn badany zawiera białka 1,16—$1/2$ *pro mille*, i jeśli ilość azotu przekracza 20 mgr na 100 cm^3 płynu, w takim razie badany chory cierpi wedle Salomona na raka żołądka. W innych przewlekłych schorzeniach żołądka ma być białka i azotu mniej. Salomon przypuszcza wprawdzie, że w niektórych przewlekłych nieżytach żołądka, w toku których gromadzi się w żołądku większa ilość śluzu, można stwierdzić sporą ilość białka, ale w każdym razie uważa ujemny wynik badania za pewny, bo mało prawdopodobna jest obecność raka, jeśli dobyty płyn zawiera mniej, niż 20 mgr na 100 azotu. — W. zbadał sposobem Salomona wielką liczbę chorych na przeróżne choroby żołądkowe i doszedł do następujących wyników: Metoda Salomona jest pewną w przewlekłych nieżytach żołądka, nawet wtedy, jeśli im towarzyszy śluz i w wielkiej obfitości. Pozwala ona napewno odróżnić raka żołądka od przewlekłego łagodnego nieżytu. Przy wygojonych zwykłych wrzodach żołądka zawsze stwierdza się zawsze obecność bardzo małej ilości białka. Przeciwnie zaś w sokotoku i śluzotoku żołądkowym badanie wykazuje cyfry, które dochodzą granicy prawidłowej, albo nawet ją przekraczają; jednakże w tych przypadkach objawy kliniczne choroby są tak jasne, że łatwo uniknąć błędu w rozpoznaniu. W toku otwartych wrzodów żołądka zawartość płynu pod względem białka i azotu nie przekracza granicy prawidłowej. Co się tyczy raka żołądka, to w olbrzymiej przewadze przypadków, w których rozpoznanie oparto na objawach klinicznych, metoda Salomona potwierdziła rozpoznanie. A więc sposób Salomona można uważać za krok naprzód w sprawie rozpoznawania raka żołądka. *E. S.*

Lewiński. **Wydobywanie wydzieliny trzustki z żołądka i jego znaczenie dla rozpoznania.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 37). Dla stwierdzenia obecności spływającego od strony odźwiernika do żołądka soku trzustkowego wlewał Volhardt i Faubel 100 cm oliwy, którą następnie po pewnym czasie wydobywał jako zawiesinę oliwy z sokiem żołądkowym. Po odstaniu się soku oznaczał w nim zawartość trypsyny. W ten sposób otrzymywane treści zawierały trypsynę według Volhardta w 89%, a Faubla 59%. Autor powtórzył doświadczenia te u 29 chorych. Trypsynę stwierdzał zapomocą wpływu trawiennego danego soku na 1‰ rozczyn sernika w odpowiedniej ciepłocie i czasie. Po dodaniu środka, strącającego sernik, powstawało tylko w niestrawionych sokach zmętnienie. Na 27 chorych stwierdzi L. metodą Volhardta obecność trypsyny w 70% przypadków, przyczem treści silnie kwaśne zazwyczaj trypsyny nie zawierały, a treści średnio-kwaśne często, natomiast treści zasadowe, obojętne, lub słabo-kwaśne dawały wynik dodatni. U chorych, u których próby dały wynik ujemny, doświadczenia swe L. ponowił, dodając jednak do wlewanej oliwy łyżeczkę magnezyi palonej, aby treść zobojętnić i zdołał u wszystkich chorych stwierdzić obecność trypsyny. Dwie tylko treści stale trypsyny nie zawierały, mianowicie w przypadku żołądka klepsydrowatego i przy kamicy żółciowej z kamieniem, utkwionym w przewodzie żółciowym wspólnym. L. zwraca uwagę na wartość rozpoznawczą próby w wyż wymienionych chorobach. *Dr Skórczewski.*

Bauer. **Galaktozurya trawienna przy żółtaczce.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 35). Przy podawaniu 40 gr galaktozy naczczo u 10 chorych z żółtaczką nieżytową występowała stale galaktozurya, dochodząca ilościowo do 25% podanej galaktozy. Ilość galaktozy w moczu, zwiększając się z nasileniem choroby, malała wraz z okresem ozdrowienia, jednakże potem utrzymywała się przez długie miesiące w niewielkim stopniu. W 12 przypadkach żółtaczki w przebiegu kamicy, B. nie stwierdził galaktozuryi trawiennej, albo bardzo nieznaczną, również nie dało się jej wywołać przy nowotworach dróg żółciowych. A więc powołując się na dawniej ogłoszone przypadki galaktozuryi trawiennej przy marskości wątroby, stwierdza B., że w obecnych przypadkach galaktozurya miała znacznie większe nasilenie (do 25% galaktozy w moczu w porównaniu do 5—10% przy marskości) i że nie można inaczej objawu tego tłómaczyć, jak tem, że wbrew utrzymującym się zapatrywaniom istnieje podczas żółtaczki nieżytowej pierwotne przemijające zaburzenie czynności wątroby. *Dr Skórczewski.*

Hönck. **Różnica ciepłoty w obu pachach przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 35). Zwróciwszy uwagę po pracy Widmera na równoczesne mierzenie ciepłoty w obu pachach przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, zauważył H. w dwu przypadkach różnicę, jednak mniejszą, niż Widmer, bo jedynie o 0·2 stopnia w obu przypadkach. Tłómaczy się ten objaw jednostronnem podrażnieniem nerwu współczulnego. *Dr Skórczewski.*

Telemann. **Sposób ułatwiający znalezienie jaj pasorzytów w kale.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 35). Z pięciu miejsc stolca wzięte części wielkości ziarnka grochu wytrawiamy w probówce mieszaniną eteru i kwasu solnego. Eter rozpuszcza tłuszcz, kwas solny — białka, mydła, mucynę, fosforany i sole wapnia. Rozczyn przesączamy przez sito włósiane, aby części grubsze oddzielić, a przesącz otrzymany centryfugujemy przez 1 minutę. Z trzech warstw, utworzonych przy centryfugowaniu, dolna zawiera resztki pokarmowe i jaja pasorzytów. Te jaja bywają wtedy znacznie wyraźniejsze i obfitsze, niż przy dotychczasowem postępowaniu. T. poleca swą metodę w przypadkach podejrzanych o obecność pasorzytów jelitowych. *Dr Skórczewski.*

Miyake. **Trzy ciekawe przypadki schorzeń, wywołanych przez glisty.** (*Arch. f. kl. Med.* T. 85.). 1) Niedrożność jelit u dziecka 8-letniego rozwinęła się w ciągu 7 dni tak, że ani kał, ani wiatry nie odchodziły. Przed zabiegiem stwierdzono w okolicy pępka guz twardy kiełbasowaty. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono pętlę jelita cienkiego, zupełnie zatkaną żywemi glistami, zbitemi w kłębki. Jelito nacięto i wydobyto z wnętrza 83 glist. Dziecko zginęło z zapalenia otrzewnej. Na sekcyi znaleziono w żołądku i jelitach jeszcze 14 glist. 2) Mężczyzna 28-letni cierpi od 8 lat na napady kolki w okolicy woreczka żółciowego, którym towarzyszy żółtaczka. Z powodu coraz częściej nawracającej się kolki chory poddał się operacyi, wśród której dobyto z woreczka żółciowego glistę, 25 cm długą. Chory wyzdrowiał. 3) Mężczyzna 23-letni, operowany przed dwoma laty z powodu gruźlicy otrzewnej. Od roku cierpi na gwałtowne bole w prawem podżebrzu, przyczem wytworzył się tamże ropień, który wreszcie pękł sam. Po pęknięciu wypłynęła z ropnia obfita ropa i 30 glist. Niedługo potem wytworzył się w sąsiedztwie dawnego ropnia świeży, z którego dobyto przez nacięcie ropę i dwie glisty. W 4 dni po zabiegu wydostał się z głębi rany kał w obfitej ilości, zawierający 2 glisty. Przetoka kałowa zabliźniła się zupełnie po 4 miesiącach. *E. S.*

Pedyatrya.

F. Siegert. **Odczyn skórny tuberkulinowy w pierwszym roku życia.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Autor stosował odczyn Pirqueta u 21 osesków; z tych pięcioro do 6 miesięcy życia, reszta do 1 roku życia, u których tak badanie kliniczne, jak następowa sekcya stwierdziła ogólną gruźlicę. Odczyn był zawsze dodatni (w jednym przypadku ujemny na 8 dni przed śmiercią) i zazwyczaj na pewien czas przed śmiercią znikał. We wszystkich wypadkach można było stwierdzić przez wywiady gruźlicę w otoczeniu. Równocześnie czyni S. spostrzeżenie, ze względu na teoryę Behringa powstawania gruźlicy u dzieci, iż dwoje osesków miało zdrowe matki, a gruźliczych ojców, dwoje innych karmiono mlekiem wyjałowionem, otrzymywanem z miejskiego zakładu. Doświadczenia autora stoją w sprzeczności z zapatrywaniami innych autorów, którzy wyrażali przekonanie, że oseski na szczepienie skórne Pirqueta nie oddziałują. *Dr Skórczewski.*

Feilchenfeld. **Wielokrotne objawy porażne podczas epidemii błonicy w jednej rodzinie.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 38). Z 7 dzieci w jednej rodzinie, chorujących na błonicę, u 5 zauważył F. objawy porażne, mianowicie 2 razy porażenia mięśni ocznych i podniebiennych, 3 razy zaburzenia w czynności serca, raz porażenie dolnych kończyn. Wobec leczenia surowicą odsetek zamiast 3—7% porażeń znacznie wyższy. Autor przypuszcza większe pokrewieństwo toksyny błoniczej do układu nerwowego w tej właśnie epidemii. (Również jednak możliwą jest zmniejszona odporność układu nerwowego u członków jednej i tej samej rodziny. *Przyp. spraw.*). *Dr Skórczewski.*

Friedjung. **Tegoroczna epidemia odry w Wiedniu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 37). F. dzieli się swemi spostrzeżeniami podczas ostatniej epidemii odry, cytując ciekawsze przypadki. Przez całą zimę miała odra mieć przebieg dość typowy, jednak od połowy marca przypadki znamionowały się bardzo długim (wyżej 14 dni) okresem wylęgania się choroby i długiem trwaniem okresu zwiastunowego. Natomiast okres wysypki był łagodny, przebiegał szybko. Powikłania odry były bardzo rzadkie. *Dr Skórczewski.*

Soltmann. **Leczenie zołzów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 35). S. zapatruje się na zołzy, jako na dziedziczną gruźlicę nie bakteryologiczną (nicht bacilläre Tuberculose). Tłómaczy sobie ten obraz nieprzepuszczalnością łożyska wobec drobnoustrojów, a przepuszczalnością wobec toksyn. Stosunek lizyn do aleksyn w ustroju noworodka będzie stanowić o zmianach zołzowych. Tłómaczenie nadczułości wobec jadu gruźliczego u takich dzieci jest łatwe. Stąd też wedle zdania S. zapobieganie zetknięciu się z jadem gruźliczym jest najważniejszym postulatem lekarza, wezwanego do dziecka zołzowego. O tem pamiętać powinien również lekarz przy doborze dzieci na kolonie letnie, przy wyborze mamki, przy usuwaniu dziecka ze sfery życia rodziców gruźliczych. Rzecz prosta, że należy się starać o dobrą sypialnię, odpowiednie odżywianie się i t. p. — W leczeniu nieodzownemi okazują się kąpiele morskie i solanki. Przytem wzbrania leczenia kąpielami morskiemi niemowląt, dzieci ze zmianami zołzowemi uszu i oczu. S. radzi stosować kąpiele na morzu północnem z większą koncentracyą soli i klimatem oceanicznym u dzieci z zołzami otrętwiałemi; u dzieci ze zołzami drażliwemi odpowiedniejsze są nie tak silne słone kąpiele na morzu zachodniem i to w ciepłem lecie. Ideałem byłoby przebywanie przez czas dłuższy na odpowiednio urządzonym parowcu zdala od brzegów. Przy używaniu solanek wskazane są cięższe solanki (1—2%) bez żoły dla zołz drażliwych, a z żołą dla otrętwiałych. Źródła żelazisto-słone i cieplice nadają się dla drażliwych zołzowych, dla otrętwiałych najlepsze są źródła jodowe i bromowe; pierwszym poleca S. również tran, przetwory żelaza (jak *tinc. ferri pomata*, pigułki Blauda, *liquor ferro mangani peptonati* Gude, peptonat mangano-żelazisty Riechego), dalej przetwory jodowe, cukrzan żelazisto-jodowy, *syrupus ferri jodati*, jodypinę, jodferratynę, jodferratozę. Wreszcie zwraca S. uwagę przy leczeniu miejscowem zmian zołzowych, skóry, błon śluzowych i t. p. na konieczność równoczesnego stosowania leczenia ogólnego, bez którego zazwyczaj nie osiągniemy celu. *Dr Skórczewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Stosowanie surowic w razie wojny na placu boju poleca Dörr. Głównie na myśli ma D. surowicę przeciwtężcową i przeciwczerwonkową. O ile możności powinno się starać surowicę w wojsku otrzymywać stałą, a nie płynną, ze względu na trwałość i transport. W surowicę należy zaopatrzyć dywizyjne oddziały sanitarne. *K.*

Surowicę przeciwtężcową leczniczo poleca Jerie wstrzykiwać o ile możności do kanału rdzeniowego (około 20 cm). Wstrzykiwania podskórne są mniej pewne (80 cm). *K.*

Leczenie tężca rdzeniowemi wstrzykiwaniami siarkanu magnu polecają Griffon i Liau. Wypuszcza się najpierw trochę płynu mózgowordzeniowego i w jego miejsce wstrzykuje 25% rozczyn siarkanu magnu, obliczając z tego rozczynu 1 cm³ na 25 funtów wagi ciała. Po godzinie spostrzega się zwiotczenie mięśni i ustąpienie bolów. Zwykle na drugi dzień występują kurcze, ale znacznie słabsze i wtedy powtarza się znowu wstrzyknięcie. Ogółem nie należy więcej razy wstrzykiwać, niż 5. Dotąd osiągnięto tym sposobem 72% wyleczeń. *K.*

Miesienie pod powierzchnią wody poleca Benderski, zwłaszcza gdy chodzi o głębszy zabieg, n. p. na pęcherzyku żółciowym, kiszkach i t. p. *K.*

Sophol w 5% lub 10% rozczynie poleca w miejsce lapisu i protargolu Kraus w zapaleniach spojówek, zwłaszcza wiewiórze. Nowy ten przetwór srebra drażni znacznie mniej, niż azotan srebra, sprawia mniejsze dolegliwości i nie wywołuje srebrzycy. Cena nie wyższa, niż protargolu. Rozczyny należy przechowywać w zimnie i to niezbyt długo. *K.*

Przy zgorzeli starczej stopy osiągnął Ballance powrót krążenia, bez potrzeby odjęcia kończyny u 75-letniej kobiety, przez połączenie żylno-tętnicze naczyń w górnej połowie kanału Huntera. *K.*

Przy wrzodziejącem zapaleniu odbytnicy polecają Wallis i Brull cynkaforezę. Odpowiednią elektrodę, owiniętą płótnem i zmoczoną w 4% rozczynie siarkanu cynku, wprowadza się do kiszki aż powyżej wrzodów, a drugą (ujemną) ustawia się na brzuchu, używając 20—30 M. A. przez 10 minut. Zabieg ten powtarza się co 14 dni. Jeżeli owrzodzenia sięgają wysoko,

trzeba powyżej elektrody napełnić kiszkę siarkanem, umieściwszy przedtem powyżej balon gumowy, by siarkan nie wniknął zadaleko w kiszki. Sposób opisany nadaje się tam, gdzie z powodu rozległości cierpienia leczenie chirurgiczne jest niemożebne. *K.*

Wygodny przyrząd do zakładania opatrunków stałych na kończynach dolnych bez asysty wyrabia firma Kunzego. Składa się on z podstawki miednicowej i pręta, na którym umieszcza się kończynę na odpowiednich widełkach, zaopatrzonych w płócienne paski. Prócz tego na końcu pręta znajduje się śruba do wyciągu. Po skończeniu opatrunku wyjmuje się po prostu kończynę razem z zagipsowanymi paskami z widełek. *K.*

Diaspiryna (bursztynowy ester salicylu), nowy przetwór, stosowany zamiast aspiryny, jest zarazem bardzo pewnym środkiem napotnym, przewyższa więc pod tym względem nowaspirynę, a nie posiada wad aspiryny. Dawka 1,0 gr kilka razy dziennie. *K.*

Praca w rafineryach cukru usposabiać ma wybitnie według Bernheima i Dieuparta do gruźlicy płuc, bo spostrzegać ją można prawie u 10% robotników w tych zakładach. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 17. czerwca 1908
(w klinice okulistycznej).

Przewodniczący prezes Dr Borzęcki. Obecnych członków 18.

1) Prezes poświęca gorące wspomnienie pamięci zmarłego w d. 13. b. m. błog. p. kolegi Kirschnera, długoletniego członka Towarz. lek. krakowskiego. Obecni przez powstanie oddali hołd pamięci zmarłego kolegi.

2) Prezes podaje do wiadomości obecnych, że zarządził, by kursor Tow. zbierał wśród członków Tow. lek. krak. składki na pomnik ś. p. Jordana.

3) Prezes zawiadamia, że wobec tego, iż w czytelni czasopism w domu Tow. lekarskiego giną zeszyty czasopism, redakcya »Przeglądu lekar.« uprasza, by koledzy, korzystający z czytelni, dzienniki przeczytane oddawali z powrotem, w innym bowiem razie redakcya byłaby zmuszona zaprzestać dalszego zasilania czytelni pismami i oddawać je wprost do biblioteki Tow. Z powodu spóźnionej pory zgodzono się, ażeby zapowiedziane na posiedzenie wykłady odbyły się na pierwszem posiedzeniu po wakacyach. Nastąpiło przedstawienie chorych.

1) Prof. Wicherkiewicz przedstawił przypadek **skórzaków.** (Skórzak w okolicy zewnętrznego brzegu przyrogówkowego oka prawego, dwie szczeliny (*coloboma*) w górnej powiece. W kąciku zewn. oka lewego również skórzak, lecz daleko mniejszy).

W dyskusyi zabrał głos Prof. Ciechanowski.

2) Dr Witaliński przedstawia chorego, u którego przyszło do dwukrotnego **zapalenia woreczka łzowego i ropowicy dolnej powieki** po sondowaniu. Leczenie, zalecane przez R. Dw. Prof. Wicherkiewicza: przestrzykiwanie sopholem, okazało się bardzo skuteczne.

W dyskusyi zabierają głos: R. Dw. Prof. Wicherkiewicz wykazuje, że przypadek ten powinien być przestrogą dla lekarzy, zajmujących się okulistyką. Kol. Bielański zapytuje o łzawienie po wycięciu woreczka łzowego. W odpowiedzi zaznacza R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, że łzawienie po tym zabiegu jest bardzo nieznaczne.

3) Dr Berezowski przedstawia chorego po operacyi **garbiaka.** (*Staphylotomia modo Wicherkiewicz*).

W dyskusyi zabiera głos R. Dw. Prof. Wicherkiewicz.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. września 1908 r.

1) Sinołęcki przedstawił 14-letniego chłopca **z wrodzonym niedokształtem małżowin usznych** i skórzastem **zarośnięciem zewnętrznego przewodu usznego.** Chłopiec słyszy prawie dobrze.

2) Kopczyński St. przedstawił przypadek **porażenia obu splotów barkowych na tle zapalnem** (*neuritis utriusque plexus brachialis*). Chora 14-l. przed rokiem po przespaniu się na świeżo wymytej podłodze zaczęła doznawać bolów i drętwienia w palcach lewej ręki, następnie w lewem ramieniu, w karku i prawem ramieniu; jednocześnie zaczęły jej ręce słabnąć i wkrótce straciła w nich zupełnie władzę. Po tygodniu chora przybyła do szpitala, gdzie silnie gorączkowała; zażywała salicyl. Bole po paru tygodniach znikły; brak władzy pozostał. — Badanie przedmiotowe stwierdziło, co następuje: kończyny dolne zupełnie dobrze działają; lewa kończyna górna wisi bezwładnie. Poza bardzo nieznacznem zginaniem końcowych stawów w palcach, chora żadnych innych ruchów wykonać nie może. Wszystkie mięśnie tej kończyny, jak i całego lewego pasa barkowego — w stanie wybitnego zaniku. Prawą kończyną może chora wykonywać następujące ruchy: zgina i rozgina palce prawej kiści, zlekka zgina rękę w przedramieniu, ruchy w ramieniu i stawie barkowym są zniesione. Porażone mięśnie — w stanie wybitnego zaniku. Odruchy na kończynach górnych — zniesione. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Pobudliwość elektryczna nerwów na lewej kończynie — zniesiona, na prawej osłabiona, pobudliwość porażonych mięśni na prąd elektryczny zniesiona, w niektórych mięśniach niezupełnie porażonych — odczyn zwyrodnienia. Mówca podnosi pewne trudności rozpoznawcze danego przypadku i niezwykłe usadowienie się porażenia. Wyłącza zapalenie rogów przednich (obecność bolów, brak jakiegokolwiek uszkodzenia kończyn dolnych, porażenie rozlane), wyłącza cierpienie stawów kręgowych szyjnych (ruchomość zachowana, brak bolesności) i przyjmuje ostre zapalenie korzeni szyjnych i splotów barkowych, być może, na tle gośćcowem. Mówca podkreśla, że brak podmiotowych zaburzeń czucia nie wyłącza tego rozpoznania. Obecność choć nielicznych nieuszkodzonych włókien w splocie barkowym wystarcza do przewodnictwa czucia z kończyny górnej, co potwierdzają badania doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne.

3) Dębiński wypowiedział rzecz p. t. **Znaczenie kliniczne odczynu Calmettea.** W sprawie znaczenia klinicznego odczynu Calmettea dochodzi prelegent na podstawie badań własnych, jak również danych z piśmiennictwa, do następujących wniosków: 1) U gruźliczych niewątpliwych odczyn Calmettea występuje mniej-więcej w 90%. Do 10% niedających odczynu zaliczyć należy chorych w okresie charłactwa, z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych, gruźlicą prosówkową, wreszcie chorych ze zmianami włóknistemi i zwapnieniami. 2) U podejrzanych o gruźlicę odczyn oczny występuje w 55% przypadków. Przypadki sekcyjne, choć nieliczne, potwierdzają wyniki, otrzymane przez odczyn Calmettea. 3) U niegruźliczych odczyn dodatni występuje w 20%. Wśród niegruźliczych, dających często (około 50%) odczyn oczny, zwracają uwagę chorzy, dotknięci durem brzusznym i gośćcem. Brak przypadków sekcyjnych i w tym razie jednak nie pozwala zaprzeczać istnienia ukrytych ognisk gruźliczych.

Co się tyczy znaczenia prognostycznego odczynu ocznego, to w ogólności można powiedzieć, iż natężenie odczynu stoi w stosunku odwrotnym do stopnia gruźlicy. Ważniejszym może od stopnia natężenia jest ogólny charakter odczynu. W początkowych okresach gruźlicy i w postaciach łagodnych odczyn może być mniej lub więcej rozległy, nosi jednak zawsze charakter silnie zapalnego (silne zaczerwienienie i przekrwienie spojówek). W przypadkach daleko posuniętej i wogóle niepomyślnie przebiegającej gruźlicy spojówki bywają przeważnie słabo zaczerwienione i cały odczyn nosi charakter niedomożny (atoniczny).

Ze względu na swe znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne powinien odczyn Calmettea znaleźć szerokie pole w klinice, o ile stosowanie jego nie będzie narażało chorych na powikłania oczne. Jakkolwiek podano w piśmiennictwie różnorodne rodzaje powikłań, to jednakże stosunkowo są to zdarzenia bardzo rzadkie.

W dyskusyi zaznacza Janowski, że dla niego wartość praktyczna metody Calmettea jest w chwili obecnej żadna. Wynika to z tej okoliczności, że mniejwięcej w 20% przypadków odczyn Calmettea zawodzi. *J. L.*

II. międzynarodowy Zjazd chirurgów w Brukseli

21—25. września 1908.

II. międzynarodowy Zjazd chirurgów zgromadził pokaźną liczbę uczestników pomimo tego, że prawie równocześnie (20. do 26. września) odbywał się 80. Zjazd lekarzy i przyrodników

niemieckich w Kolonii. Sprawę językową starano się ułatwić w ten sposób, że jeszcze przed kongresem rozdano uczestnikom drukowane odczyty, a nawet dyskusye Zjazdu, a prócz tego referenci starali się o ile możności swe przemówienia objaśniać obrazami świetlnymi i tablicami. Przewodniczył Zjazdowi Czerny. Główną nicią przewodnią Zjazdu była sprawa leczenia raka.

1) Rooswell Park (Buffalo): **O przyrodzie raka.** R. P. stoi na stanowisku zakaźnego pochodzenia raka. Nowotwór rozszerza się szybko i tylko w początkach można go jeszcze uważać za cierpienie miejscowe i jedynie wtedy jest uleczalny. Niestety w początkach bardzo trudno raka rozpoznać i zwykle, gdy go wreszcie rozpoznamy, już na doszczętny zabieg jest za późno. R. P. ma nadzieję, że może wynajdziemy środek, któryby dozwolił nam usuwać raka bez dotychczasowych wielkich, a nieraz bezowocnych zabiegów. — W dyskusyi Sticker (Berlin) zwraca uwagę, że rak nie jest wcale jednolitą chorobą, lecz są różne rodzaje raków. S. wątpi, by udało się wynaleźć uniwersalną surowicę przeciwrakową.

2) Bonsdorff (Helsingfors): **O raku wargi.** B. poleca doszczętne usuwanie gruczołów szyjnych (nawet nadobojczykowych), gdyż wtedy jedynie osiągnąć można dobre wyniki (80% wyleczeń). — W dyskusyi Ribera y Sans (Madryt) wyraża zdanie, że tak doszczętne postępowanie przy raku wargi jest bezwarunkowo zbyteczne. W etyologii raka wargi na pierwszem miejscu stawia R. mechaniczne i chemiczne podrażnienie tytoniem, jakoteż częste u palących oparzenia wargi. Inni mowcy jednakże oświadczają się za doszczętnem postępowaniem, zalecanem przez referenta.

3) Collins Warren (Boston): **O leczeniu raka ust i języka.** Na podstawie 172 przypadków oświadcza C. W., że wyniki chirurgicznego leczenia rzeczonych raków są bardzo smutne. — W dyskusyi potwierdzają to w zupełności i inni, jak Dollinger (Peszt), Morestin (Paryż) i Bastianello (Rzym). Nawet przy bardzo małych guzach należy postępować bardzo doszczętnie, a mimo to wyniki są złe. Czerny nawet twierdzi, że teraz nie zdecydowałby się nawet wobec tego na tak wielkie, a bezskuteczne operacye.

4) Gluck (Berlin): **Chirurgiczne leczenie raka gardła i krtani.** Wyniki przy operacyi raka i krtani ma G. bardzo dobre (przedstawienie chorych). Operuje bardzo doszczętnie, usuwa mięśnie, gruczoły, a nawet żyłę szyjną (9% śmiertelności). Te dobre wyniki zachęcają do stosowania wyjęcia krtani i przy gruźlicy. W końcu pokazuje G. różne protezy, zwłaszcza lejkowatą, której używa do umożliwienia łykania w razie zarośnięcia przełyku, lub w przypadkach raka przełyku przy połączeniu żołądka z przełykiem. — W dyskusyi Durand (Lyon) omawia technikę doszczętnych zabiegów przy raku gardła z pomocą tymczasowego wycięcia szczęki górnej.

5) Czerny (Heidelberg) wobec **raka przełyku** radzi o ile możności wczas operować, bo właśnie rak ten nie ma skłonności do tworzenia przerzutów. — Kümmell (Hamburg) sądzi, że przeszczepianie jelita cienkiego w miejsce wyciętego przełyku (Roux) da może niezłe wyniki. Jelito należy umocować w kierunku przeciwrobaczkowym, by ułatwić przełykanie.

6) Kehr (Halberstadt): **Schorzenia dróg żółciowych i ich leczenie.** (Streszczone już w »Przeglądzie« obszerniej). — W dyskusyi Bakes (Trebitsch) twierdzi, że zdanie Kehra, jakoby wycięcie woreczka żółciowego i sączkowanie przewodu wspólnego chroniło na pewno od nawrotów kamieni, nie jest słuszne, albowiem sam taki nawrót spostrzegał. Fink uważa zastój żółci za pierwszy powód tworzenia się kamieni, do niego dołącza się dopiero zakażenie. Również zaprzeczono zdaniu Kehra, by o ile możności zawsze wycinać woreczek; w wielu razach i inne zabiegi, jak cystostomia i t. p. oddać mogą dobre usługi.

7) Koch (Groningen): **O leczeniu chirurgicznem marskości wątroby.** Umocowanie sieci wpływa bezwarunkowo korzystnie na krążenie. Wysięk i krwotoki jelitowe zwykle potem znikają. Wyleczenie następuje prawie w 30%, ale operować należy nie w bardzo późnych okresach choroby. Jest rzeczą obojętną, czy sieć przyszywa się śród-, czy pozaotrzewnie. Jeżeli przyszycie sieci nie pomoże, należy próbować jeszcze przyszycia śledziony. W postaciach przerostowych marskości nieraz dobre usługi oddaje nacięcie woreczka i przyszycie wątroby. — W dyskusyi Peugniez (Amiens) potwierdza korzystne wyniki przyszycia śledziony, Kümmel (Hamburg) twierdzi, że szerokie otwarcie jamy brzusznej i »forsowna toaleta« oddawała mu te same usługi, co przyszycie sieci. Haasler (Halla) sączkuje i płucze także samą wątrobę przez sączek, wprowadzony do któregoś z większych przewodów wątroby.

8) Payr (Greifswald): **Wskazania do chirurgicznego leczenia guzów wątroby.** Niezłośliwe guzy wątroby wycina się, gdy szybko rosną i sprawiają wielkie dolegliwości. Kilaki znikają często po zwykłej laparotomii, podobnie jak to bywa przy gruźlicy otrzewnej. Przy raku woreczka żółciowego usuwać należy zawsze i sąsiednią część wątroby, by zabrać zarazem i gruczoły przy wnęce. Promienica wątroby jest zwykle w niej tylko przerzutem z jelit. Bąblowca należy wycinać a nie nacinać. — W dyskusyi przemawia kilku mowców za nacięciem bąblowca, wyskrobaniem i sączkowaniem, co zwykle zupełnie wystarcza. Haasler (Halle) zapatruje się bardzo sceptycznie na operacye złośliwych guzów wątroby i twierdzi, że trwałego wyniku nie należy się często spodziewać.

9) Czerny (Heidelberg): **Leczenie chirurgiczne raka żołądka.** C. wyraża znów zwątpienie w skuteczność »wielkich zabiegów« przy raku żołądka i trzustki. Operować doszczętnie należy tylko tam, gdzie rak jest jeszcze cierpieniem miejscowem. Naturalnie w razie wielkich przypadłości musi się także przystępować do zabiegu, choćby łagodzącego. — W dyskusyi Hartmann (Paryż), Delagenière (Le Mans) stoją znów na wręcz przeciwnem stanowisku i polecają wielkie zabiegi, jak usunięcie całego żołądka z gruczołami.

10) W zastępstwie nieobecnego Voelkera (Heidelberg) wygłosił Czerny referat: **O rakach jelit cienkich, kiszki grubej i odbytnicy.** Wyniki przy raku jelita cienkiego są jeszcze niebardzo dobre, a to z tego powodu, że to cierpienie rozpoznaje się zwykle dość późno. Operować powinno się zawsze dwuczasowo. Przy operacyi raka kiszki stolcowej postępować należy w sposób kombinowany (amputacya brzuszno-kroczna, a wycięcie brzuszno-ogonowe). Śmiertelność u mężczyzn po operacyi raka odbytnicy jest jeszcze wielka (40—50%) u kobiet mniejsza (15%, trwałych wyleczeń 40—50%). — W dyskusyi omawiano wyniki i zalety poszczególnych metod operacyi. Bachrach (Wiedeń) poleca zawsze przed operacyą badać pęcherz cystoskopem. Tixier (Lyon) zwraca uwagę, że poprzednie usunięcie macicy ułatwia bardzo następowe operowanie.

11) Depage (Bruksela): **Chirurgia raka sutka.** D. operuje bardzo doszczętnie, wyjmuje wszystkie gruczoły, a z mięśni zabiera nawet górne części zębatego i skośnego zewnętrznego brzucha. — W dyskusyi radzi Mauclaire (Paryż) ranę przyżegać gorącem powietrzem. W razie zajęcia gruczołów nadobojczykowych nie radzą Le Dentu (Paryż), Steinthal (Stuttgart) i inni operacyi. Ionnesco (Bukareszt) ma dobre wyniki; zaczyna operacyę od oczyszczenia pachy. Czerny i tutaj zapatruje się na duże zabiegi sceptycznie. Korteweg (Leyden) zwraca uwagę na to, że skuteczność operacyi zależy od rodzaju raka, przy rakach mniej złośliwych mają przypadki operowane późno właśnie nieraz przebieg dobry i bez nawrotów, a przy złośliwych mimo wczesnej i rozległej operacyi nawroty są bardzo częste.

12) **Sprawa znieczulania.** Vallas (Lyon) poleca gorąco uśpienie eterem i chlorkiem etylu, chloroformu używa tylko wtedy, gdy eter jest przeciwwskazany. — Podobnie postępuje Bergalonne (Genewa). Kümmel (Hamburg) przemawia za uśpieniem skopolaminowomorfinowoeterowem, Lotheisen (Wiedeń) za uśpieniem chlorkiem etylu z tlenem. Ionnesco (Bukareszt) donosi o próbach znieczulania rdzenia szyjnego stowainą ze strychniną. Zdaje się, że wstrzykiwania te znajdą może zastosowanie szersze; na razie są to jeszcze próby. Przeciwnikiem zdeklarowanym znieczulenia rdzeniowego jest Rehn (Frankfurt n. M.). Doświadczenia jego na zwierzętach przemawiają za tem, że znieczulenie to wywołuje ciężkie zmiany w rdzeniu. Toteż stosować się je powinno tylko tam, gdzie innych sposobów znieczulenia użyć nie można, a nigdy u dzieci i młodych osób. W obronie znieczulenia rdzeniowego występują Sonnenburg (Berlin), Kümmell (Hamburg) i inni. — W dyskusyi końcowej sprawa nie została rozstrzygnięta. Wohlgemut (Berlin) twierdzi nawet, że każdy sposób znieczulania, o ile jest skuteczny, musi zarazem przedstawiać pewne niebezpieczeństwa.

13) **Przepukliny.** Również i tu rozprawy nie doprowadziły do stanowczych wniosków, a Czerny wypowiedział nawet zdanie: »Wszyscy wiemy dobrze, że małe przepukliny można wyleczyć wszystkimi podanymi sposobami, natomiast przy dużych po każdej metodzie bywają nawroty«. — W sprawie etyologii przepuklin twierdzi Ribera y Sans (Madryt), że u dzieci wszystkie przepukliny są wrodzone, a u dorosłych nabyte. Sheen (Cardoff) sądzi, że czasem urazowe powstanie przepukliny nie da się wyłączyć. — Lorshiow (Bruksela) odrzuca u dzieci leczenie paskami i zawsze operuje. Większość następnych mowców

sprzeciwia się temu, radząc nie operować przed 7. rokiem życia. Jak dotąd, operacya Bassiniego daje najlepsze wyniki co do trwałości.

14) De Quervain (La Chaux-de Fonds): **O zranieniach rdzenia.** Do leczenia chirurgicznego nadają się przypadki złamania łuku kręgowego i postrzały, w razie gdy pocisk tkwi w kanale. Przy zupełnych zniszczeniach podali Stewart i Harte zeszywanie rdzenia, o wynikach jednak jeszcze nic pewnego nie wiemy. — Podobnie bardzo zachowawczo przy zranieniach postępują Sonnenburg (Berlin), Hildebrand (Berlin) i Czerny, bo operacya zwykle niewiele pomaga, a sama przez się jest bardzo poważna.

15) Bérard (Lyon): **Leczenie guzów rdzenia.** Guzy operować wolno, gdy są pierwotne, pojedyncze, nie wywołały jeszcze zniekształtnień kości i wiotkich porażeń. Guzy samego rdzenia operować wolno wtedy, gdy jesteśmy pewni, gdzie mają siedzibę. Oponę twardą należy otwierać, bo często tylko wtedy guz odkryć można. — Podobnie twierdzi także Krause, przytaczając 28 przypadków.

16) Legueu (Paryż): **Rak narządu moczowopłciowego u mężczyzn.** Wyniki operacyjne są tu także niebardzo świetne, bo raka udaje się zwykle rozpoznać dopiero wtedy, gdy już każda operacya, nawet rozległa, jest spóźnioną. — W dyskusyi potwierdzają to także inni mowcy.

17) W dyskusyi nad **wycinaniem rakowatej macicy** uznano drogę brzuszną za najodpowiedniejszą. Wertheim (Wiedeń) przytacza ze swej statystyki (200 przypadków) 59% braku nawrotów.

18) W końcu rozprawiano: **O leczeniu raka promieniami Röntgena i radu.** Wogóle wyrażano się bardzo oględnie o wyleczeniach, a jedynie Abbe (Nowy York) zapewniał o swych świetnych wynikach leczenia radem raków skórnych. — Fulguracya według Czernego i Keating-Hearta daje w przypadkach raków nie nadających się już do operacyi jeszcze najlepsze wyniki ze wszystkich znanych dotąd sposobów leczenia.

Dr A. Klęsk.

Praktyka wolna czy upaństwowienie lekarzy?.

Napisał

Dr med. O. Hewelke.

(Dokończenie).

Czyż zresztą każdy lekarz jest obowiązany do zajmowania się nauką w ścisłem tego słowa znaczeniu? Może to być udziałem tylko pewnych odpowiednio uzdolnionych umysłów i wymaga całkowitego oddania się takiej pracy. Podobnie i zajęcie się higieną — poza działem higieny prywatnej, domowej — musi być udziałem specyalnych organów.

Nieuzasadnionem zato wydaje mi się oskarżenie, rzucone lekarzom przez Dr Zbankowa, że lekarze praktycy wrogo odnoszą się do higieny, jakoby ze względu na swe interesa materyalne. Przypuszczam, że tak źle nie jest i w Rosyi. Zapewne tam, jak wszędzie, jak i u nas, inicyatywa popierania i popularyzowania zasad higieny wychodzi właśnie od lekarzy, którzy też przeważnie pracują nad jej dalszym rozwojem bez względu na to, czy to może wpłynąć na uszczuplenie dochodów z praktyki.

Czy zaufanie publiczności do lekarzy się zmniejsza, a zwłaszcza, czy dzieje się to z powodu praktyki wolnej, na to dowodów bezpośrednich nie ma i nie przedstawia ich Dr Zbankow.

Skargi na medycynę i lekarzy istniały i istnieją, ale głównie z powodu ich bezsilności w wielu razach, a nie z powodu, że to kosztuje. Wszakże mnóstwo ludzi wszelkich klas zwraca się do szarlatanów, chociaż ci nie są upaństwowieni i wyzyskują swe ofiary. Są osobistości, skądinąd wybitne, które nie uznają medycyny i lekarzy — np. M. Humboldt w swoim czasie, obecnie L. Tołstoj — nie wiem, czy to z powodu praktyki wolnej, ale można im przeciwstawić potężny umysł Spencera, który w lekarzu widzi przyszłego kierownika społeczeństwa.

Do przewidzenia zaś jest, że nie ustaną te narzekania i przy upaństwowieniu lekarzy, bo to nie wpłynie ani na zmniejszenie się częstości chorób nieuleczalnych, ani liczby hypochondryków i histeryczek, nie zmieni ludzi, oddających się zawodowi lekarskiemu.

Potępienia, rzucane na takie przejawy w zawodzie lekarskim, jak urządzanie domów zdrowia, zakładów leczniczych, które mają w pewnym stopniu charakter przemysłowy, a także na to, że lekarze bronią swych interesów na drodze sądowej (w Niemczech w 1882 spraw o honorarya 6000, a w dziesięć lat później 15000), tłómaczą się różnicą poglądów na stanowisko lekarza i na jego pracę, jakie panują dziś na Zachodzie i w Rosyi. Ewolucya pod tym względem, stawiająca lekarza na równi z innymi zawodowcami, nie odbyła się jeszcze w Rosyi, gdzie widocznie utrzymują się dotąd przestarzałe zapatrywania, narzucające lekarzowi charakter filantropa i zmuszające go do szczególnych ofiar i poświęceń.

Chociaż nigdzie jeszcze nie nastąpiło upaństwowienie lekarzy ogólne, to jednak, jak wspominaliśmy, istnieją organizacye, które w swym zakresie mają odpowiadać temu systemowi i pozwalają na porównania i wnioski dość prawdopodobne. Weźmy np. lekarzy wojskowych; są oni upaństwowieni; większość przeważna ich pacyentów — żołnierze prości — jest pozbawiona możności wypowiadania swego zdania o nich, o ich zaufanie nikt się nie pyta; ale już stopnie nieco wyższe, a zwłaszcza oficerowie, wyrażają bardzo często faktyczny protest przeciw systemowi, lecząc się u lekarzy prywatnych, chociaż ich muszą opłacać. Nie znamy do gruntu stosunków medycyny ziemskiej, z którą porównania otworzyły Dr Zbankowowi oczy na ciemne otchłanie wolnej praktyki. Wiadomo, że w niej wiele formalistyki i pozorów; zapewne, że i nie wszyscy funkcyonaryusze lekarze są apostołami ideału. Niewątpliwie może ona być dobrodziejstwem dla ludu wobec tego, co było dawniej, ale nie wiadomo, coby było, gdyby system ten obejmował wszystkie klasy ludności gubernii ziemskich, mających możność porównania i krytyki. Próbka tej organizacyi, może spaczona, po 10 latach istnienia w gub. Płockiej nie przemawia za nią.

Inną analogię przedstawiają kasy chorych, tak szeroko rozpowszechnione na zachodzie. Widzimy tam wrącą dotąd walkę pomiędzy dwoma prądami: czy mają być lekarze stali w kasach, czy też ma być wybór wolny lekarza (w pewnym zakresie). Zwycięstwo coraz wyraźniej przechyla się na tę drugą stronę. A wszakże stosunek zwalczany — to lekarz jakby państwowy, drugi — pożądany — to lekarz z wyboru, z zaufania, jak to dzieje się w praktyce wolnej.

System Landois [4]) albo »Système de la liberté à tarif fixe« cieszy się uznaniem we Francyi, zaproponowany jest w Belgii, w Niemczech spotyka jeszcze trudności biurokratyczne, ale ma widoki przeprowadzenia powszechnego.

Jak dowodzi doświadczenie Bazylei, nawet najbiedniejsi, mogący otrzymywać porady bezpłatnie od stałych lekarzy dla biednych, wolą o ile są w stanie, zwrócić się do lekarzy poza organizacyą.

Podobnie dzieje się wśród członków kas, mających lekarzy stałych.

Toż samo spotyka się i u nas, że chorzy, mogący korzystać z bezpłatnych porad lekarzy fabrycznych, kolejowych i t. d., stanowią znaczną część frekwencyi naszych lecznic i ambulatoryów płatnych.

Zaufanie, jako podstawa stosunku między pacyentem a lekarzem, nie może być nigdy usunięte. Uznaje jej uzasadnienie i pozostawia ją Bellamy w stosunkach swego idealnego społeczeństwa przyszłości.

To też wszędzie tam, gdzie poprzednio był wybór lekarzy, a potem przyjęto system lekarzy stałych, najsilniej przejawia się prąd do powrotu do dawnego.

W Niemczech i w Austryi stali lekarze kas uważani są za podrzędniejszych w porównaniu do wolnopraktykujących; nie jest to dowodem niezaufania dla tych drugich.

Ankieta do zarządów kas chorych w Szwajcaryi [5]), czy w przygotowującej się organizacyi służby zdrowia dla ludu mają być lekarze stali, dała wynik niekorzystny dla sprawy lekarzy państwowych, chociaż taka organizacya wypadłaby taniej; trzeba zaś wiedzieć, że sfery zapytywane należą do partyi socyalistycznej.

Nie należy zapominać, że omawiane stosunki dotyczą ludności jednolitej, klasy pracującej, nie przyzwyczajonej do wybredzania w żadnym kierunku i zmuszonej do liczenia się z każdym groszem, dla której więc wzgląd większej taniości pomocy lekarskiej ma bardzo ważne znaczenie.

[4]) Dr m. H. Häberlin: Staatsarzt- oder Privatarztsystem. Zürich 1906, rozwija tę samą tezę i broni praktyki wolnej.

[5]) l. c.

Co mówią te fakty? Wszakże to jest przedstawieniem stanu sprawy pierwiastku zaufania pomiędzy publicznością a lekarzem, a nie dowodzą one, aby uczucie to miało słabnąć nawet pod tchnieniem »zepsutego Zachodu«. Sprawa ta nie stoi tak źle, jak to mniema Zbankow, a nie jest tak prosta, jak ją chce mieć Z. Kramsztyk, który także poruszał ten przedmiot, i sądzi, że wybór wolny lekarza obchodzi tylko bogaczów, większość(?) zaś biednych nie będzie za tem obstawać.

To też wprost nie możemy sobie uprzytomnić upaństwowienia lekarzy ogólnego, dla całego społeczeństwa, przy zachowaniu jego klas, różnic wychowania i wykształcenia, różnic majątkowych i t. p.

Chybaby przedtem musiały nastąpić takie kataklizmy społeczne, któreby, zrzuciwszy góry na doliny, zniwelowały istniejące dziś przepaści różnic społecznych i zatarły je wraz z ich wspomnieniem. Dziś sprawa ta wydaje mi się zupełnie nie możebną do postawienia na porządku dziennym, a przyszłość jej zdaje się tylko majaczyć w dalekiej pomroce wieków, wobec której 2000 lat wydają się niemal jutrem.

Jeżeli lekarze rosyjscy, zebrani na IX Zjeździe im. Pirogowa, przyjęli wniosek Dr Zbankowa jednomyślnie, to można to sobie wytłómaczyć albo prostem przyjęciem do wiadomości projektu, nie podlegającego na razie dyskusyi, grzeczną formą przejścia do porządku dziennego, — albo też współczesnym nastrojem umysłów, jaki panował wówczas w Rosyi wśród inteligencyi, dopuszczającym możność ziszczenia się rzeczy niemożebnych. Szeroko rozwinięty system medycyny ziemskiej z lekarzami płatnymi — a więc z formą bytu zewnętrznie przypominającą zasadniczy rys projektu — mógł dlań przychylnie usposobić słuchaczów, przeważnie lekarzy ziemskich, wogóle usposobionych sympatycznie dla tego rodzaju poglądów wskutek żywszego sprzyjania teoryom socyalistycznym, a także łatwego podlegania wpływom mistycznym Tołstoja, a nawet Weresajewa [6]).

Dziwnem jednak wydaje mi się w każdym razie to, że żaden głos nie odezwał się tam przeciw ciężkim zarzutom i potępieniu, jakie z całą bezwzględnością rzucone zostało tu zawodowi i stanowi lekarskiemu wszystkich czasów i wszystkich krajów. To też szanowni słuchacze! koledzy lekarze wolnopraktykujący, jeżeli pozwoliłem sobie zająć tu waszą uwagę, to nietylko, aby poddać pod rozpatrzenie wasze, czy projekt upaństwowienia lekarzy jest dobry, czy możebny, ale także, aby zaprotestować przeciw zarzutowi, że zawód nasz, lekarza wolnopraktykującego zniewala nas do nieuczciwości, deprawuje nas, że działalność nasza, niosąca swe zdrowie i życie na usługi społeczeństwa, miałaby mu być wrogą.

[6]) Jednem z postanowień Zjazdu było wyrażenie podziękowania i hołdu autorowi, kryjącemu się pod pseudonimem Weresajewa.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Żądania lekarzy w sprawie reformy ustawy o Kasach chorych. W najbliższym czasie ma wystąpić rząd z reformą ustawy o Kasach chorych i miejmy nadzieję, że żądania lekarzy uwzględni. Rząd bowiem dokładnie powiadomiony jest przez Państwowy Związek organizacyi lekarskich, czego lekarze żądają, gdyż zarówno prezydentowi ministrów, jak i ministrowi spraw wewnętrznych przedłożono szczegółowy memoryał, tej sprawy się tyczący. Lekarze stawiają osiem zasadniczych żądań, a mianowicie następujące:

1) Dochód obowiązanego do ubezpieczenia w kasie chorych może wynosić najwyżej 2400 koron rocznie. Wprawdzie dochód roczny 2400 koron jest za wysoki, jeśli chodzi o prowincyę, jednakże lekarze godzą się i na tak wysoką granicę dochodów, mając na względzie, że nie da się uzyskać innych norm dla miast, a innych dla prowincyi. Zgoda lekarzy dowodzi wielkiej ich życzliwości dla reformy, jeśli postanowienie projektu Koerberowskiego stawiają jako swoje żądanie. Lekarze prowincyonalni, godząc się na tak wysoką granicę dochodów, muszą jednakże równocześnie domagać się stanowczo, by nowa ustawa przewidywała 2) możliwość obowiązkowego ubezpieczenia rodziny członków kasy chorych. Albowiem prowincyonalni lekarze kas chorych muszą obecnie prawie zawsze leczyć rodziny członków kas darmo, czy to z poczucia ludzkości, czy też z przymusu zawodowego, a rzadko kiedy mogą chorych członków rodziny swego stałego pacyenta kasowego odesłać do szpitala i rzadko kiedy zwraca im się poczynione wydatki. Głowa rodziny bywa zwykle biedna i nie może, choćby nieraz chciała, płacić, a nie jest tak bardzo biedna, by podpadała pod ustawę o biednych.

Fakt, że z powodu wysokiej granicy dochodów powiększy się znacznie liczba podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu w kasie, zmusza lekarzy ze względu na ciężko zagrożony byt własny, do postawienia żądania, by 3) dobrowolne wpisywanie się do kas chorych było wzbronione. Należy zważyć, że są teraz okolice, w których całe gminy należą do kas chorych jako członkowie dobrowolni, że dotychczasowa ustawa nie wzbrania nawet powszechnie znanym bogaczom wpisywania się do kas chorych. — Dalej domagają się lekarze 4) wyraźnego postanowienia prawnego, że wprowadzenie wolnego wyboru lekarza w obowiązkowych kasach chorych ma być prawnie dozwoloną formą leczenia chorych kasowych. 5) Ustawa wyraźnie ma wzbraniać zarejestrowanym kasom zapomogowym lub stowarzyszeniom świadczyć swym członkom bezpłatną pomoc lekarską. Rozstrzygnięcie trybunału administracyjnego postawiło sprawę zarejestrowanych kas zapomogowych na ostrzu miecza; dotknęło najboleśniejszej rany lekarzy, najboleśniejszej z pośród bardzo wielu, które im kasy chorych zadały. Wyrok ten uczynił iluzoryczną różnicę między kasą obowiązkową, a zarejestrowaną. Jak dotąd zawsze gotowi byli lekarze ze względów ludzkości popierać robotnicze kasy chorych, tak i nadal nie mają nic przeciw tworzeniu się zarejestrowanych kas chorych. Nie przeczą żadnemu stanowi, żadnej grupie ludzi, choćby najbogatszych, prawa zrzeszania się w celu niesienia sobie wzajemnej pomocy, szczególniej w chorobie — jednakże niechaj to się nie dzieje kosztem lekarzy. Nie można się zgodzić, by ustawa czyniła lekarzy niewolnikami kas chorych, przedmiotem wyzysku dla kas zarejestrowanych. Wszelkie kasy domagają się od lekarzy poświęcenia, samozaparcia, ciągłej pieczy nad swymi członkami i w dzień i w nocy. Niechby przynajmniej za to zabezpieczały lekarzom byt. Ustawa powinna lekarzy w przyszłości chronić i przed samowolą czynników rządzących po kasach. Wszak niepodobna, by lekarze nadal, jak dotąd, byli zależni od widzimisię przeróżnych zarządów kas chorych, zmieniających się co dwa lub cztery lata, jak w kalejdoskopie. Dlatego lekarze żądają 6) utworzenia w przyszłości w drodze ustawy komisyi umów dla regulowania między kasami a lekarzami sprawy honoraryów. Wreszcie ostatnie żądania lekarzy są następujące: 7) Obowiązkowe kasy chorych mają w przyszłości prowadzić i ogłaszać wykazy statystyczne świadczeń lekarskich i chorych, którzy nie biorą zasiłków pieniężnych, a wreszcie 8) koszta lekarskie należy wykazywać osobno i oddzielnie od kosztów kontroli chorych, a nie jak dotąd razem. *Stahr.*

Odezwa Związku organizacyi lek. austr. do Wydziałów lekarskich prosi o poparcie walki lekarzy zorganizowanych przeciw grożącej niekorzystnej dla lekarzy reformie ustawy o kasach chorych, boć nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ruina całego stanu lekarskiego odbija się i na Wydziałach lekarskich i na całem studyum lekarskiem, a nawet na całej naszej wiedzy. Odezwa wyraża przekonanie, że Wydziały lekarskie pospieszą z przedstawieniem władzom, że sztuka i wiedza lekarska, że zdrowie ludności całej mogą tylko wtedy się rozwijać, jeśli zawód lekarski pozostanie nadal zawodem wolnym. *Stahr.*

Brakom ambulatoryów fabrycznych w Królestwie zaradzić można według Dra Eichlera (»Czasop. lek.« 9.) przez 1) usunięcie przyjęć ambulatoryjnych z budynku, przeznaczonego dla chorych stałych, 2) podział chorych przychodnich na dorosłych i dzieci, przyjmowanie każdej z tych grup o innej porze, wprowadzenie przedwstępnych oględzin chorych dzieci (ze względu na choroby zaraźliwe), 3) rozmieszczanie dzieci zakaźnie chorych w odrębnych gabinetach; koszt urządzenia takich gabinetów możnaby zmniejszyć, gdyby po kilka fabryk urządzało ambulatorya wspólne, co również pozwoliłoby chorym na wolny wybór lekarzy w pewnym zakresie. *R.*

Sprawa lekarzy szkolnych w Austryi była niedawno przedmiotem ponownych narad w ministerstwie oświaty przy udziale przedstawicieli ministerstwa spraw wewn. i Izb lekarskich. Lekarze szkolni mają być ustanowieni naprzód w seminaryach nauczycielskich. Według opracowanego już projektu instrukcyi mają oni nadzorować higienę budynku szkolnego, badać stan zdrowia uczniów wstępujących, uwalniać dzieci, do-

tknięte pewnemi zboczeniami, od niektórych przedmiotów nauki lub też przeznaczać je do szkół pomocniczych, wreszcie zajmować się sprawą leczenia i dozoru uczniów chorych. (Allg. W. med. Ztg. 42). *R.*

Kasa chorych m. Lwowa miała w r. z. 14.464 członków; zgłoszeń choroby było 35.198. Wypłacono 147.832 K. na zasiłki, 25.779 na płace lekarzy i kontrolę chorych (znowu podane razem!), 46.336 na leki, 6245 K. za leczenie szpitalne. Administracya kosztowała 56.894 K. *R.*

Sprawę lekarzy wojskowych austryackich poruszył w delegacyach poseł Petelenz. Podnosi on brak lekarzy w wojsku, ich pokrzywdzenie i upośledzenie i żąda polepszenia awansu, jakoteż zrównania pod każdym względem znaczenia lekarzy z oficerami. Minister wojny Schoenaich przyrzekł w swej odpowiedzi polepszyć awans lekarzy wojskowych. Brak lekarzy daje się odczuwać także gdzieindziej, bo wynika on ze zmniejszenia się wogóle frekwencyi na Wydziałach lekarskich. Korpus lekarski armii ma być w najbliższym czasie powiększony o 1 starszego lekarza-gen., 5 lekarzy-gen., 12 starszych lekarzy sztabowych, 26 lekarzy sztabowych, natomiast starszych lekarzy (Oberarzt) ma być o 42 mniej. *X.*

Spoczynek niedzielny lekarzy zajmuje obecnie coraz więcej umysły: W niektórych miastach niemieckich wprowadzono go już w życie, i to w ten sposób, że lekarze po kolei obejmują »dyżury«, na drzwiach zaś mieszkania lekarzy nieczynnych umieszcza się kartę z adresami dyżurnych, podobnie też w aptekach. Lekarz, mający dyżur, obowiązany jest przyjąć stałych pacyentów innego kolegi tylko raz jeden, a już do następnej wizyty ma ich zwrócić we właściwe miejsce. W Wiedniu poruszono znów sprawę także bardzo na dobie, mianowicie dyżurów nocnych, do żadnego jednak porozumienia nie doszło. — Dyżury świąteczne mają wielu przeciwników tak między laikami, jak i lekarzami. Pierwsi twierdzą, że właśnie wiele osób, zwłaszcza z warstwy średniej i pracującej, ma najczęściej czas właśnie jedynie w niedzielę i chciałoby się poradzić wtedy swego wybranego i zaufanego lekarza, a tak zmuszeni są radzić się u obcych, nieznanych sobie lekarzy lub też odrywać się od zajęć w dzień powszedni. Lekarze znów boją się, by te »spoczynki niedzielne« nie wywołały potem »spoczynku całotygodniowego«, t. j. by nie wpłynęło to na zmniejszanie się praktyki przez »odmawianie chorych«. Sądzimy, że ani pierwsi, ani drudzy nie mają słuszności. Po pierwsze w nagłych przypadkach każdy lekarz, o ile jest w domu, udzieli i tak porady. Powtóre wolno każdemu nie spoczywać, lecz praktykować. Spoczynek wprowadza się dla tych, którzy chcą odpocząć, a podawanie adresu dyżurujących lekarzy jest tylko udogodnieniem dla chorych, zwłaszcza przejezdnych. Jeżeli ktoś przyjeżdża z prowincyi w niedzielę na poradę, zwłaszcza popołudniu, to i tak obecnie nieraz musi objechać kilku lekarzy, nim którego zastanie w domu. Taksamo rzecz się ma z nagłymi przypadkami. Spis lekarzy dyżurnych na drzwiach lekarza byłby więc bardzo wielkiem dla chorych ułatwieniem. Co do tego, że wiele osób jedynie w niedzielę ma czas na poradę, (pomijamy już, że na poradę zawsze czas znaleźć można), to i tak na wszystko jest sposób: chory listownie zamówić sobie może u swego lekarza godzinę w niedzielę i życzeniu jego stanie się zadość. Co zaś się tyczy »odmawiania chorych«, to tam, gdzie się tego obawiać można, dzieje się to — i bez spoczynku niedzielnego. *K.*

Leczenie przepuklin „bez operacyi“ swoim sposobem zachwalał w codziennych pismach niejaki »Dr« W. S. Rice z Londynu. Sposób ten polega na stosowaniu maści »Lymphol« i noszeniu paska Ricego. Austr. ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzeniem z d. 11. VIII. r. b. zakazało rozpowszechniania tak owych środków, jak i anonsów o nich, albowiem pasek przepuklinowy bez dopasowania nietylko może nie pomagać, ale nawet szkodzić, a maść »Lymphol« jest środkiem tajemnym. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 18. do 24. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 2), Buczacz (Ladzkie 2, Trościaniec 3), Jarosław (Ostrów 2), Jaworów (Zawadów 1), Kraków (Zwierzyniec 1), Lisko (Krzywe ad Tworylne 1), Nadwórna (Łuh 4), Stryj (Lisiatycze 2, Orawczyk 8). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 18. do 24. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 44, nieżywo 5; zmarło osób 59 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 10 (6), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 1 (1), krztuśca 1, płonicy 1, odry 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. do 24. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 11 † 1, płonicy 9 † 1, odry 30 † 1 (2 † 1), duru brzusznego 5 (3). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 18. do 24. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), krztuśca 2, płonicy 28 † 5 (2 † —), odry 4, duru brzusznego 4 † 1 (1 † —), nagminnego zapalenia opon 1. *Dr Legeżyński.*

Epidemia płonicy we Lwowie zdaje się słabnąć. Według danych urzędowych (»Koresp. ratuszowa« z d. 17. X. 1908) doniesiono w ciągu ubiegłych 12 miesięcy (od 13. X. 1907 do 12. X. 1908) o 1,755 zachorowaniaeh i 229 (12,5%) chorych) przypadkach śmierci z płonicy. W tym czasie zachorowało na płonicę tyle osób, co w całem poprzedniem pięcioleciu, a zmarło tyle, co w całem poprzedniem czteroleciu. »Kuryer lwowski« (Nr 492—494), zajmując się w kilku artykułach tą sprawą, stara się dojść, jaki wpływ na przebieg epidemii wywarło otwarcie szkół. Otóż po otwarciu szkół w jesieni przypadało na wiek szkolny (powyżej 5. r. ż.) 38,3% ogólnej liczby chorych, przed otwarciem, w czasie feryi, tylko 38,8%, czyli o 10% ogółu chorych mniej. Jeżeli się zaś uwzględni zachorowania osób niewiadomego wieku, to i tak po otwarciu szkół okazuje się przyrost chorych w wieku szkolnym, bo około 6% ogółu chorych. (Por. wiadomość o ostatniem posiedzeniu komisyi sanitarnej lwowskiej w »Wiadomościach bieżących«). *R.*

Cholera w Rosyi. Według danych urzędowych zaszło od 27. IX. do 3. X. b. r. w całej Rosyi 3,251 nowych przypadków († 1,571), wogóle znacznie mniej, niż w tygodniu poprzednim.

Wiadomości bieżące.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza kolegów, zdających stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych, by raczyli przesłać Redakcyi (Kraków, Wielopole l. 4) dokładny tytuł pisma, do którego przesyłają sprawozdania, wraz ze swym dokładnym adresem, a to celem zestawienia listy sprawozdawców polskich. Pisma lekarskie polskie uprasza Redakcya »Przeglądu« o powtórzenie niniejszej prośby.

— Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich z odpowiedniego działu następującym kolegom, stałym sprawozdawcom do pism obcych: Dr F. Eisenbergowi, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie), Dr J. Lachsowi, Kraków, Jasna 2 (Mitteilungen zur Geschichte der Medizin u. d. Naturwissenschaften i dział historyczny w Virchows Jahresbericht der ges. Medizin), Dr H. Piskowi, Podgórze-Kraków (Deutsche med. Wochenschrift). Dr J. Sędziakowi (Warszawa, Erywańska 10 (Monatsschr. f. Ohrenhk., Kehlkopf- Nasen- u. Rachenkr. [Berlin], Journal of Laryng. Rhin. and Otology [London], Annals of Otol. Rhin. and Lar. [St. Louis], Dr S. Sterlingowi, Łódź, Piotrkowska 111 (Int. Centralbl. f. d. gesammte Tuberculoseforschung).

Kraków. *Otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o zamieszczenie:*

Do wszystkich lekarzy esperantystów.

Szanowny Kolego! Podczas ostatniego zjazdu esperantystów w Dreźnie grono, z lekarzy najrozmaitszych narodowości złożone, założyło Związek światowy esperancki lekarzy »Futmonda esperanta kuracista asocio T. E. K. A.«, mający na celu ułatwić stosunki w życiu praktycznem między wszystkimi kolegami w świecie. Brak takiego zawodowego związku dawał się odczuwać od dawna, lecz niestety wszystkie usiłowania w tym kierunku spełzły na niczem. Dopiero teraz dzięki Esperantowi można je łatwo urzeczywistnić. Obecnie każdy lekarz, czy to chcący zwiedzić obcy kraj, czy otrzymać potrzebne wyjaśnienia lub mieć podczas podróży przewodnika, będzie mógł łatwo z pomocą nowo założonego związku to wszystko osiągnąć. Zbyteczna dodawać, że my lekarze bardzo często potrzebujemy pomocy w tym kierunku, czy to w naukowych, czy w praktycznych celach. Mała wkładka, którą każdy członek zapłaci (3 korony), zawierająca już w sobie roczną prenumeratę organu związku, będzie wielokrotnie opłaconą przez korzyści, jakich dostarczy związek.

Program związku jest następujący: 1) T. E. K. A. ma na celu ułatwić stosunki między lekarzami w życiu praktycznem. 2) Członkiem T. E. K. A. może być każdy lekarz, płacący na początku roku trzy korony. 3) Każdy członek jest obowiązany popierać członków związku w sprawach zawodowych. 4) Członkowie otrzymują bezpłatnie organ związku, który zawiera wszystkie potrzebne wiadomości i objaśnienia w sprawach zawodowych. 5) Związek posiada swoją centralną organizacyę, która kieruje sprawami związku. 6) Centralna organizacya wybiera w każdym kraju po jednym lub więcej delegacie, który prowadzi sprawy związku dla swego kraju, ustanawiając po miastach i miejscach kąpielowych zastępców. 7) Centralna organizacya składa się z jednego prezesa, dwóch wiceprezesów, sekretarza i kasyera. 8) Wybór centralnego komitetu odbywa się co roku w grudniu.

Obecnie zostali wybrani: prezes: Prof. Dor — Lyon, wiceprezesi: Dr Mybs — Altona i Whitaker, Liverpool, sekretarz: Dr Róbin — Warszawa, kasyerem: Prof. Soulier Lyon, konsulami dla Francyi: Dr Vallienne i Dr Artigues, dla Rosyi: Dr Szydłowski i Kabanów — Moskwa, dla Austryi: Dr Skałkowski, dla Niemiec: Dr Mybs, dla Polski: Dr Krukowski i Leon Zamenhof, w Anglii: Dr Legge, w Szwecyi: Dr Krikortz, w Hiszpanii: Dr Rogelio Perez Domingo — Huermecas, w Kanadzie: Dr G. B. G. Brossard Laprairie. — Honorowym prezydentem wybrano jednogłośnie Dra L. L. Zamenhofa, naszego mistrza.

Na rok 1909 jako organ oficyalny przyjęto »Voĉo de Kuracistoj«. Upraszamy przyłączać się do naszego związku, a wszelkie zawiadomienia przesyłać na ręce podpisanego.

Dr Skałkowski (Lwów, Pańska 6). *Prof. Dr Dor* mp.

Sekretarz: *Dr W. Róbin* (Warszawa, Senatorska 80).

— Niejakiego rozgłosu nabrało 21. X. b. r. otwarcie w krakowskim urzędzie cłowym przesyłki z hodowlami cholery, nadesłanej z Warszawy do zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka. Pomimo napisu, oznaczającego przesyłkę jako hodowle bakteryologiczne, otwarto ją w urzędzie bez zachowania należytych ostrożności i w nieobecności lekarskiego funkcyonaryusza, którego należałoby z zakładu wezwać. Na szczęście obeszło się bez wypadku, a rzecz skończyła się na niepokojących, po mieście obiegających pogłoskach. W każdym razie drobne to zajście o tyle niekorzystnie świadczyło o sposobie postępowania w krakowskim urzędzie cłowym, że już poprzednio zbyteczna gorliwość w tymże urzędzie w zupełnie podobny sposób zniszczyła, jak słychać, kosztowny przyrząd naukowy, nadeszły z zagranicy do zakładu fizyologii Prof. Cybulskiego, oraz preparaty zoologiczne z Jawy, przeznaczone dla Prof. Siedleckiego. Po ostatniem zdarzeniu zarządzono w tym urzędzie, by takie przesyłki otwierano ostrożnie i w obecności wysłannika odpowiedniego zakładu naukowego.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Fryderyka Jeżowerówna, rodem z Rzeszowa.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« upraszа wszystkich kolegów o nadsyłanie sprostowań do działu informacyjnego.

— Na Wydział lekarski zapisało się dotąd 444 słuchaczy, w tem 40 kobiet.

Lwów. Dr Szymon Bernadzikowski wybrany został 24. X. członkiem Wydziału krajowego, Dr S. Jabłoński zastępcą członka Wydziału krajowego.

— Uchwalona w zeszłej kadencyi przez Sejm nowela do ustawy zdrojowej uzyskała sankcyę cesarską.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła 24. X. b. r. posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawy zdrojowiska Krynicy, wydano opinie w sprawie badania narządu słuchu dzieci szkolnych w Przemyślu, oraz w sprawie taks w kilku szpitalach prowincyonalnych.

— Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 24. X. stwierdził rektor Dr Szpilman, że płonica stale się zmniejsza i że blizko 6-tygodniowy czas trwania nauki w szkołach niższych nie wpłynął niekorzystnie co do przyrostu chorych; następnie uchwalono odkazić sale w tych szkołach, do których chodziły dzieci chore na płonicę i zezwolić na otwarcie kilku chederów i szkółek freblowskich.

— W Radzie szkolnej krajowej odbyła się ankieta celem rozpatrzenia normalnych planów na budynki szkolne. W ankiecie uczestniczyli z lekarzy: poseł Dr Bednarski, kraj. referent sanitarny r. dw. Merunowicz i Dr Piasecki. Plany, wypracowane przez podkomitet, z małemi zmianami przyjęto.

— Potrzeby wszechnicy, w szczególności Wydziału lekarskiego, zbadał na miejscu z polecenia ministra skarbu szef sekcyi Engel, co budzi nadzieję, że zaspokojenie tych potrzeb będzie wreszcie przyspieszone.

— Rozpisano konkurs na posadę prymaryusza oddziału chorób nerwowych i umysłowych w krajowym szpitalu we Lwowie. Płaca 3,000 K, 3 pięciolecia po 600 K. Termin podań do 15. XII. b. r.

— Wiadomość o kursach dla lekarzy we Lwowie (w grudniu r. b.) uzupełniamy o tyle, że Prof. Kučera w swoich wykładach bakteryologii obejmie także fakty i teoryę nauki o odporności wraz z przedstawieniem tych metod serologicznych, które znalazły zastosowanie w praktyce, a Prof. Wiczkowski uwzględni w swych wykładach chorób wewnętrznych przedewszystkiem narząd pokarmowy i najnowsze zdobycze nauki w tej dziedzinie.

— Dr Jan Stella-Sawicki, zasłużony b. inspektor szpitali krajowych, nie odłożył pióra i pracuje bardzo czynnie na polu literackiem. Obecnie wydał dzieło p. t. »Galicya w powstaniu styczniowem« (Lwów 1909, str. 199 z 52 podobiznami), zawierające wiele ciekawych szczegółów historycznych.

— Słuchacze IV. i V. roku medycyny postanowili nie uczęszczać na wykłady neurologii i psychiatryi dopóty, aż rząd nie zapewni odpowiedniego pomieszczenia dla tych wykładów.

Warszawa. Świeżo zalegalizowane Polskie Towarzystwo okulistyczne odbyło d. 22. X. b. r. swe posiedzenie organizacyjne. W poczet członków zapisali się wszyscy okuliści warszawscy. Wybrani zostali: prezesem Dr Br. Ziemiński, wiceprezesem Dr B. R. Gepner, sekretarzem i skarbnikiem Dr L. Endelman. Działalność Towarzystwa rozciąga się na całe Królestwo Polskie z siedzibą główną w Warszawie (ul. Smolna Nr 8). Zebrania będą się odbywać w pierwszy czwartek po 15-ym każdego miesiąca.

— W Pinczowie w kieleckiem otwarto 14. X. b. r. nowy szpital; na utrzymanie szpitala zbiera się w okolicy składki.

Z różnych stron. III. posiedzenie sekcyi lekarskiej »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« odbyło się 23. X. b. r. Prof. Ziemacki miał wykład: »W sprawie chirurgii dróg żółciowych«, a Dr Kozłowski: »Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem«. — IV. ogólne Zgromadzenie »Związku« w d. 30. X. b. r. miało na porządku dziennym: Prof. Zaleskiego: »Wrażenia z IV. Zjazdu lekarzy i przyr. czeskich« i A. Ossędowskiego: »Chemia światła i jej znaczenie w ekonomii natury«.

— VII. międzynarodowy Zjazd antropologii kryminalnej odbędzie się w r. 1910 w Kolonii.

— W uniwersytecie w Gandawie utworzył rząd belgijski »Instytut wychowania fizycznego«, w którym będzie, oprócz anatomii i fizyologii, nauczana teoretycznie i praktycznie gimnastyka.

— Na czeski wydział lekarski zapisało się na zimowe półrocze 1908/9 622 słuchaczy, w tem 14 kobiet.

— Liczba słuchaczy medycyny w Stanach Zjedn. wynosiła w ubiegłem półroczu 22,602, w tem 835 (=3·7%) kobiet. Szkół lekarskich mają Stany 152, ale w tem 16 homeopatycznych, 10 »eklektycznych« i »fizyomedycznych«.

— W ubiegłem półroczu było poddanych rosyjskich na wszechnicach w Szwajcaryi 2,458, we Francyi 2,704, w Niemczech 4,496, w Austryi około 2,500.

— Największą z bibliotek lekarskich jest biblioteka wydziału lek. paryskiego (175,000 tomów), potem akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu (170,000), dalej biblioteka wojskowolekarska Stanów Zjedn. (168,791), akademii lekarskich w Paryżu i Brukseli (po 100,000); następnie idą biblioteki akademii i towarzystw lekarskich w Anglii i Ameryce (Nowy-York, Filadelfia, Edynburg, Brooklyn, Londyn, Boston, Glasgow), oraz akademii wojskowolekarskiej w Berlinie (85,000 — 50,000 tomów).

— W Cussat we Francyi, rodzinnem mieście znakomitego patologa, Prof. Cornila, ma stanąć jego pomnik.

— W uniwersytecie wiedeńskim stanął pomnik Krafft-Ebinga.

— Znakomity syfilidolog londyński, Hutchinson, ukończył niedawno 80 lat.

— Kobiety-lekarki uzyskały w Rosyi prawo występowania w roli znawców sądowych.

— Dr Mikołaj Kumberg (Berdjańsk, gub. taurycka) prosi lekarzy, praktykujących w granicach państwa rosyjskiego, o nadsyłanie spisu ogłoszonych drukiem prac oraz życiorysu, a to celem pomieszczenia w »Słowniku lekarzy«, który ma objąć lekarzy z okresu 1707—1907 »bez względu na narodowość, wyznanie i miejsce zamieszkania« w granicach państwa.

— W Niemczech uznano za konieczne, by w zakładach leczniczych i kąpielowych były przynajmniej po 2 lokale izola-

cyjne z dozorcą, izolacyjne trupiarnie, przyrządy dezynfekcyjne i dobrze przygotowany dezynfektor, spluwaczki wszędzie, gdzie znajdują się chorzy, pomoc lekarska, lekarstwa, higieniczny lód i dobra woda do picia. Rewizye mają być wykonywane corocznie. (Med. 43).

— Liczba pielgrzymów w Lourdes w obecnym roku do 1. września wynosiła już $2^1/_2$ miliona, gdy przez cały zeszły rok przybyło tylko $1^1/_2$ miliona. Niemiecki związek »Lourdes« ogłosił nawet swego czasu, że poświęca 4,000 marek dla dwóch lekarzy (katolika i wolnomyślnego), którzyby udali się na miejsce i badali fakta rzeczowo. Dotąd jednak jakoś nikt z lekarzy się nie zgłosił. *K.*

Mianowani: Dr Ganc i Dr Cejtlin-Natanblumówna lekarzami ambulatoryum szpitala Bersonów i Baumanów w Warszawie.

Doc. Harmer z Wiednia nadzwycz. profesorem laryngologii w Pradze.

Zmarli: Chirurg Prof. Paul Berger w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Pawiński: L'angine de poitrine revértant la forme d'une affection de l'estomac et son traitement. »Bull. gen. de ther.« 1908. — Prace z »Instituto de Manguinhos« w Rio de Janeiro. 1906—1908: 1) Parreiras Horta: As tuberculinas. 2) Lima: Peste de Manqueira ou carbunculo symptomatico. 3) de Almeida Magalhães: Sobre a presença de »treponema pallidum« em um feto syphilitico. 4) Vasconcellos: Anaphylaxia. (Communicaçao I e II). 5) Neiva: Uma nova especie de anophelina brazileira. 6) Cruz: *a*) Um novo genere brazileiro da sub-familia »anophelinae«. *b*) Peste. *c*) Uma nova especie do genero Psorophora. 7) Fontes: Tratamento da tuberculose pela tuberculina T. O. A. 8) Chagas: *a*) Novas especies de culicidios brazileiros. *b*) Prophylaxia do impaludismo. 9) Beaurepaire Aragão: *a*) Sobra o cyclo evolutivo do halteridio do pombo. *b*) Algumas novas especies de carrapatos brazileiros. — Kostanecki: 1) Zur Morphologie der künstlichen parthenogenetischen Entwicklung der Mactra. »Archiv f. mikr. Anatomie« 1908. 2) Hernia inguinalis supravesicalis. »Now. lek.« 1908. — Godlewski E. jun.: Plasma u. Kernsubstanz in der normalen u. der durch äussere Faktoren veränderten Entwicklung der Echiniden. »Arch. f. Entwickelungsmechanik« 1908. 2) Semon: «Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des organischen Geschehens«. Ibid. 1908. — W. Janowski: Über die Bedeutung des oesophagealen Kardiogramms für die genaue Diagnose der Stokes-Adams'schen Krankheit. »Wiener mediz. Wochs.« 1908.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w październiku 1908:

Gazeta lekarska Nr 39: Bornstein: Jeszcze przyczynek do »migraine ophtalmoplégique«. Janczurowicz (c. d.). — Nr 40: B. W. Sawicki: Sigmoiditis et perisigmoiditis. Janczurowicz (dok.). — Nr 41: Dębiński B.: Znaczenie kliniczne odczynu Calmettea. Karwacki: Szczepienie ochronne przeciwko cholerze. Sawicki (c. d.). — Nr 42: Gajkiewicz: Obecne wiadomości i poglądy na budowę układu nerwowego. Dębiński (c. d.). Sawicki (c. d.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 39: Gantz: O pewnych objawach opukowych przy obecności płynu w opłucnej. Pyrz: Kąpiele kwasowęglowe w Ciechocinku, ich analiza, sposób przyrządzania i wskazania do ich stosowania. — Nr 40: Halpern: Przyczynek do przemiany materyi w głodzeniu. Pyrz (dok.). Gantz (dok.). — Nr 41: Goldflam: O osłabieniu wzgl. zniesieniu odruchu palców nogi oraz odruchu skrócenia. Kośmiński: W sprawie zasady postępowania lekarskiego przy poprzecznych zaniedbanych położeniach płodu. — Nr 42: Heiman: O wartości leczniczej przekrwienia zastoinowego w chorobach ucha. Goldflam (dok.). — Nr 43: Biehler Matylda: Leczenie kokluszu wodą fluoroformową. Heiman (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 40: Pisek: O leczeniu miażdżycy tętnic w świetle poglądów nowszych. Hornowski (c. d.). Szulisławski (c. d.). — Nr 41: Nowicki: O przewlekłych odmach pęcherzykowych tkanek (pneumatosis cystoides). Pisek (c. d.). — Nr 42: Nowicki, Pisek (c. d.). — Nr 43. Orzechowski: O tężyczce z objawami myotonicznymi. Prof. Rydygier: W sprawie osteoplastycznej operacyi po wypiłowaniu szczęki dolnej. Nowicki (dok.). Pisek (c. d.).

Nowiny lekarskie Nr 10: Krzyształowicz: O rumieniach (dok.). Slęk: O wyborze cięcia przy usunięciu wyrostka robaczkowego w czasie wolnym od napadu. Nowicki: Aneurysma art. communicantis anterioris cerebri.

Czasopismo lekarskie Nr 9: St. Nowak: Przyczyny śmierci płodów w czasie porodów z uwzględnieniem danych statystycznych Częstochowskiego przytułku położniczego. Helman (c. d.). Eichler: O brakach ambulatoryów fabrycznych i sposobach zaradzenia takowym.

Pamiętnik Tow. lekarskiego warsz. Zesz. III.: Karwacki: Badania nad morfologią i biologią krętków Obermeiera. Hellin (c. d.). Otto (c. d.) Giedroyć (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 7: Wicherkiewicz: O przemieszczeniu gałki króliczej do torebki Tenona dla celów protezy.— Nr 8/9: Hand: Użycie mergalu w okulistyce. Wicherkiewicz: Mergal w praktyce prywatnej. Żurkowski: Słów parę o możliwych kombinacyach szkieł do okularów.

Kronika dentystyczna Nr 10: Cieszyński: Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach; zastosowanie dźwigni prostej.

Przegląd higieniczny Nr 10: Hojnacki: O pielęgnowaniu położnic. Wiśniewski i Madeyska: Wzrost młodzieży szkół ludowych m. Lwowa.

Głos lekarzy Nr 19: Sprawy sanitarne w Sejmie. Projekt ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. Opinia wiedeńskiej Izby lekarskiej w sprawie reformy ubezpieczenia robotniczego. — Nr 20: Sieradzki: Zmiana taryfy sądowolekarskiej. Bujwid: W sprawie zwinięcia zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi w Krakowie. — Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy okręgowych we Lwowie. — Odezwa do lekarzy okręgowych. — Opinia wiedeńskiej Izby lek. (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 4. listopada o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Dr A. Rydel: O obustronnem porażeniu twarzy (*diplegia facialis*) (z przedstawieniem chorych), 2) Prof. Dr Lewkowicz: O prosówce płoniczej (z przedstawieniem preparatów).

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska.** Uprasza się o **wczesne** zgłaszanie udziału.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Gonosan. H. de Meric (Allg. med. Central-Zeitg. 1908, Nr 36) donosi o wynikach leczniczych w wiewiórze przy stosowaniu gonosanu we francuskim szpitalu w Londynie. Stosował przy braku objawów gwałtownych, wstrzykiwania, lub podawał kapsułki, 6—8 dziennie. Wyniki korzystne, szczególnie tam, gdzie równorzędnie leczono miejscowo. *Rl. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 7. listopada 1908. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z ambulatoryum dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego.

Przypadek nawrotu kiły późnej, wywołanej dostawką.

Podał

Doc. Dr A. Gońka.

Jedyny może w swoim rodzaju przypadek, który niniejszem chcę opisać, niezwykły choćby dlatego, że z podobnym w piśmiennictwie dentystycznem nie spotkałem się, dotyczy chorej S. O., która zgłosiła się do ambulatoryum z prośbą o sporządzenie jej uzupełniającej dostawki dla górnej i dolnej szczęki.

Pacyentka przyszła w towarzystwie swej matki, która służyć musiała za tłómacza, córka bowiem była głuchoniema.

Nie zwracając na razie na ten szczegół żadnej uwagi, przystąpiłem do oględzin jamy ust. Dostawka była rzeczywiście konieczna, gdyż tak w górnej, jak i w dolnej szczęce pozostało ledwie po kilka zębów, co było tem dziwniejsze, że chora liczyła niespełna lat trzydzieści. Stan uzębienia przedstawiał się rozpaczliwie. W górnej szczęce pozostały tylko 732|38, w dolnej zaś 32|3. Na zapytanie, co było przyczyną przedwczesnej utraty tylu zębów, chora, a raczej jej tłómaczka, nie umiała dać żadnej odpowiedzi, ogólnikowo tylko nadmieniła, że zęby chorej były od najmłodszych lat »bardzo nieszczególne«, że zaczęły się bardzo wcześnie psuć i kruszyć, a pozostałe po nich korzenie w większej części same wypadały.

Zwarcie (zgryz) było utrzymane, ale nieustalone, chociaż bowiem prawy dolny kieł i prawy boczny siekacz korespondowały przy zwarciu szczęk z górnym prawym kłem, jednak chora nie zawsze nagryzała na te same styczne punkty. Na błonie śluzowej jamy ust nie można było stwierdzić żadnych poważniejszych zmian, prócz dość wysokiego stopnia niedokrwistości. Jedyny szczegół, który przy badaniu wpadał w oczy, stanowiło powierzchowne zbliznowacenie błony śluzowej na małej przestrzeni w postaci wężykowatych białych linii, w rowkowatem zagłębieniu po lewej stronie dolnej szczęki, gdzie błona śluzowa dziąsła przechodzi na wewnętrzną powierzchnię policzka. W tem zbliznowaciałem miejscu, które odpowiadało usadowieniu się korzeni obydwu dwuguzkowców, nie można było wyczuć zgrubienia lub nacieku na okostnej.

Sporządzenie dostawek rozpoczęto zdjęciem odcisków gipsowych, które jedynie — jak wiadomo — dają tę pewność, że dostawki, na nich wykonane, będą dokładnie i równomiernie przylegać do dziąseł, z warunkiem, że ustawienie zębów w sztucznej szczęce ujęte będzie w prawidłową, fizyologicznym stosunkom odpowiadającą artykulacyę.

Ponieważ codzienne doświadczenie poucza, że przyzwyczajenie się do równocześnie założonych obu dostawek, tak dla górnej, jak i dolnej szczęki, przedstawia dla chorego niemałe trudności, więc założyłem najpierw gotową dolną dostawkę, polecając zgłosić się dopiero dnia następnego celem założenia górnej. Nie bez zdziwienia stwierdziłem atoli zaraz nazajutrz, że dostawka wywołała nieznaczne odleżynowe owrzodzenie dokładnie w tem miejscu, gdzie kauczuk pokrywał zbliznowaciałą błonę śluzową. Odleżyny takie zdarzają się dość często, a powstają wtedy, gdy n. p. zwarcie (zgryz) ustanowiono za wysokie. Chory, szukając przy zwarciu szczęk naturalnych punktów stycznych dla zębów, jeszcze w szczęce tkwiących, wywiera dostawkami nadmierny ucisk na błonę śluzową na pewnej ograniczonej przestrzeni.

W naszym przypadku przyczyna taka była zupełnie wyłączona dlatego, bo dostawka dolna leżała wolno, nie trafiając przy zwarciu szczęk na żaden opór, gdyż dostawki górnej wcale jeszcze niezałożono. Nierównomierne i nieszczelne przyleganie było również wyłączone, gdyż, jak wspomniałem, dostawki były robione na podstawie odcisków gipsowych, szablon przy próbie ściśle kontrolowany, dokładne przyleganie kauczuku w gotowej już dostawce stwierdzone i w ogólności wszelki błąd techniczny wyłączony.

Na każdy sposób poleciłem dostawkę zupełnie odłożyć i przepłukiwać usta przez dwa dni 3% wodą utlenioną, co zazwyczaj wiedzie do prawie doraźnego zagojenia się odleżyn. Po upływie jednak tego terminu stwierdziłem, że owrzodzenie, zamiast się zmniejszyć lub nawet zniknąć, jeszcze więcej się rozszerzyło. Brudnoszary nalot o brzegach zatartych i nieodgraniczonych pokrywał nietylko to miejsce, gdzie kauczukowy brzeg dostawki stykał się z błoną śluzową dziąsła, ale rozszerzył się na policzek w postaci szerokiej smugi, sięgającej do tej wysokości, gdzie kauczuk nie mógł już być w żadnej styczności z błoną ślnzową policzka. Gdy przy pomocy szczypczyków usunięto powierzchowną warstwę tak chorobowo zmienionej błony śluzowej, miejsca nią pokryte miały powierzchnię nierówną, lekko krwawiącą. Miało się tu przed sobą zmiany, które wejrzeniem najwięcej zbliżone były do błonicy, brak jednak podniesienia ciepłoty i jakichkolwiek objawów ogólnych wyłączały takie rozpoznanie. Owrzodzenie gruźlicze lub nowotworowe było również wyłączone, ani bowiem sposób, lub szybkość powstania, ani charakter zmian stwierdzonych nie odpowiadały takiemu przypuszczeniu. Nasuwało się przypuszczenie, czy taka powierzchowna martwica błony śluzowej nie była następstwem jakiegoś miejscowego toksycznego działania, jakie występuje n. p. przy arszeniku, gdy część jego przy dewitalizacyi miazgi zębowej przedostanie się z pod nakrywki na błonę śluzową. Tę możliwość musiało się również stanowczo wyłączyć, gdyż w tym przypadku nie posługiwaliśmy się ani arszenikiem, ani żadnym gryzącym środkiem; wiadomo wreszcie, że chorobowe zmiany, działaniem podobnych środków wywołane, nie mają skłonności do rozszerzania się.

W poszukiwaniu przyczyny tego zagadkowego dla mnie cierpienia cofnąć się musiałem wstecz, t. j. rozpocząć badanie od dokładnych wywiadów i bardzo szczegółowych oględzin, których wynik był następujący:

Ojciec chorej zmarł w dziewięć lat po jej urodzeniu na »wyschnięcie szpiku pacierzowego« (wiąd rdzenia?). W ciągu swego życia często zapadał na chorobę płuc, której objawów obecnie bliżej oznaczyć nie umiano. Matka żyje dotąd w zupełnem zdrowiu. Wszystkich dzieci było sześcioro. Pierwsze dziecko urodziło się przedwcześnie nieżywe, druga z rzędu córka wychowała się podobnoś zdrowo, wyszła zamąż, ale w kilka lat później, rzekomo z powodu zmartwień, spowodowanych utratą majątku, zachorowała umysłowo i skończyła samobójstwem. Badana pacyentka była trzeciem z rzędu dzieckiem. Przez pierwszych pięć miesięcy po urodzeniu była karmiona przez mamkę, którą jednak usunięto, gdyż lekarz orzekł, że była dotknięta kiłą. Odłączone

dziecko wykarmiono mączką Nestla. W trzecim roku życia zaczęła chorować na oczy, co trwało blizko dwa lata. W tym czasie przebyła kur. W 9. roku życia cierpienie ócz znowu się powtórzyło. Sądząc z opisu cierpienia, było to najprawdopodobniej powtarzające się zapalenie rogówki. Po wyleczeniu się z choroby ócz, zaczęła zapadać na często powtarzające się, ale niezbyt silne bole głowy. Miesiączka rozpoczęła się w 15. roku życia i odbywała się prawidłowo. W 18. roku życia nabawiła się chora opuchnięcia całej twarzy (podaje, że to była róża). Następnego roku zauważyło otoczenie, że chora zaczyna gorzej słyszeć. Upośledzenie słuchu postępowało tak szybko, że już w 21. roku życia ogłuchła zupełnie, a równocześnie spostrzeżono, że nos zaczyna się siodełkowato zapadać. W rok później ustało i miesiączkowanie, rozpoczął się szybko postępujący zanik sił i widoczne charłactwo, wobec czego lekarz zalecił wzmacniające wstrzykiwania podskórne (arszenik?) i następnie wysłał chorą do Hall, gdzie stan jej po 30 kąpielach o tyle się poprawił, że przybyło jej 5 kg wagi, miesiączka powróciła i dotąd w prawidłowych odstępach czasu się utrzymuje. Pomimo jednak tej poprawy zdrowia głuchota nie zmniejszyła się, natomiast wymowa stawała się coraz mniej wyraźną. Ordynujący lekarze mieli twierdzić, że to upośledzenie mowy pochodzi od chorobowych zmian w gardle i nosie. Jakiego charakteru były te zmiany, chora podać nie umie, zaznacza tylko, że po dłuższem miejscowem leczeniu zmiany te ustąpiły, a jednak mowy już nie odzyskała.

Wywiad ten dał mi tak znamienne wskazówki, że upoważniały mnie one do przypuszczenia, czy chora nie jest dotknięta kiłą i czy powyżej opisane zmiany na błonie śluzowej dziąsła i policzka nie są świeżym jej objawem. Dokładniejsze oględziny, podjęte jeszcze raz z tą myślą, czy nie da się odszukać jeszcze innych oznak, przemawiających za kiłą, wykazały rzeczywiście, że na tych zębach przednich, które pozostały jeszcze w jamie ust, stwierdzić można było wcale wyraźne znamiona, cechujące t. zw. »ząb Hutchinsonowski«, a więc »ryneczkowate nadżerki« w szkliwie, umieszczone na wargowej powierzchni, nadto na obu górnych kłach półksiężycowate wcięcia na brzegu zgryzowym. Wnosząc z kształtu i wielkości, zęby chorej, niedostatecznie rozwinięte, zbliżały się do typu t. zw. mikrodentyzmu. Przypuszczenia moje stawały się tem bardziej uzasadnione, gdy na podstawie wywiadu stwierdziłem, że chora przebyła cierpienia, których całokształt i objawy składają się na tak zwaną przez A. Fourniera »triade symptomatique de Hutchinson« (zmiany widoczne na zębach, miąższowe zapalenie rogówki, po którem widoczne są jeszcze blizny, głuchota szybko bardzo postępująca).

Tej trójcy objawów nie można wprawdzie uważać za nieomylny dowód, ale można ją uznać w każdym razie za bardzo poważną wskazówkę kiły dziedzicznej, gdyż nie ulega wątpliwości, że każda z wymienionych powyżej spraw zjawić się może i w przebiegu innych skaz, jak to słusznie zauważył E. Lang (1), a już stanowczo trzeba się zgodzić na zdanie E. Welandera (2), który twierdzi, że »für hereditäre Syphilis völlig charakteristische Zahnveränderungen gibt es nicht«.

To też chcąc się upewnić, że nie popełniam pomyłki rozpoznawczej, zażądałem narady z Prof. Ł., który po najdokładniejszem zbadaniu orzekł, że bezwątpienia mamy przed sobą objawy kiły późnej, prawdopodobnie dziedzicznej *(lues tardiva hereditaria)*.

Chodzi więc teraz o rozstrzygnięcie najważniejszego zasadniczego pytania, czy i w jakim stosunku pozostaje założenie dostawki z wybuchem opisanych powyżej zmian kiłowych na błonie śluzowej ust, jak sobie ich wystąpienie tłómaczyć, czy i o ile można im było zapobiedz.

U osobników, dotkniętych kiłą, wśród obrazu rozmaitych jej objawów spotykamy swoiste zmiany naczyń. Istnienie tych zmian naczyniowych uważać należy obecnie po miarodajnych w tym kierunku pracach Virchowa, M. Heubnera, M. Köstera, M. Baumgartena, Chiariego, a przedewszystkiem po cennej pracy A. Obrzuta (3) za zupełnie udowodnione. Obrzut wykazał w sposób przekonywający, że początkiem nawet kilaków są swoiste zmiany w naczyniach. Wedłng Obrzuta najwybitniejszą zmianą w ścianach naczyniowych jest obecność mas serowatych w przestrzeniach limfatycznych błon zewnętrznych (Virchow-Robina).

Masy te serowate nie są — jak to wykazują odczyny mikrochemiczne (odczyn włóknika) — niczem innem, tylko zmienionym pod wpływem jadu kiłowego wysiękiem z naczyniek ściany naczyniowej *(vasa vasorum)*, w skład którego wchodzą przeważnie czerwone ciałka krwi, inaczej mówiąc są one krwią wynaczynioną, która uległa przemianie włóknikowej i przemianom wstecznym.

Uraz (ucisk dostawki) mógł tu zadziałać tem łatwiej, że działał on za pośrednictwem blizny, która sama przez się już przedstawia dla tkanki otaczającej do pewnego stopnia tkankę obcą. W naszym przypadku coprawda nie mamy stanowczych dowodów na to, że zmiany, które wywołały wytworzenie się wspomnianej blizny, były przyrody kilakowej, że tem samem naczynia w miejscu tem wykazywały zmiany tak ciężkie, jak to powyżej przytoczono; w każdym razie jednak, jeśli nawet przyjmiemy, że poprzedzały tu tylko zmiany, które zaliczyćby należało do okresu kiły drugorzędnej (n. p. ograniczone »plaques muqueuses« lub zapalenie okostnej), że zmiany histologiczne, jakie się tutaj odgrywały, może nie dochodziły tego stopnia, co w okresie trzeciorzędnym, to jednak w każdym razie jakościowo były one tej samej przyrody, czyli stosując to praktycznie w naszym przypadku, naczynia musiały tu mieć znaczniejszą skłonność do wybroczyn i do dalszych stąd wynikających zmian, aniżeli w tkance prawidłowej.

Wyjaśnienie powyższe mieści w sobie wskazówkę, jak należałoby budować dostawki u tych osobników, które są dotknięte kiłą. Gdzie są po temu warunki odpowiednie, należałoby sporządzić dostawkę mostkową wolną (schwebende Brücke), gdyż przy żuciu ucisk nie udziela się tu zupełnie błonie śluzowej. Gdzie natomiast tylko kauczukowa dostawka jest możliwa, tam należałoby przez odpowiednie wycięcia w podstawie kauczukowej uwolnić od ucisku i drażnienia te miejsca, które bodaj w najmniejszym stopniu są chorobowo zmienione; przedewszystkiem jednak byłoby wskazane poddać chorych dokładnemu leczeniu przeciwkiłowemu.

Piśmiennictwo. 1) Vorlesungen über Pathologie u. Therapie der Syphilis, 1896, str. 729. — 2) Fehlerhafte Zahnbildung b. erworb. Syphilis. Nordiskt medicinskt. Archiv. 1895. — 3) Contribution à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitiques. Bulletin International.

(Z pracowni farmakologicznej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie).

O fizyologicznych własnościach choliny.

Podał

Docent Dr J. Modrakowski.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie V. 18. X. 1907. Suka, ważąca 10 kg. Tracheotomia; sztuczne oddychanie; 2 ctm.³ 1% kurary. Zapisywanie ciśnienia w prawej tętnicy szyjnej. Wstrzykiwanie do lewej żyły odgoleniowej. Użyto tego samego przetworu choliny, co i w doświadczeniu II. (14. X. 1907) tylko 1%. (Tabl. II.).

W tem doświadczeniu odrazu zacząłem wprowadzać większe dawki choliny: 3 mg. na 1 kg. Działanie odpowiada działaniu opisanemu w doświadczeniu II. Nadmienić wypada, że przecięcie nerwów błędnych przy cholinie nie wpływa zupełnie ani na wysokość ciśnienia krwi, ani na szybkość tętna.

Bardzo ciekawe jest działanie choliny przy drugiem wprowadzeniu w 8 minut od pierwszego w dawce 1 mg. na 1 kg., t. j. 1/3 poprzedniej dawki. Wywołuje ona zamiast obniżenia wybitne podwyższenie parcia krwi z jednoczesnem przyśpieszeniem tętna, które z 9 uderzeń w 5″ doszło do 12.

Następne wprowadzenie po 2′ wywołało dalsze zwiększenie parcia krwi i częstości tętna; tak samo działało wprowadzenie 2, 3 i 4 mg choliny w odstępach: 1′, 1′ i 4′, Po upływie 2′ znowu wprowadzono 7 cc. 1% rozczynu choliny = 7 mg. na 1 kg.; średnie ciśnienie krwi podniosło się do 213 mm. Hg, a częstość tętna do 17 uderzeń w 5″.

Po 5-godzinnej przerwie dostało zwierzę w porównaniu z poprzednio wprowadzonemi olbrzymiemi dawkami, stosunkowo małą dawkę choliny 1 mg. na 1 kg.; zaraz wystąpił znany już nam poprzednio skutek, choć w słabszym stopniu: zwolnienie parcia krwi i tętna, przy wielkich wahaniach poszczególnych uderzeń serca; w charakterystyczny sposób występowała po okresie silnie zwolnionej czynności serca grupa uderzeń serca, nieco szybszych, ale ciągle jeszcze zwolnionych, poczem przy stopniowem podniesieniu się parcia krwi, amplitudy poszczególnych skurczów obniżały się, a szybkość ich rosła. Atropina w ilości 1 mg. na 1 kg. zmienia odrazu cały obraz: ciśnienie krwi podnosi się do 117 mm. Hg., częstość tętna się podwaja. Trzeba nadmienić, że przy ostatnich wstrzyknięciach cholina była zupełnie pozbawioną zapachu trójmetyloaminy. Ciśnienie krwi, wywołane atropiną stopniowo, opadło do 67 mm. Hg. Odtąd cholina wywoływała już tylko podniesienie parcia krwi.

Oprócz opisanego wpływu użytego przetworu choliny na układ naczyniowy, spostrzegałem też wpływ tej zasady na gruczoły. W obydwu podanych protokołach doświadczeń znajdują się uwagi, tyczące się łzawienia, wydzielania moczu, zwiększenia ruchu robaczkowego jelit i oddawania kału, zjawiska, które wystąpiły po podaniu choliny. Występowało także zwężenie źrenicy. W doświadczeniu II. przedstawiłem przebieg wydzielania śliny w osobnej rubryce. W jednem z następnych doświadczeń przedstawiłem wpływ tego samego przetworu choliny na wydzielanie soku trzustkowego i śliny.

Doświadczenie XIII. 20. XII., 1907. Pies wagi 11 kg. Uśpienie zapomocą 14,0 urethanu, wprowadzonego do żyły w długich odstępach czasu. Krzywe ciśnienie zapisywano z lewej tętnicy szyjnej. Przewody: prawego gruczołu podszczękowego i trzustki były połączone z kalibrowaną rurką szklanną. Cholinę wprowadzono do lewej żyły odgoleniowej (*v. saphena*). Od godziny 11·53′ badano wpływ innych preparatów choliny. O godz. 1·51′ 30″ przecięto oba nerwy błędne. O godz. 3·35′ wprowadzono 1 cc. 1% rozczynu choliny (przetwór Mercka używany w poprz. doświadcz.) = 0,000·9 na 1 kg. W łączności z wprowadzeniem pozostają znane nam już objawy: obniżenie ciśnienia i zwolnienie tętna. Wpływ na wydzielanie soku trzustkowego i śliny przedstawiono na tabeli. Przed wprowadzeniem choliny stan wydzieliny w obu rurkach równał się zeru. (Tabl. III.).

Na podstawie przytoczonego doświadczenia można orzec, że przetwór choliny Mercka zwiększa wydzielanie śliny i soku trzustkowego. Wydzielanie śliny występuje w pół minuty po wprowadzeniu i jest odrazu bardzo znaczne. Na wydzielanie śliny pod wpływem choliny nie wpływa przecięcie rdzenia, nerwów błędnych i struny bębenkowej; natomiast atropina znosi ten wpływ. Z tego wynika, że wydzielanie odbywa się dzięki pobudzeniu tego mechanizmu, który atropina poraża, t. j. obwodowych zakończeń struny bębenkowej. Czynność trzustki zostaje także wyraźnie podniesiona, choć nie w tym stopniu, co gruczołu ślinowego; w przytoczonem doświadczeniu zaczyna się ona przejawiać około 3 minuty po wprowadzeniu i dochodzi od 0 do 5—8 podziałek na 1 minutę. Wydzielanie to utrzymuje się około 1/2 godziny. Charakter tego wydzielania (późno się zjawia i długo trwa), przemawia za tem, że wydzielanie to jest wywołane przez zadrażnienie dwunastnicy kwaśną treścią jelitową, która przy wzmożonym ruchu robaczkowym styka się z rozmaitemi miejscami błony śluzowej i z nich wywołuje odruchową czynność trzustki. Atropina, jak się można było spodziewać, wydzielania tego nie znosi.

Zanim przystąpię do analizy działania kupnej choliny na serce i ciśnienie krwi, przytoczę jeszcze doświadczenie, które zostało podjęte celem zbadania wpływu choliny na krzepliwość krwi, ponieważ pozwala ono równocześnie poznać ogólne działanie choliny.

Doświadczenie IV. Suka wagi 9 kg. Do lewej tętnicy udowej wprowadziłem kaniulkę do zbierania krwi; cholinę wstrzykiwano do prawej żyły odgoleniowej. Brałem 1% rozczyn choliny, pozbawionej zapachu trójmetyloaminu przez ogrzewanie na łaźni wodnej. Krew zebrana przed doświadczeniem, krzepnie po 4½ minutach.

O 4 h 48′ wprowadza 3 cm.³ 1% roztw. choliny = 0,000·333 na 1 kg.

O 4 h 48′ 10″ tężcowe drgawki, wzmożona czynność oddechowa, wydzielanie łez i śliny.

O po 12″ uspokojenie zwierzęcia.

O 4 h 51′ wymioty.

Rozmaite próby krwi są ciemno zabarwione i krzepną w ciągu 4—5 minut.

O 5 h 10′ wprowadzenie 6 cc. 1% roztw. choliny = 0,00·66 na 1 kg.

O 5 h 10′ 20″ pies rzuca się, silne ślinienie, łzawienie, napady drgawek, źrenice zwężone, oddech początkowo wzmożony, staje się coraz rzadszym i płytszym. Powtórnie wzięte próby krwi są prawie czarne i krzepną mniejwięcej w tym samym czasie, co poprzednie. Porażenie oddechu wywołuje o godz. 5·20′ śmierć zwierzęcia.

Drugie podobne doświadczenie przebiegało w ten sam sposób, z tą tylko różnicą, że śmierć nastąpiła wcześniej z powodu znacznie większej dawki choliny. W obu przypadkach przetwór okazał się bardzo trującym, gdyż w ilości około 0,6 mg. na 1 kg. sprowadzał śmierć skutkiem

dziecko wykarmiono mączką Nestla. W trzecim roku życia zaczęła chorować na oczy, co trwało blizko dwa lata. W tym czasie przebyła kur. W 9. roku życia cierpienie ócz znowu się powtórzyło. Sądząc z opisu cierpienia, było to najprawdopodobniej powtarzające się zapalenie rogówki. Po wyleczeniu się z choroby ócz, zaczęła zapadać na często powtarzające się, ale niezbyt silne bole głowy. Miesiączka rozpoczęła się w 15. roku życia i odbywała się prawidłowo. W 18. roku życia nabawiła się chora opuchnięcia całej twarzy (podaje, że to była róża). Następnego roku zauważyło otoczenie, że chora zaczyna gorzej słyszeć. Upośledzenie słuchu postępowało tak szybko, że już w 21. roku życia ogłuchła zupełnie, a równocześnie spostrzeżono, że nos zaczyna się siodełkowato zapadać. W rok później ustało i miesiączkowanie, rozpoczął się szybko postępujący zanik sił i widoczne charłactwo, wobec czego lekarz zalecił wzmacniające wstrzykiwania podskórne (arszenik?) i następnie wysłał chorą do Hall, gdzie stan jej po 30 kąpielach o tyle się poprawił, że przybyło jej 5 kg wagi, miesiączka powróciła i dotąd w prawidłowych odstępach czasu się utrzymuje. Pomimo jednak tej poprawy zdrowia głuchota nie zmniejszyła się, natomiast wymowa stawała się coraz mniej wyraźną. Ordynujący lekarze mieli twierdzić, że to upośledzenie mowy pochodzi od chorobowych zmian w gardle i nosie. Jakiego charakteru były te zmiany, chora podać nie umie, zaznacza tylko, że po dłuższem miejscowem leczeniu zmiany te ustąpiły, a jednak mowy już nie odzyskała.

Wywiad ten dał mi tak znamienne wskazówki, że upoważniały mnie one do przypuszczenia, czy chora nie jest dotknięta kiłą i czy powyżej opisane zmiany na błonie śluzowej dziąsła i policzka nie są świeżym jej objawem. Dokładniejsze oględziny, podjęte jeszcze raz z tą myślą, czy nie da się odszukać jeszcze innych oznak, przemawiających za kiłą, wykazały rzeczywiście, że na tych zębach przednich, które pozostały jeszcze w jamie ust, stwierdzić można było wcale wyraźne znamiona, cechujące t. zw. »ząb Hutchinsonowski«, a więc »ryneczkowate nadżerki« w szkliwie, umieszczone na wargowej powierzchni, nadto na obu górnych kłach półksiężycowate wcięcia na brzegu zgryzowym. Wnosząc z kształtu i wielkości, zęby chorej, niedostatecznie rozwinięte, zbliżały się do typu t. zw. mikrodentyzmu. Przypuszczenia moje stawały się tem bardziej uzasadnione, gdy na podstawie wywiadu stwierdziłem, że chora przebyła cierpienia, których całokształt i objawy składają się na tak zwaną przez A. Fourniera »triade symptomatique de Hutchinson« (zmiany widoczne na zębach, miąższowe zapalenie rogówki, po którem widoczne są jeszcze blizny, głuchota szybko bardzo postępująca).

Tej trójcy objawów nie można wprawdzie uważać za nieomylny dowód, ale można ją uznać w każdym razie za bardzo poważną wskazówkę kiły dziedzicznej, gdyż nie ulega wątpliwości, że każda z wymienionych powyżej spraw zjawić się może i w przebiegu innych skaz, jak to słusznie zauważył E. Lang (1), a już stanowczo trzeba się zgodzić na zdanie E. Welandera (2), który twierdzi, że »für hereditäre Syphilis völlig charakteristische Zahnveränderungen gibt es nicht«.

To też chcąc się upewnić, że nie popełniam pomyłki rozpoznawczej, zażądałem narady z Prof. Ł., który po najdokładniejszem zbadaniu orzekł, że bezwątpienia mamy przed sobą objawy kiły późnej, prawdopodobnie dziedzicznej *(lues tardiva hereditaria)*.

Chodzi więc teraz o rozstrzygnięcie najważniejszego zasadniczego pytania, czy i w jakim stosunku pozostaje założenie dostawki z wybuchem opisanych powyżej zmian kiłowych na błonie śluzowej ust, jak sobie ich wystąpienie tłomaczyć, czy i o ile można im było zapobiedz.

U osobników, dotkniętych kiłą, wśród obrazu rozmaitych jej objawów spotykamy swoiste zmiany naczyń. Istnienie tych zmian naczyniowych uważać należy obecnie po miarodajnych w tym kierunku pracach Virchowa, M. Heubnera, M. Köstera, M. Baumgartena, Chiariego, a przedewszystkiem po cennej pracy A. Obrzuta (3) za zupełnie udowodnione. Obrzut wykazał w sposób przekonywający, że początkiem nawet kilaków są swoiste zmiany w naczyniach. Wedłng Obrzuta najwybitniejszą zmianą w ścianach naczyniowych jest obecność mas serowatych w przestrzeniach limfatycznych błon zewnętrznych (Virchow-Robina).

Masy te serowate nie są — jak to wykazują odczyny mikrochemiczne (odczyn włóknika) — niczem innem, tylko zmienionym pod wpływem jadu kiłowego wysiękiem z naczyniek ściany naczyniowej *(vasa vasorum)*, w skład którego wchodzą przeważnie czerwone ciałka krwi, inaczej mówiąc są one krwią wynaczynioną, która uległa przemianie włóknikowej i przemianom wstecznym.

Uraz (ucisk dostawki) mógł tu zadziałać tem łatwiej, że działał on za pośrednictwem blizny, która sama przez się już przedstawia dla tkanki otaczającej do pewnego stopnia tkankę obcą W naszym przypadku coprawda nie mamy stanowczych dowodów na to, że zmiany, które wywołały wytworzenie się wspomnianej blizny, były przyrody kilakowej, że tem samem naczynia w miejscu tem wykazywały zmiany tak ciężkie, jak to powyżej przytoczono; w każdym razie jednak, jeśli nawet przyjmiemy, że poprzedzały tu tylko zmiany, które zaliczyćby należało do okresu kiły drugorzędnej (n. p. ograniczone »plaques muqueuses« lub zapalenie okostnej), że zmiany histologiczne, jakie się tutaj odgrywały, może nie dochodziły tego stopnia, co w okresie trzeciorzędnym, to jednak w każdym razie jakościowo były one tej samej przyrody, czyli stosując to praktycznie w naszym przypadku, naczynia musiały tu mieć znaczniejszą skłonność do wybroczyn i do dalszych stąd wynikających zmian, aniżeli w tkance prawidłowej.

Wyjaśnienie powyższe mieści w sobie wskazówkę, jak należałoby budować dostawki u tych osobników, które są dotknięte kiłą. Gdzie są po temu warunki odpowiednie, należałoby sporządzić dostawkę mostkową wolną (schwebende Brücke), gdyż przy żuciu ucisk nie udziela się tu zupełnie błonie śluzowej. Gdzie natomiast tylko kauczukowa dostawka jest możliwa, tam należałoby przez odpowiednie wycięcia w podstawie kauczukowej uwolnić od ucisku i drażnienia te miejsca, które bodaj w najmniejszym stopniu są chorobowo zmienione; przedewszystkiem jednak byłoby wskazane poddać chorych dokładnemu leczeniu przeciwkiłowemu.

Piśmiennictwo. 1) Vorlesungen über Pathologie u. Therapie der Syphilis, 1896, str. 729. — 2) Fehlerhafte Zahnbildung b. erworb. Syphilis. Nordiskt medicinskt. Archiv. 1895. — 3) Contribution à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitiques. Bulletin International.

(Z pracowni farmakologicznej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie).

O fizyologicznych własnościach choliny.

Podał

Docent Dr J. Modrakowski.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie V. 18. X. 1907. Suka, ważąca 10 kg. Tracheotomia; sztuczne oddychanie; 2 ctm.^{3} 1% kurary. Zapisywanie ciśnienia w prawej tętnicy szyjnej. Wstrzykiwanie do lewej żyły odgoleniowej. Użyto tego samego przetworu choliny, co i w doświadczeniu II. (14. X. 1907) tylko 1%. (Tabl. II.).

W tem doświadczeniu odrazu zacząłem wprowadzać większe dawki choliny: 3 mg. na 1 kg. Działanie odpowiada działaniu opisanemu w doświadczeniu II. Nadmienić wypada, że przecięcie nerwów błędnych przy cholinie nie wpływa zupełnie ani na wysokość ciśnienia krwi, ani na szybkość tętna.

Bardzo ciekawe jest działanie choliny przy drugiem wprowadzeniu w 8 minut od pierwszego w dawce 1 mg. na 1 kg., t. j. $^1/_3$ poprzedniej dawki. Wywołuje ona zamiast obniżenia wybitne podwyższenie parcia krwi z jednoczesnem przyśpieszeniem tętna, które z 9 uderzeń w 5″ doszło do 12.

Następne wprowadzenie po 2′ wywołało dalsze zwiększenie parcia krwi i częstości tętna; tak samo działało wprowadzenie 2, 3 i 4 mg choliny w odstępach: 1′, 1′ i 4′, Po upływie 2′ znowu wprowadzono 7 cc. 1% rozczynu choliny = 7 mg. na 1 kg.; średnie ciśnienie krwi podniosło się do 213 mm. Hg, a częstość tętna do 17 uderzeń w 5″.

Po 5-godzinnej przerwie dostało zwierzę w porównaniu z poprzednio wprowadzonemi olbrzymiemi dawkami, stosunkowo małą dawkę choliny 1 mg. na 1 kg.; zaraz wystąpił znany już nam poprzednio skutek, choć w słabszym stopniu: zwolnienie parcia krwi i tętna, przy wielkich wahaniach poszczególnych uderzeń serca; w charakterystyczny sposób występowała po okresie silnie zwolnionej czynności serca grupa uderzeń serca, nieco szybszych, ale ciągle jeszcze zwolnionych, poczem przy stopniowem podniesieniu się parcia krwi, amplitudy poszczególnych skurczów obniżały się, a szybkość ich rosła. Atropina w ilości 1 mg. na 1 kg. zmienia odrazu cały obraz: ciśnienie krwi podnosi się do 117 mm. Hg., częstość tętna się podwaja. Trzeba nadmienić, że przy ostatnich wstrzyknięciach cholina była zupełnie pozbawioną zapachu trójmetyloaminy. Ciśnienie krwi, wywołane atropiną stopniowo, opadło do 67 mm. Hg. Odtąd cholina wywoływała już tylko podniesienie parcia krwi.

Oprócz opisanego wpływu użytego przetworu choliny na układ naczyniowy, spostrzegałem też wpływ tej zasady na gruczoły. W obydwu podanych protokołach doświadczeń znajdują się uwagi, tyczące się łzawienia, wydzielania moczu, zwiększenia ruchu robaczkowego jelit i oddawania kału, zjawiska, które wystąpiły po podaniu choliny. Występowało także zwężenie źrenicy. W doświadczeniu II. przedstawiłem przebieg wydzielania śliny w osobnej rubryce. W jednem z następnych doświadczeń przedstawiłem wpływ tego samego przetworu choliny na wydzielanie soku trzustkowego i śliny.

Doświadczenie XIII. 20. XII., 1907. Pies wagi 11 kg. Uśpienie zapomocą 14,0 urethanu, wprowadzonego do żyły w długich odstępach czasu. Krzywe ciśnienie zapisywano z lewej tętnicy szyjnej. Przewody: prawego gruczołu podszczękowego i trzustki były połączone z kalibrowaną rurką szklanną. Cholinę wprowadzono do lewej żyły odgoleniowej (*v. saphena*). Od godziny 11·53′ badano wpływ innych preparatów choliny. O godz. 1·51′ 30″ przecięto oba nerwy błędne. O godz. 3·35′ wprowadzono 1 cc. 1% rozczynu choliny (przetwór Mercka używany w poprz. doświadcz.) = 0,000·9 na 1 kg. W łączności z wprowadzeniem pozostają znane nam już objawy: obniżenie ciśnienia i zwolnienie tętna. Wpływ na wydzielanie soku trzustkowego i śliny przedstawiono na tabeli. Przed wprowadzeniem choliny stan wydzieliny w obu rurkach równał się zeru. (Tabl. III.).

Na podstawie przytoczonego doświadczenia można orzec, że przetwór choliny Mercka zwiększa wydzielanie śliny i soku trzustkowego. Wydzielanie śliny występuje w pół minuty po wprowadzeniu i jest odrazu bardzo znaczne. Na wydzielanie śliny pod wpływem choliny nie wpływa przecięcie rdzenia, nerwów błędnych i struny bębenkowej; natomiast atropina znosi ten wpływ. Z tego wynika, że wydzielanie odbywa się dzięki pobudzeniu tego mechanizmu, który atropina poraża, t. j. obwodowych zakończeń struny bębenkowej. Czynność trzustki zostaje także wyraźnie podniesiona, choć nie w tym stopniu, co gruczołu ślinowego; w przytoczonem doświadczeniu zaczyna się ona przejawiać około 3 minuty po wprowadzeniu i dochodzi od 0 do 5—8 podziałek na 1 minutę. Wydzielanie to utrzymuje się około $^1/_2$ godziny. Charakter tego wydzielania (późno się zjawia i długo trwa), przemawia za tem, że wydzielanie to jest wywołane przez zadrażnienie dwunastnicy kwaśną treścią jelitową, która przy wzmożonym ruchu robaczkowym styka się z rozmaitemi miejscami błony śluzowej i z nich wywołuje odruchową czynność trzustki. Atropina, jak się można było spodziewać, wydzielania tego nie znosi.

Zanim przystąpię do analizy działania kupnej choliny na serce i ciśnienie krwi, przytoczę jeszcze doświadczenie, które zostało podjęte celem zbadania wpływu choliny na krzepliwość krwi, ponieważ pozwala ono równocześnie poznać ogólne działanie choliny.

Doświadczenie IV. Suka wagi 9 kg. Do lewej tętnicy udowej wprowadziłem kaniulkę do zbierania krwi; cholinę wstrzykiwano do prawej żyły odgoleniowej. Brałem 1% rozczyn choliny, pozbawionej zapachu trójmetyloaminu przez ogrzewanie na łaźni wodnej. Krew zebrana przed doświadczeniem, krzepnie po $4^1/_2$ minutach.

0 4 h 48′ wprowadza 3 cm.^{3} 1% roztw. choliny = 0,000·333 na 1 kg.

0 4 h 48′ 10″ tężcowe drgawki, wzmożona czynność oddechowa, wydzielanie łez i śliny.

0 po 12″ uspokojenie zwierzęcia.

0 4 h 51′ wymioty.

Rozmaite próby krwi są ciemno zabarwione i krzepną w ciągu 4—5 minut.

0 5 h 10′ wprowadzenie 6 cc. 1% roztw. choliny = 0,00·66 na 1 kg.

0 5 h 10′ 20″ pies rzuca się, silne ślinienie, łzawienie, napady drgawek, źrenice zwężone, oddech początkowo wzmożony, staje się coraz rzadszym i płytszym. Powtórnie wzięte próby krwi są prawie czarne i krzepną mniejwięcej w tym samym czasie, co poprzednie. Porażenie oddechu wywołuje o godz. 5·20′ śmierć zwierzęcia.

Drugie podobne doświadczenie przebiegało w ten sam sposób, z tą tylko różnicą, że śmierć nastąpiła wcześniej z powodu znacznie większej dawki choliny. W obu przypadkach przetwór okazał się bardzo trującym, gdyż w ilości około 0,6 mg. na 1 kg. sprowadzał śmierć skutkiem

Wynik tego doświadczenia nie był tak nieoczekiwany, jakby się to mogło wydawać po próbach z kupną choliną. Nadmieniłem, że kupna cholina wyraźnie okazywała dwojakiego rodzaju działanie, pierwsze: znamienne działanie na serce i drugie: wpływ na podniesienie ciśnienia krwi, zamaskowany na początku pierwszego rodzaju działaniem. Wpływ ten zaznaczał się wyraźnie po podaniu atropiny. Czysta cholina wywiera tylko to jedyne działanie, natomiast nie ma żadnego wpływu na czynność serca; wywołuje zwiększenie parcia krwi, jak i kupna cholina po atropinie. To działanie czystej choliny nie jest bardzo wybitne, jednakowoż wyraźnie się zaznacza już po wprowadzeniu dawki 0,6 mg na 1 kg. zwierzęcia. Większe dawki 2 mg. wywierają odpowiednio większy wpływ. Działanie przechodzi jednak po kilku minutach. Czynność gruczołów nie wzmaga się pod wpływem tego ciała; nie działa ono na źrenice. Możemy więc całkiem stanowczo twierdzić, że poprzednio zbadany przetwór Mercka zawiera prócz choliny, jeszcze inne silnie trujące ciało, które wywiera wpływ na serce i gruczoły, podobny do muskaryny. Ciało to znajduje się niewątpliwie w bardzo małych ilościach. Przy wstrzykiwaniach szybko po sobie następujących, występuje działanie czystej choliny: podniesienie ciśnienia, jak to widać w doświadczeniu V.

W dalszym ciągu doświadczenia (VI.) zbadaliśmy jeszcze wpływ chlorku choliny, świeżo sporządzonego na nasze żądanie przez fabrykę Kahlbauma w Berlinie. Przetwór ten nie miał zapachu trójmetyloaminu, a przy późniejszej chemicznej próbie dał jednorodne kryształy podwójnej soli platyny z zawartością platyny 31,46%. Przy wprowadzaniu tego przetworu otrzymaliśmy następujące działanie:

Dalszy ciąg doświadczenia VI.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg			Tętno w 5''	Uwagi
	dolne	górne	średn.		
XIV.	84	118	101	16	
12h 8' 55''					
12h 9'					Wpowadzenie $6^1/_2$ cm³ 0·1% *cholini hydrochl.* (Kahlbaum)=0,001 na 1 kg.
12h 9' 6'' —9''	152	184	168	15	Ta liczba uderzeń serca trwała tylko w ciągu 5'', potem odrazu wynosiła 16.
12h 11' 30''	92	120	106	16	Ciśnienie krwi stopniowo się obniża. Nie występuje działanie ani na gruczoły, ani na źrenice. Następne wprowadzenie 2 cm³ 1% roztw. choliny Mercka daje znane objawy: obniżenie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna, wzmożone wydzielanie śliny i t. d.
12h 55'					

Okazuje się więc, że świeżo otrzymany handlowy przetwór choliny wywiera to samo działanie, co i przetwór przezemnie otrzymany: tylko podniesienie ciśnienia krwi.

Pod koniec doświadczenia cholina Mercka wywiera znane już nam działanie: obniżenie ciśnienia krwi, zwolnienie tętna, wzmożone wydzielanie śliny, łez i moczu.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kienböck i Gocht. **Wyniki leczenia promieniami Röntgena i uszkodzenia, wywołane promieniami.** (*80. Zjazd lek. i przyrodn.* Kolonia, wrzesień 1908). Działanie promieni Röntgena byłoby zapewne o wiele skuteczniejsze, gdybyśmy mogli swobodnie je stosować bez obawy, że zaszkodzą one reszcie ustroju. Na razie jednak stosować je należy bardzo ostrożnie i w dawkach małych. Dawkujemy promienie sposobem Noire-Sabouranda, gdyż na razie wygodniejszego nie znamy. Promienie rentgenowskie działają dobrze i pewnie przy grzybicy guzowatej, parchach, powierzchownych rakach skórnych i pewnych rodzajach mięsaków. Do usuwania włosów ze względów kosmetycznych nie nadają się wcale, albowiem wskutek niego wystąpić może zanik skóry lub rozszerzenie naczyń włosowatych. Dość dobre wyniki daje to leczenie przy trądziku i gruźlicy skóry; wątpliwe przy toczniu i innych cierpieniach skóry. Co się tyczy mięsaków, to najlepiej działają promienie przeciw bardzo szybko rosnącym guzom. Przy nawrotach raków i białaczce działają promienie najlepiej z dotąd znanych środków. Przy wolu rosnącym działanie nieraz jest korzystne, ale w razie objawów ucisku tchawicy należy na nie nie liczyć, lecz operować. Przy innych cierpieniach, jak nerwobolach, gośćcu, gruźlicy płuc, zapaleniu płuc, przeroście sterczu, wyniki lecznicze, jak dotąd, są niebardzo pewne. Uszkodzenia, wywołane promieniami, objawiają się w postaci ostrych lub przewlekłych zapaleń skóry, zaników, zgrubień rogowatych, owrzodzeń, a nawet raków. Z objawów ogólnych wspomnieć należy o bolu głowy i zawrotach. U młodych osobników wpływają promienie źle na wzrost. Należy wszystko to mieć na uwadze i zachowywać tak względem chorych, jak i siebie, możliwe ostrożności. Leczenie uszkodzeń rentgenowskich jest objawowe. Cierpienie skórne leczy się podług ogólnych zasad, unikać należy tylko maści kokainowej, ortoformu i środków redukujących. Wrzody wymagają długiego leczenia, a często tylko wycięcie chorego miejsca i przeszczepienie skóry pomaga. Pamiętać też należy o tem, że idiosynkrazyi do promieni wprawdzie niema, ale niektórzy ludzie mają skórę wogóle bardzo wrażliwą. Obecnie mamy już sposoby dawkowania promieni, dlatego też lekarz obowiązany jest zawsze postępować ostrożnie i podług pewnych danych, gdyż inaczej ściągnąć może na siebie odpowiedzialność. *K.*

Levy. **Przyczynki do techniki rdzeniowego stosowania surowicy ziarenkowca zapalenia opon.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 40—41). Surowica ziarenkowca zapalenia opon działa jedynie skutecznie przy wstrzykiwaniu rdzeniowem. Sposób ten podobnie, jak wstrzykiwanie celem znieczulenia, wymaga pewnej techniki, i dlatego wykonywać powinien je tylko lekarz, mający w tem wprawę. Prócz tego zabieg ten wymaga pewnych ostrożności i właśnie o nich, jakoteż o innych wchodzących tu w grę czynnikach mówi L. Przedewszystkiem pamiętać należy, że dawka, jaką się stosuje, wynosi 40 cm³, trzeba też mieć odpowiednią do tego strzykawkę. Celem uregulowania ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego należy przedtem wypuścić odpowiednią jego ilość, t. j. do 40 cm. Wstrzykiwań robi się zwykle kilka, otwory poprzednie w oponie pozostają i, jak to wykazał Krönig i Gaus, płyn wstrzyknięty często zamiast do przestrzeni podpajęczej przechodzi przez stare otwory z powrotem pod oponę twardą (subdural), gdzie wywołać może objawy ucisku, podrażnienia lub zrosty. Należy też zaczynać wstrzykiwania zawsze o ile możności najniżej (pod 4-tym kręgiem lędźwiowym), by potem można postępować w górę. Ciśnienie przy zapaleniu opon jest zwykle bardzo wysokie i nieraz też po wyciągnięciu igły surowica wydostaje się z powrotem na zewnątrz lub pod skórę. Zapobiega się temu przez silne wyprostowanie kręgosłupa po wstrzyknięciu, (by kręgi zbliżyć do siebie) i położenie głową w dół. Już zwykle przy drugiem wstrzyknięciu w 24 godzin widać wybitną różnicę w płynie. O ile pierwej był mętny i zawierał nawet małe strzępki ropy, o tyle już w 24 godzin jest zwykle jaśniejszy, w 4 dni zwykle już zupełnie przeźroczysty. Drobnowidowo wykazać można znikanie ciałek ropnych, a występowanie limfocytów. Ilość białka zmniejsza się stale, a ziarenkowce z płynu znikają. Mimo wyjaśnienia się płynu trzeba robić wstrzykiwania dopóty, aż stan ogólny się poprawi i gorączka opadnie. Każde pogorszenie wymaga nowego wstrzyknięcia. Dawka surowicy do jednego roku 10 cm³, od 1—6 lat 20 cm³, od 6—15, 20—30 i t. d. Pierwsza dawka powinna być zawsze dla wypróbowania niższa. Czasem pierwsze wstrzyknięcie wywołuje chwilowe pogorszenie, o czem też pamiętać należy. Wyjątkowo spostrzega się kwas karbolowy w moczu (dodatek do surowicy). Surowicy przechowywać nie można dłużej, niż 3 miesiące, albowiem traci ona stopniowo na wartości. Wobec tego sądzi autor, że w każdem większem mieście powinna być centralna stacya w jednym ze szpitali i tam też powinno się wszystkie wstrzykiwania wykonywać. Przypadki leczone w ten sposób dają około 10% śmiertelności (bez suro-

wicy 80—90%)! Wstrzykiwania należy rozpocząć o ile możności zaraz w początkach choroby. *K.*

Ziegner. **Jakie zalety ma uśpienie przy zmniejszonem krążeniu, i jak działa polecone przez Klappa „samoprzelanie“ krwi.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 41). Pomysł Klappa, by sprowadzać szybkie uśpienie (przy małej ilości chloroformu) przez wyłączanie części krwi zapomocą przewiązywania kończyn, jakoteż by następowo cucić przez samoprzelanie krwi z kończyn, próbował Z. doświadczalnie na zwierzętach, potem na sobie, a w końcu zastosował praktycznie i na chorych. Wyniki miał bardzo dobre. Uśpienie występowało szybko, podobnie też i przebudzenie. Wymiotów pooperacyjnych Z. nigdy nie spostrzegał. Przewiązywanie kończyn, nawet bardzo długo trwające, nie pociąga za sobą żadnych złych następstw. Sposób ten wymaga dalszych prób. Jedyną może jego wadą jest to, że chorzy odczuwają potem w ranie dość silne bole. Samoprzelanie krwi nadaje się także bardzo dobrze do cucenia przy zamartwicy, albowiem zawarty w krwi kończyn bezwodnik kwasu węglowego działa bardzo energicznie pobudzająco na ośrodki oddechowe. *K.*

Prof. Tilmann. **Anatomiczne zmiany, znajdowane przy padaczce po urazie.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 38). T. sądzi, że choć nie każda padaczka ma tło urazowe, to jednak w wielu przypadkach u epileptyków uraz, a raczej jego następstwa pobudzają w dalszym ciągu mózg, i tak już skłonny do choroby, do dalszych napadów. Uraz może zadziałać gdzieś i na obojętną część mózgu i po pewnym czasie zadziałać z daleka na sferę ruchową. Przekonały o tem T. własne jego spostrzeżenia, w których padaczka wystąpiła dopiero bardzo późno (raz w 30 lat prawie), a wynik zabiegu (miejsce urazu) był wybitny. Dlatego też T. operuje każdą padaczkę, gdy przedtem stwierdzi w wywiadach uraz czaszki. Najszybciej wywołują padaczkę bezpośrednie urazy kory, zwłaszcza sfery ruchowej, dłuższego zaś czasu potrzebują zrosty opon miękkich z korą, a najdłuższego zrosty opon ze sobą, zwłaszcza zdala od sfery ruchowej. Otwarcie czaszki nie jest obecnie już tak strasznym zabiegiem, operować należy tylko delikatnie i używać ogrzanych wacików, unikając środków chemicznych i operując na sucho. *K.*

Prof. Fischer. **Pośrednie złamanie stropu oczodołu wraz z utkwieniem odszczepu kości w mózgu nakształt pocisku.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 41). Pośrednie złamania ściany oczodołu występują często przy postrzałach czaszki w okolicy oczodołu (67%) i przy upadnięciu na potylicę. Te pośrednie złamania wywołuje cienkość ścian oczodołu. W razie jeżeli pocisk przechodzi przez mózg blizko ściany oczodołu, masa nerwowa wpycha się na ścianę i załamuje ją. Przy upadnięciu znów na potylicę, mózg przesuwa się nagle ku tyłowi, w przedniej części czaszki powstaje ciśnienie ujemne i to wywołuje wgniecenie blaszek ściany oczodołu do środka. Zwykle też przy złamaniach kości tyłogłowia spotykamy zarazem załamanie oczodołu z przemieszczeniem odszczepów kostnych do środka czaszki. Do tych dwóch mechanizmów złamania pośredniego stropu oczodołu dodaje jeszcze F. trzeci, polegający na nagłem podniesieniu się ciśnienia śródoczodołowego. 15-letni gimnazyalista spadł z roweru zdaje się w ten sposób, że okiem z całej siły uderzył się o coś; świadczyły o tem krwiaki ponad i popod okiem prawem; oko nieuszkodzone. Utrata przytomności, drgawki, w 2 godziny śmierć. Przy sekcyi znaleziono jedynie pęknięcie kości prawego oczodołu, a jeden kawałeczek kości nakształt pocisku wbił się do mózgu i przeszedł nawet przez prawą komorę boczną, aż do bocznej lewej. Tutaj mechanizm złamania kości oczodołu był zupełnie odmienny. Znaki koło oka świadczą, że denat musiał uderzyć się o jakiś przedmiot okolicą oczodołu. Ponieważ samo oko nie uległo zranieniu, przyjąć należy, że złamanie kości nastąpiło pośrednio przez gwałtowne wzmożenie ciśnienia śródoczodołowego. *K. A.*

Doc. Bum. **Urazowe schorzenia płuc.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 41). W zestawieniu swem przytacza B. z piśmiennictwa najtypowsze przypadki urazowych schorzeń płuc. Wystąpienie zapalenia płuc po urazie nie ulega już chyba wątpliwości. Choroba zaczyna się zwykle nagle krwiopluciem, przebiega szybko i groźnie, dając 60% śmiertelności. Te zapalenia spotyka się często w wojsku po zgnieceniu klatki piersiowej, kopnięciu, uderzeniu bagnetem, upadnięciu na plecy i t. p. Sporną jeszcze jest sprawą, w jaki czas może zapalenie urazowe wystąpić. Wiens naznacza czas na 12 godzin do 4 dni, Leyden znów znacznie dłużej, bo do dni 14. Co do gruźlicy, to nie znamy wypadku, by uraz wywołać mógł chorobę u człowieka przedtem zupełnie zdrowego. Natomiast często spostrzegać można po zranieniach płuc zamkniętych lub otwartych, złamaniach żeber i t. p., nagłe rozwinięcie się uśpionego przedtem ogniska. Urazowe zapalenie opłucnej ma zwykle tło gruźlicze. *K.*

Busch i Bibergeil. **Doświadczalne badania nad zapobieganiem zrostom otrzewnym.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 87, Z. I.). B. i B. starali się w swych doświadczeniach na zwierzętach zbadać, czy niema jakiego sposobu zapobiegania zrostom otrzewnym po operacyach w jamie brzusznej. Najodpowiedniejsze wydawały się substancye tłuste, oleiste lub śluzowate; B. i B. spróbowali więc użyć oliwy, parafiny, lanoliny, gumy, karagenu, agaru, żelatyny i t. p., wprowadzając je do jamy otrzewnej. Niestety żaden z tych środków nie wywierał skutecznego działania. Jedne drażniły zanadto otrzewnę, inne znowu zanadto szybko ulegały wessaniu. Podobnie bezskuteczne okazały się fibrolizyna i fizostygmina we wstrzykiwaniach. Na razie więc nie mamy żadnego właściwie środka przeciw tworzeniu się zrostów otrzewnych, tak że jedynym środkiem pozostanie nadal szanowanie otrzewnej przez delikatne i bardzo jałowe operowanie, przy użyciu mokrych solnych kompresów *K.*

Prof. Kehr. **Jakie wyniki osiągnęła dotąd chirurgia w leczeniu kamicy żółciowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 40). Doświadczenie swe opiera Kehr, znany specyalista cierpień wątroby, na 1382 operacyach. Przedewszystkiem zwraca K. uwagę na bardzo małą śmiertelność po operacyi kamieni żółciowych; — śmiertelność byłaby jeszcze znacznie mniejszą, gdyby lekarze nie wyczekiwali aż do ostatniej chwili i często nie posyłali do operacyi chorych, zupełnie już wyniszczonych, z powikłaniami w żołądku, jelitach, trzustce i samej wątrobie. O ile kamienie w pęcherzyku żółciowym nie są wskazaniem do natychmiastowej operacyi (z wyjątkiem powikłań ropnych), o tyle znowu kamienie przewodu wspólnego wymagają bezwarunkowo wczesnego zabiegu, celem zapobieżenia powikłaniom. Jeżeli się wykona racyonalną operacyę (wycięcie pęcherzyka, sączkowanie przewodu wspólnego), nawroty są poprostu wyłączone. Zwykle nawrót dowodzi, że operacya była wadliwa, lub też jest pozorny, t. j. przypady pochodzą nie od kamieni, lecz od wytworzonych zrostów. Usiłowania chirurgów powinny obecnie skupić się na punkcie ulepszenia rozpoznawania poszczególnych cierpień wątroby, a zwłaszcza ropienia i przewlekłego zatkania przewodu wspólnego, albowiem te cierpienia stanowią właśnie 70% zabiegów na drogach żółciowych. *K.*

Doll. **W sprawie historyi zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 41). W ostatnich czasach zaczyna przeważać mniemanie, że zapalenie wyrostka robaczkowego nie występuje obecnie »częściej«, niż dawniej, ale że ta częstość pozorna polega tylko na tem, iż zapalenie wyrostka umiemy obecnie dobrze, a raczej znacznie lepiej, niż dawniej rozpoznawać. D. jest tego samego zdania, a na poparcie przytacza liczne przykłady z dzieł lekarskich poprzedniego stulecia. Dawniej dyagnostyka cierpień jamy brzusznej była bardzo niedokładna. Rozróżniano choroby takie, jak gościec otrzewnej, zapalenie mięśniowe i t. p. Zapalenie otrzewnej było uważane za cierpienie pierwotne, a spotykane przy sekcyach n. p. przedziurawienia, uważano za następstwa zajęcia otrzewnej jelitowej. Wiele przytaczanych w dziełach przypadków chorobowych obecnie przedstawia się nam jasno, jako typowe przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego. Ropnie, występujące jako skutki zapalenia wyrostka, uważano dawniej za zupełnie inne cierpienie i dawano im różne nazwy, jak: ropień biodrowy, ropowica miednicowa prawa i t. p. Wszystkie te sprawy leczono upustem krwi i środkami przeczyszczającymi w tej myśli, że właśnie nagromadzony kał wywołuje często pęknięcie kiszki. Za ojca nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego uważać należy lekarza z Karlsruhe, Adolfa Volza. W r. 1843 wydał on pracę, w której zwraca uwagę, że bardzo często przyczyną groźnych zapaleń otrzewnej jest schorzenie i przedziurawienie wyrostka robaczkowego. Tenże Volz zebrał 60 odpowiednich przypadków chorobowych i on też polecił w przeciwieństwie do ówczesnych zapatrywań podawanie makowca w tej chorobie. Nauka Volza zachwiana została chwilowo przez wprowadzony przez Albersa obraz chorobowy »typhlitis stercoralis« i w ostatnich czasach dzięki postępom chirurgii wypłynęła na nowo na powierzchnię. Obecnie znowu zaczynamy zarzucać makowiec i odzywają się głosy, by w niektórych przypadkach stosować środki przeczyszczające. *K.*

Okulistyka.

Constentin. **Zwichnięcie urazowe gruczołu łzowego.** (*Arch. d'Ophth.* 1908. Nr. 4). Przypadek taki spostrzegał autor

u 14-miesięcznej dziewczynki, która upadła na hak wbity w ścianę. Zakrzywiony koniec tego haka wsunął się pod górną powiekę, nie uszkodziwszy gałki ocznej i zranił głęboko spojówkę w załamku górnym. Przez ranę tę wypadł gruczoł łzowy. Z niemałym trudem zdołał autor gruczoł wprowadzić z powrotem na właściwe miejsce i zaszyć spojówkę czterema szwami katgutowymi. Wynik operacyi był zupełnie pomyślny.

K. W. Majewski.

Frue i Bamet. **Badanie histologiczne torbiela skrzydlikowego.** (*Revue gén. d'Opht.* 1908. Nr. 3). Autorowie spostrzegali w uniwersyteckiej klinice w Montpellier przypadek obustronnego skrzydlika nosowego (*pterygium nasale*), szczytem prawie środka rogówki sięgającego. Na jednem oku błona skrzydlika była uniesiona przez torbiel wielkości ziarnka grochu, wypełniony jasną cieczą. Po odpreparowaniu i odcięciu skrzydlika wraz z torbielem przypalono zlekka rogówkę odsłoniętą; nazajutrz powstał szary nalot zapalny, który uległ jednak wkrótce wessaniu i operowanego wypuszczono z poprawą wzroku. Badanie mikroskopowe skrawków, ustalonych w płynie Zenkera i barwionych hemateiną i eozyną, stwierdziło zwyczajną budowę skrzydlika, a w ściank torbiela taki układ warstw, że przypuszczać należało, iż było to raczej wgłębienie spojówki pod błonę skrzydlikową, aniżeli wytworzenie jamy torbielowej w grubości samej błony skrzydlikowej. *K. W. Majewski.*

G. Sous. **Sparzenia przez ciała żrące, kwasy i zasady. Operacya zrostu powiek z płatem skórnym uszypułowanym.** (*Arch. d'Opht.* 1908. Nr. 3). W dwóch przypadkach sparzenia oka, w jednym wapnem niegaszonem, w drugim stężonym kwasem solnym, nastąpił rozległy zrost powieki górnej z gałką. Autor zastosował w obu przypadkach plastykę, polegającą na wszyciu w miejsce zniszczonej spojówki płatu skórnego wziętego z powieki dolnej, względnie ze skroni, celem wytworzenia załamka. Płat jest uszypułowany, szypułę przecina się dopiero po kilkunastu dniach, gdy zrost jest już zupełny i zapewniony. Skóra cienka, prawie wcale nie posiadająca włosków (*lanugo*), zastępuje bardzo dobrze spojówkę, nie drażni i pozwala na swobodne ruchy. *K. W. Majewski.*

Aubaret. **Załamki zastawkowe przewodzików łzowych i przewodu nosowołzowego ze stanowiska anatomii i fizyologii.** (*Arch. d'Opht.* 1908. Nr. 4). Jak wiadomo opisano cały szereg t. zw. zastawek w przewodzie nosowołzowym. Z nich tylko zastawka, nosząca imię Hassnera, jakkolwiek okazuje u poszczególnych osób znaczne różnice indywidualne, w większości przypadków stanowi rodzaj wentyla, nie dozwalającego powietrzu lub wydzielinie wciskać się od strony jamy nosa do przewodu nosowołzowego. W wielu jednak przypadkach można mówić o niedomykalności tej zastawki. Badania w tym kierunku przeprowadził Bert, wstrzykując od strony nosa pod pewnem ciśnieniem płyny zabarwione. Autor powtórzył te badania, posługując się kaniulami szklanemi, połączonemi z balonem kauczukowym i z manometrem rtęciowym. Zapomocą takiego urządzenia starał się na preparatach ze świeżych zwłok wtłaczać powietrze ze strony jamy nosa do przewodu nosowołzowego. Badania takie wykazują w wielu razach niedomykalność zastawki Hassnera. *K. W. Majewski.*

Aurand. **Nabłoniak barwikowy mięska łzowego.** (*Revue gén. d'Opht.* 1908. Nr. 3). Autor wyciął u 32-letniej kobiety czarny guzek, wyrastający z mięska łzowego oka lewego. Badanie mikroskopowe stwierdziło na poziomym przekroju mięska powierzchowną warstwę przybłonkową, pod nią sieć Malpighi'ego, pod nią zaś tkankę obficie unaczynioną i zawierającą liczne nieregularnie rozsiane komórki barwikowe. Tkanka łączna, w której tkwią gruczoły łojowe i cebulki włosowe, była również naciekła barwikiem. Pod silnem powiększeniem widać, że komórki barwikowe znajdują się także obficie w głębokich, a nawet w średnich warstwach nabłonka brukowego, który autor uważa za punkt wyjścia nowotworu. Zdaniem autora nie jest to zatem mięsak, lecz nabłoniak barwikowy. *K. W. Majewski.*

Fleischer. **O wydęciu, względnie zaniku obwodowych części rogówki.** (*Opht. Klinik* 1908, Nr 10 i 11). Autor przytacza 6 spostrzeżeń, z których 4 odnoszą się do osób w młodocianym wieku, a dwa do osób starszych. W przypadkach tych rozwinęło się w stosunkowo krótkim czasie najpierw lekkie zaćmienie obwodowych części rogówki, oddzielone od środkowych części przeźroczystych, żółtawo-białą ostrą linią demarkacyjną, a potem część zaćmiona ulegała mniej lub więcej znacznemu wypukleniu, przyczem rogówka w tem miejscu stawała się cieńszą, a tem samem przeźroczystszą, a zatem zaćmienie słabszem. Nareszcie cała część wypuklona pokrywała się zrzadka nowo wytworzonemi drobnemi naczyniami. Wypuklenia te powstawały w różnych miejscach obwodu rogówki, czasem na obu oczach symetrycznie zajmowały części dolne rogówek, które zwisały workowato. Zmianom tym towarzyszyły zwykle objawy pewnego podrażnienia, a następstwem ich było osłabienie wzroku, wywołane zmianą krzywizny rogówkowej, która stawała się najczęściej nieregularnie niezborną. Co do patogenezy tego cierpienia, to część autorów, którzy się niem zajmowali, uważa je za następstwo sprawy zapalnej. Fleischer nie podziela tego zapatrywania i przypuszcza raczej, że co do swej istoty, sprawa polega na pierwotnym zaniku rogówki, a przyczyny tego zaniku upatruje w zaburzeniach krążenia w wieńcu naczyniowym, oplatającym rąbek spojówkowy. *K. W. Majewski.*

Ferentinos. **Podspojówkowy ropień aseptyczny jako środek leczniczy przy wrzodzie rogówki.** (*Opht. Klinik* 1908, Nr 5). Autor podał jako dobry środek przeciwgnilny mieszaninę oleju skalnego z olejem waselinowym z rozpuszczonym dwujodkiem rtęci w stosunku 1: 2000. Rozczynu tego używa on między innemi i do leczenia pełzających wrzodów rogówki, dotykając watą, nawiniętą na koniec zgłębnika i umaczaną w tym rozczynie, powierzchni wrzodu. Gdzie leczenie to nie wystarcza, wstrzykuje F. tenże sam rozczyn w ilości 0,2 cm^3 pod spojówkę gałki, przez co wytwarza się ropień, jak się autor wielokrotnie przekonał, aseptyczny. Ropnia tego otwierać nie potrzeba, ponieważ po kilku dniach bez leczenia się rozchodzi, tymczasem jednak działa odwodząco na wrzód rogówkowy, który zdaniem autora o wiele prędzej i łatwiej się goi, niż przy innych sposobach leczenia. *K. W. Majewski.*

Roux. **Przypadek zapadnięcia się twardówki przy operacyi zaćmy.** (*Opht. Klinik* 1908, Nr 9). Autor operował 32-letniego mężczyznę z powodu zaćmy miękkiej obustronnej, której etyologia pozostała niewyjaśnioną. Operacyę wykonał tylko na prawem oku. Cięcie rogówkowe i irydektomia odbyły się prawidłowo, ale bezpośrednio po rozcięciu torebki zapadła się nieckowato najpierw rogówka, a wnet potem mimo, że nie było najmniejszego wypływu ciała szklistego, zapadła się także i pomarszczyła cała twardówka, tak, że tylko z trudnością dało się przez nacisk źrenicę z kory oczyścić. Wśród tego gałka oczna w całości zapadała się coraz bardziej mimo, że ciało szkliste nie wypływało wcale, i autor, zakładając opatrunek, uważał oko to już za stracone. Tymczasem wbrew przewidywaniu już przy pierwszej zmianie opatrunku okazało się, że gałka zupełnie się wypełniła. rana się zamknęła, komora przednia głęboka, źrenica regularna, czarna, a napięcie prawidłowe. Operowany opuścił zakład po kilku dniach z dobrym wynikiem optycznym.

K. W. Majewski

Zimmermann. **Dalsze doniesienia o wszywaniu sztucznego woreczka łzowego.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 22). Dotychczasowe doświadczenia autora pozwalają spodziewać się, że wyleczenie, uzyskane zapomocą wszycia sztucznego woreczka łzowego, uważać można niemal za trwałe. Z. podaje modele sztucznego woreczka trojakiej wielkości i przypomina przepisy techniki operacyjnej, od której wyłącznie pomyślny wynik zależy. Dodaje on do 3 dawniej ogłoszonych przypadków 7 nowych. W tej liczbie w 2 przypadkach proteza została na zewnątrz wydzielona, w jednym z powodu zakażenia rany skórnej i wyropienia szwów, w drugim z powodu nadmiernego przerostu dolnej małżowiny nosowej, która uniemożliwiała odpływ wydzieliny do nosa. W innych przypadkach chorzy znoszą sztuczny woreczek, jak dotąd, doskonale i nie doznają łzawienia.

K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przepukliny brzuszne operuje Brenner w ten sposób, że po usunięciu worka i zamknięciu bramy tworzy z obu powięzi mięśni prostych dwa półksiężycowe płaty (z podstawą do środka), które obraca na bramę i przyszywa (jeden na drugim), każdy do przeciwnego mięśnia prostego. W ten sposób otwór zakryty jest podwójną warstwą powięzi. *K. A.*

Przepukliny w wieku dziecięcym leczą się według Kirmissona prawie w połowie przypadków same. Kauczukowych pelot używa K. do 8. miesiąca, potem zaś twardszych. Odprowadzenie uwięźniętej przepukliny u dziecka w uśpieniu udaje się często bardzo łatwo. *K*

Wczesne wstawanie po laparotomiach (podług Kröniga i Kümmlla) poleca gorąco Cohn (Kilonia). Unika się przez to powikłań płucnych, zakrzepów żylnych, chorzy przychodzą prędzej do siebie, odzyskują apetyt i stolec zjawia się sam. *K.*

Porażenia wskutek podskórnego zgniecenia nerwów operuje Bardenheuer wtedy, gdy po 2 tygodniach nietylko niema poprawy, ale nawet zaczyna się zjawiać odczyn zwyrodnienia i zaniki. Operacya polega na odsłonięciu nerwu, wypuszczeniu wysięku, lub usunięciu zrostów, albo zeszyciu końców przerwanych. *K.*

Wybitną poprawę przy przeroście sterczu osiągnął Hunter u 80-letniego chorego przez leczenie promieniami Röntgena (9 posiedzeń, 3 razy na miesiąc po jednem). Mocz wyjaśnił się, a mocz zastoinowy zmniejszył się z 60 na 15 cm. H. naświetla przez skórę, albowiem przy naświetlaniu od strony kiszki stolcowej obawiać się należy uszkodzenia błony śluzowej przez promienie. *K.*

Stałe przebywanie w kąpieli (das permanente Bad) poleca Mühsam przy przetokach jelitowych, odleżynach, otwartej gruźlicy stawu, oparzeniach trzeciego stopnia (od 8 dnia). Chorych umieszcza się w wannie o 8 rano i pozostawia do wieczora, ewentualnie z 1—2-godzinną przerwą w południe. Woda powinna mieć około 34° C. i przepływać. Po kąpieli osusza się dokładnie i pudruje całą skórę i kładzie chorego do łóżka na miękkim podkładzie. *K.*

Plamy od wioformu wywabia się z bielizny w następujący sposób. Splamioną bieliznę umieszcza się na 2 godziny w 1% rozczynie kwasu octowego, potem płucze się w wodzie i wkłada do 2% rozczynu tiosiarkanu sodowego, aż plamy przybiorą barwę zielono-żółtą. Wtedy płucze się bieliznę znowu w wodzie i potem gotuje 10 minut w mydlinach. *K.*

Almateina jest wytworem kondensacyi hematoksyliny i formaldehydu. Ma postać bardzo delikatnego proszku ceglasto-czerwonego bez smaku i zapachu, nie rozpuszcza się ani w eterze, ani w chloroformie, prawie zupełnie się nie rozpuszcza w zimnej wodzie, bardzo słabo w wodzie wrzącej, łatwo w wyskoku i glicerynie. Rozkłada się przy 110°—120°, a w jeszcze wyższej czernieje i staje się zupełnie nierozpuszczalną. Jest środkiem odkażającym. Nadaje się do leczenia wszelkich zakaźnych postaci biegunki, czerwonki i nieżytu jelit u dorosłych. Dawka dla dorosłych (w tabletkach po 0·5 grm.) 4—6 grm. dziennie, stosunkowo mniejsza dla dzieci. Dzieciom zaś podaje się almateinę zwykle w zawiesinie, zawierającej 1% węglanu sodowego. W chirurgii używa się jako zasypka do ran, szczególniej ropiejących, w leczeniu wrzodów i przetok gruźliczych. W praktyce chirurgicznej stosowaną bywa również maść almateinowa na waselinie (20%). *Stahr.*

Nowy sposób podskórnych wstrzykiwań surowicy, bardzo praktyczny, podaje Krautschneider. (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 40). Płyn do wstrzykiwań znajduje się w tubkach, sporządzonych z bardzo cienkiej cyny. Tubki te zakłada się do metalowego cylindra, przymocowuje z jednej strony igłę, a wyciska z tuby zapomocą śruby umieszczonej z drugiej strony cylindra. Przez to można wykonać każdej chwili zupełnie jałowo wstrzyknięcie, bo tubki dają się dobrze wyjaławiać. Cena ich niewielka. Unika się przez to częstych zepsuć strzykawek i jednym przyrządem wstrzykiwać można różne płyny, zawarte w tubkach. Tubki mają pojemność 2—10 cm³. *K.*

Przeciw padaczce poleca Hönig »*pulvis antiepilepticus*« Weila. Składa się on z 10% hemoglobiny i acidalbulminy, 84% bromku żelaza i 6% przetworu goryczki (*gentiana*). *K.*

Banany poleca Lablé jako bardzo cenny środek odżywczy, bo dorównujący niemal wartością odżywczą mięsu. Używa się ich świeżych lub suszonych, lub też jako mączki, zwłaszcza u dzieci. *K.*

Pielęgnowanie przedwcześnie urodzonych dzieci w paryzkiej »Maternité« daje coraz to lepsze wyniki. Obecnie nawet udaje się tam 30% sześciomiesięcznych płodów utrzymać przy życiu, a z późniejszych 64%. Niemowlęta kąpie się raz na dzień, owija w jałowe pieluszki, umieszcza w odpowiednich cieplarkach i karmi sztucznie rurką, wprowadzoną do nosa lub do ust. *K.*

Konserwy puszkowe szpinaku zawierają często znaczną domieszkę miedzi z powodu tego, że gotuje się je w kociołkach miedzianych przy fabrykacyi. Już ta zawartość miedzi wystarcza, by wywołać wymioty, a przy dłuższem używaniu nawet przewlekłe zatrucie. *K.*

Zatrucie bizmutem spostrzegali Nowak i Gütig z Wiednia u 44-letniego mężczyzny po 2-litrowej lewatywie z *bism. subnitr.* Zatrucie zakończyło się zejściem śmiertelnem. Na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach sądzą N. i G., że zwykle bizmut zostaje zobojętniony w kiszkach i wyjątkowo tylko w razie odmiennej flory kiszek to zobojętnienie nie następuje i wtedy wystąpić może zatrucie. *K. A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe d. 9. X. 1908.

Dr Klarfeld miał wykład: **O histeryi w pojęciu Babińskiego.** Prelegent postanowił naprzód podać genezę teoryi Babińskiego, a potem wyświetlić istotne znaczenie tej teoryi. Kreśli przeto prelegent historyę badań Babińskiego nad histeryą od r. 1891, których celem było ustalenie różnic między objawami spraw organicznych, a naśladującymi je objawami histerycznymi. Aby wyjaśnić metodę Babińskiego i ścisłość jego rozbioru, przedstawia prelegent rozpoznanie różniczkowe między porażeniem połowiczem organicznem i histerycznem według Babińskiego. Z badań swych doszedł Babiński do wniosku, że histerya może wywołać tylko takie zaburzenia, jakie można wytworzyć aktem woli i że t. zw. znamiona histeryi są sztucznym wytworem poddawania ze strony badającego lekarza lub ze strony otoczenia chorych. Na tych dwu zasadniczych punktach oparł Babiński swoją definicyę histerycznej przyrody jakiejś sprawy; probierzem takiej przyrody jest możliwość odtworzenia zaburzenia przez poddawanie (sugestyę) i usunięcia go pod wyłącznym wpływem perswazyi. Wykazawszy, że Babiński cech histeryi nie ustanowił dowolnie, lecz doszedł do nich przez ścisły rozbiór przypadków jasnych, roztrząsa prelegent samą definicyę Babińskiego, mówi o różnicy między sugestyą a perswazyą, między pojęciem zaburzeń pierwotnych a wtórnych, następnie wylicza zaburzenia, uznane przez Babińskiego za histeryczne. Dla uwydatnienia istoty histeryi, nazwał ją Babiński pityatyzmem (πειθώ — perswazya, ἰατός — uleczalny). Definicya Babińskiego ma doniosłe znaczenie praktyczne, pozwalając rozpoznawać ściśle zaburzenia histeryczne, jako takie. Zresztą jestto definicya objawowa, mająca tymczasowo wypełnić lukę w oczekiwaniu ostatecznej definicyi, ściśle przyczynowej. Nadto zasługą Babińskiego jest to, że przeniósł całą sprawę na pole kliniczne, na pole ściśle przedmiotowych spostrzeżeń.

W dyskusyi zwraca uwagę Dr Feuerstein, nie zmniejszając zasług Babińskiego, że już przed nim niektórzy badacze, (Bernheim, Möbius, Strümpell) odrzucali szereg objawów, jako nie znamiennych dla histeryi. Wielką zasługą Babińskiego jest zwalczanie nauki o »znamionach« (stygmatach) histerycznych właśnie w Paryżu. Niemniej nie można badań uważać za ukończone, bo pewne objawy, których Babiński za histeryczne nie uznaje (dyschromatopsya, zwężenie pola widzenia), zdarzają się niewątpliwie w histeryi, a nie mogą być sztucznie wywołane. — Dr Klarfeld przyznaje, że zwężenie pola widzenia zdarza się w histeryi, ale może ono zależeć od (nienależących do histeryi) zmian organicznych we włóknach nerwowych. Definicya Babińskiego nie nadaje się może do wszystkich przypadków, niewątpliwie jednak odpowiada znacznej ich większości. — Dr Feuerstein uważa przypuszczenie Dra Klarfelda, że zwężenie pola widzenia może polegać na zmianach organicznych, za zbyt śmiałe, bo przecież zwężenia te nieraz ustępują. Pytanie, co można wywołać przez sugestyę, a co nie, i czy objawy, wywołane przez sugestyę, podobne są do samorodnych objawów histeryi, nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Przykurczenia n. p., trwającego lat kilka, nie można wywołać przez poddawanie. — Prof. Gluziński zaznacza, że skrajne zapatrywania Babińskiego należy przyjmować z pewną rozwagą; jest w histeryi cały szereg objawów, o których trudno przypuścić, że zależeć mogą od woli. Jedna ze znanych mowcy histeryczek dusiła się tak, że omal nie wykonano tracheotomii; po cięciu skórnem duszność ustała. Właściwej definicyi histeryi dotąd niema. Bezpośrednim skutkiem poglądów Babińskiego powinna być dążność do usunięcia dawnej, złej symptomatologii histeryi, a stworzenia nowej. — Wreszcie przemawiali jeszcze raz Dr Feuerstein, który przedstawił poglądy szkoły wiedeńskiej na histeryę i prelegent, który nadmienia, że w myśl tego, co mówił Prof. Gluziński, nie widzi się od czasu wystąpienia Babińskiego dawnych »klasycznych« napadów histeryi wśród chorych w Salpetrière. *C*

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 23. X. 1908.

Przewodniczący zawiadamia, że wykład Dra Reisa o operacyi zaćmy z powodu nagłego wyjazdu prelegenta został odłożony na następne posiedzenie.

Dr Hornowski przedstawia: *a*) Przypadek **nieprawidłowego położenia wyrostka robaczkowego** tuż przy pęcherzyku żółciowym, jako następstwo nie obsunięcia się kątnicy na talerz biodrowy. *b*) Przypadek **uwięźnięcia jelit cienkich w całości** pod pasmem łącznotkankowem, idącem od krezki wyrostka do krezki tychże jelit, bez wystąpienia bębnicy. Prelegent omawia mechanizm powstania takiego całkowitego uwięźnięcia bez obecności kału w jelitach uwięzionych, i objaśnia go odpowiednimi rysunkami. *c*) Przypadek **uwięźnięcia pętli w worku przepuklinowym, powyżej zaś zadzierzgnięcia** przez sznurek, idący od fałdu pępkowo-pęcherzowego zewnętrznego do tętnicy krezkowej górnej. *d*) **Sposób** równoczesnego **barwienia** włókien sprężystych, tkanki łącznej i mięsnej, (rzecz drukowana w Przeglądzie lek.), przyczem pokazuje preparaty, sposobem tym barwione.

Dyskusya: Dr Czyżewicz jest zdania, że bębnica nie jest objawem znamiennym dla uwięźnięcia jelit, a jako dowód przytacza szereg niedawno opisanych przypadków. Prof. Schramm zauważa, że wspomniane przypadki różnią się od przedstawionych. Prym. Pisek podnosi, że bębnica jest tem znaczniejsza, im przeszkoda leży niżej; gdy przeszkoda jest wysoko, bębnicy może nie być. Odnośnie do przypadku Dra Hornowskiego, to przeszkoda była wysoko; nadto zdaje mu się, że przypływ do jelita był wolny, gdyż kiszka funkcyonowała (ruchy robaczkowe), odpływ zaś był utrudniony. Dr Hornowski nie sądzi, żeby dopływ był swobodny, gdyż znalazłby był w jelicie kał i w następstwie gazy. Przypadki, wspomniane przez Dra Czyżewicza, nie są identyczne z przedstawionymi. Zaznacza, że są autorowie, którzy utrzymują, że bębnica występuje dopiero w 5-tym dniu po uwięźnięciu — tu zaś choroba trwała dni 7., a bębnicy nie było.

Witold Nowicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych wniosła Izba lekarska wschodnio-galicyjska petycyę do Sejmu, w której przedstawia 1) że termin zastosowania ustawy do lekarzy powinienby być w ustawie albo pominięty, albo przesunięty do 55. r. ż.: (projekt ustawy wyłącza jej zastosowanie do lekarzy, którzy w dniu nominacyi przekroczyli 40. r. ż.), 2) że lekarz okręgowy nie powinien tracić prawa do emerytury z funduszu krajowego, chociażby był ubezpieczony w innym funduszu (projekt ustawy postanawia przeciwnie); 3) że emerytura powinna wynosić najmniej 1500 k rocznie (jak w innych krajach Austryi, a nie 1000 k., jak przyjęto w projekcie), a do pełnej emerytury powinno wystarczyć 30 lat służby (a nie 35, jak w projekcie ustawy); 4) że warunek przebycia 5 lat służby dla nabrania praw do emerytury powinien z ustawy odpaść; 5) że należy opuścić postanowienia projektu, na mocy których lekarz może być przeniesiony w czasowy stan spoczynku w razie zwinięcia posady lub z bliżej nieokreślonych »względów służbowych«, oraz te ustępy, które odmawiają lekarzowi prawa odwołania się przeciw orzeczeniu Wydziału kraj. w sprawach ustawą objętych gdzieindziej, jak tylko do Wydziału kraj. resp. Sejmu; 6) że wdowom po lekarzach okręgowych należy zapewnić pensyę już po 5 latach służby męża, usunąć ograniczenie zawierania małżeństw po 55 r. ż., oraz usunąć z ustawy ustęp, odmawiający pensyi wdowom po lekarzach, zawieszonych w urzędowaniu, gdyby Wydział krajowy orzekł, że dany lekarz byłby (przy dłuższem życiu) wydalony ze służby.

Oprócz tych i kilku innych drobniejszych zmian, które Izba przedstawia Sejmowi jako konieczne, podnoszą się głosy, żądające jeszcze innych poprawek w projekcie. Dr Zasacki (Głos lek. 21) podnosi, że koszta zarządu funduszu emerytalnego powinien ponosić wyłącznie kraj, a nadwyżki, jakieby w funduszu powstały, nie powinny być obracane na koszta administracyi, ale na obniżenie 3% opłat na fundusz, składanych przez lekarzy. Fundusz emerytalny powinienby stać pod gwarancyą kraju, t. zn. należące się lekarzowi z tytułu ustawy emerytalnej prawa nie powinny być uszczuplone nawet w razie wyczerpania się funduszu emerytalnego. Lekarz, który staje się do pracy niezdolny, nie powinien ponosić kosztów badania jego stanu. Artykuły projektu ustawy emerytalnej, określające utratę prawa do emerytury, (XIV. 1. 2. 3. 5.) sprzeciwiają się ogólno-państwowej ustawie pensyjnej dla urzędników prywatnych. Sieroty po lekarzach, które straciły także matkę, powinnyby otrzymywać pensye wyższe, niż sieroty, mające jeszcze matkę (podobnie, jak we wszystkich ustawach emerytalnych). Prawo do odprawy powinny mieć nietylko wdowy (art. XIX. projektu), ale także sieroty bez ojca i matki, (które projekt ten zupełnie pomija!), podobnież należałoby przyznać także kwartał pośmiertny rodzinie emeryta (jak w ustawie czeskiej). Wreszcie dla ewentualnych nielicznych wyjątków, mogących dopuścić się zbrodni i występków, nie należałoby pomieszczać w ustawie ustępów o utracie świadczeń z takich wyjątkowych powodów.

Również i Izba zachodnio-galicyjska wniosła do Sejmu przedstawienie podobnej treści; obu Izbom należy się uznanie, że nie zasypiając sprawy, zwróciły się na czas z przedstawieniem słusznych żądań lekarzy Sejmowi.

Projekt ustawy emerytalnej został przez Sejm uchwalony 4. XI. według sprawozdania komisyi administracyjnej z kilku jeszcze poprawkami. Jak podają dzienniki, uległ projekt ustawy w tej komisyi licznym zmianom; między innemi podobno komisya uchwaliła, by emerytura równała się ostatniej pensyi, którą lekarz pobierał. *R.*

Lekarze kasowi i wolny wybór lekarzy. Na podstawie oświadczenia ministra spraw wewnętrznych, złożonego w parlamencie, ma nowa ustawa o kasach chorych być przedłożona austr. Radzie Państwa zaraz po jej zebraniu się w listopadzie 1908. (Istotnie przed paru dniami otrzymały dzienniki komunikat o wniesionej przez rząd ustawie o ogólnem zabezpieczeniu na starość, na wypadek choroby i niezdolności do pracy; w sprawie jednak lekarzy ogranicza się ten komunikat do lakonicznej wzmianki, że sprawa ta »będzie gruntownie uregulowana«). Ponieważ nowy projekt zupełnie nie uwzględnia żądań lekarskich, dlatego prezydyum państwowego Związku organizacyi lekarskich przedłożyło memoryał szczegółowy, w którym jeszcze raz zestawiło i uzasadniło swoje życzenia. Między innemi żąda organizacya wyraźnego zastrzeżenia w przyszłej ustawie, że wolny wybór lekarzy w kasach chorych będzie instytucyą prawnie dozwoloną. Żądaniem tem uczuli się zaniepokojeni lekarze, mający dzisiaj stałe posady w kasach chorych, gdyż rozumieli, że mogą pewnego dnia stracić chleb, a przynajmniej doznać ciężkiego uszczerbku w swych dochodach. Dlatego prezydyum Związku ogłasza odezwę, w której prostuje mylne pojmowanie sprawy przez niektórych kolegów i w której wyjaśnia, że na razie nie żąda wolnego wyboru lekarzy, jako bezwzględnie obowiązującej instytucyi kasowej, ale żąda tylko, by ustawa stanowiła, że wprowadzanie wolnego wyboru jest w kasach rzeczą w zasadzie możliwą i dozwoloną. Związek dalekim jest od tego, by chciał działać na niekorzyść obecnie od wielu lat zajętych w kasach kolegów, dąży tylko do tego i jest przekonany, że wolny wybór powinien być wprowadzony i że da się wprowadzić powoli, przyczem już uzyskane prawa wszystkich kolegów kasowych będą uszanowane. Związek gotów jest nawet wystąpić przeciw wolnemu wyborowi tam, gdzieby przez wprowadzenie wolnego wyboru lekarzy był zagrożony byt kogokolwiek z kolegów. Wolny wybór ma być wprowadzony nie odrazu, ale powoli, nie przeciw lekarzom kasowym, ale z nimi. Wolny wybór ma być w przyszłości wprowadzony tylko w nowo powstających kasach, albo tam, gdzie się posada lekarza kasowego opróżni, czy przez dobrowolne ustąpienie, czy śmierć lekarza kasowego, albo w nowym rejonie kasowym, o ile dawny zostanie podzielony. *Stahr.*

Kasy chorych w Austryi. W r. 1906 w 2944 kasach chorych w Austryi (o 3 milionach członków), udzielono porady milionowi chorych. Wydatki wynoszą $59\frac{1}{2}$ miliona koron, dochody 64 miliony. Na lekarzy i kontrolę wydano 9·4 miliona koron. W 2025 kasach wykazano wybitny zysk finansowy. *X.*

Sprawę badania nowych przetworów dla fabryk i ogłaszania wyników prac badała komisya z łona Związku niemieckiej prasy lekarskiej; wobec różnych zdań nie oświadczyła się jednak stanowczo, pozostawiając wolność postępowania autorom na własną ich odpowiedzialność etyczną. Natomiast uchwalono, by na przyszłość przyjmowano do pism lekarskich jedynie prace poważne, a nie w celach reklamy pisane. Fabryce wolno jednak używać odbitek w celach reklamy. Honoraryum powinno być uiszczone przez fabrykę z góry i niezależne, co do wysokości, od dodatniego lub ujemnego wyniku badań. Każda praca, wy-

konana na życzenie fabryki, powinna być opatrzona uwagą, że ją właśnie na życzenie fabryki wykonano. Fabryce wolno cofnąć pracę z druku, o ile już przetwór nie jest w handlu lub też nie ukazała się przedtem praca na ten sam temat. (Münch. med. Wochs. Nr 43). *X.*

W sprawie odpowiedzialności za uszkodzenia rentgenowskie powziął tegoroczny Zjazd lekarzy niemieckich w Kolonii uchwałę następującą: Lekarz powinien obecnie przy leczeniu i badaniu promieniami Röntgena postępować bardzo ostrożnie i dawkować podług najnowszych wymagań nauki i tylko wtedy ewentualnie powstałe uszkodzenie nie będzie uważane za błąd lekarski. Znawcami w ewentualnych procesach powinni być jedynie lekarze, zajmujący się sami fachowo techniką rentgenologii. *X.*

Tytułowanie się lekarzy. Leży to już w naturze ludzkiej, że wielu nie zadawalnia się tem, co posiada. Odnosi się to także do tytułów. Wielu lekarzy sądzi, że sam tytuł doktorski, to za mało i bądź z próżności, bądź czasem w nadziei, że nowy tytuł doda im wzięcia u chorych, używa przy swym nazwisku także innego tytułu, który wprawdzie im się należy, ale ponieważ zdobyty został na innej drodze, nie przez praktykę lekarską, przeto na tablicach, receptach, ogłoszeniach i t. p. nie powinien być stosowany. Zwróciła na to uwagę w ostatnich czasach wiedeńska Izba lekarska, wypowiadająca przekonanie, że nie jest właściwą rzeczą dodawać tytuły takie, jak np. radca cesarski, właściciel orderu i t. p., podobnie, jak umieszczać na tablicach tytuł profesora, o ile go lekarz uzyskał w innej gałęzi wiedzy lekarskiej. *K. A.*

Spoczynek niedzielny w aptekach zaprowadziło namiestnictwo Dolnej Austryi, i to od godziny 1 w południe w niedziele, do 7 rano w poniedziałek. W miejscowościach liczących więcej, niż jedną aptekę, zamykać można apteki w tych godzinach zupełnie, a tylko jedna pełni służbę (po kolei), tam zaś, gdzie jest jedna apteka, można ją zamknąć, ale czuwać powinien zawsze służący, który w razie nagłej potrzeby ma wezwać zaraz aptekarza. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca września 1908	407,531	204,176
W październiku 1908	4,271	10,500
Razem	411,802	214,676

Dr Żydłowicz, administrator.

Ruchliwa samoobrona lekarzy, opierająca się na coraz tęższej organizacyi, objawia się w całej Austryi. Sprawy bardzo doniosłego znaczenia społeczno-lekarskiego są obecnie, albo w niedługiej przyszłości wypłyną na porządek dzienny; dość wspomnieć ubezpieczenie urzędników prywatnych, które może objemie i całe szeregi lekarzy, mających stałe posady w kasach chorych, dalej sprawę reformy ustawy o kasach chorych, sprawę techników dentystycznych, sprawę wykonywania prywatnej praktyki lekarskiej przez lekarzy urzędowych, sprawę ministerstwa sanitarnego i t. d. i t. d. I dlatego dalej widzący koledzy grupują się w organizacyach, a organizacya centralna, Państwowy Związek organizacyi lekarskich, już ma tak wielkie poczucie siły, że niedawno na posłuchaniu u prezydenta ministrów użyła tak silnych wyrażeń, jakich dotąd lekarze nigdy nie używali, odnosząc się do władzy, bo albo nie potrzebowali (dawniej), albo nie mogli (do niedawna). U nas tylko w Galicyi idzie organizacya żółwim krokiem. Koledzy! Nie pozostawiajcież jednostkom pracy i starań za cały ogół, nie kładźcież na barki jednostek całego ciężaru odpowiedzialności, ale przystępujcie wszyscy do budowy naszej wspólnej przyszłości. Żeby coś uzyskać, musimy wyraźnie żądać i często żądania powtarzać, żeby zaś módz żądać skutecznie, musimy mieć siłę, by czynniki wpływowe wiedziały, że, niezadowoleni, będziemy wyciągać konsekwencye ostateczne, by czynniki wpływowe się przekonały, że nam nie wystarczą same życzliwe słówka, choćby najczęściej powtarzane. Trochę, ale prawdziwej życzliwości, wystarczyłoby dla zaspokojenia naszych skromnych żądań. — Jaki zapał organizacyjny ogarnął kolegów n. p. w Czechach, najlepiej dowodzi tego fakt, że na 2000 kolegów Czechów przystąpiło 1800 do organizacyi, podpisali rewers, w którym się zobowiązali pod słowem honoru i groźbą wysokiej kary konwencyonalnej na rozkaz Zarządu organizacyi złożyć wszystkie swe posady w ciągu trzech dni. Jeśli koledzy czescy prawie wszyscy mogli podpisać tak ciężkie warunki zawierający cyrograf, to trudno sobie wyobrazić, dlaczegobyśmy i my wszyscy nie mogli podpisać owego rewersu dla Samopomocy, zawierającego zobowiązania, dyktowane dosłownie tylko konieczną potrzebą organizacyi i w porównaniu z czeskimi bardzo lekkie. A więc kto dba o własną przyszłość, o los swojej rodziny, i komu powodzenie i honor całego stanu jest drogi, zgłosi się do »Samopomocy lekarzy«. *Stahr.*

Sprawa bojkotowania posad lekarskich była przedmiotem narad na ostatnim Zjeździe Izb lekarskich w Pradze. Referował ją Dr Grün z Wiednia. Idzie o to, że przez bojkotowanie posad lekarskich na prowincyi utrudnia się odpływ sił lekarskich z miast uniwersyteckich, w których znacznie szybciej wzrasta liczba lekarzy, niż ludność, wskutek czego lekarze w miastach większych, szczególnie uniwersyteckich, coraz bardziej ubożeją. Na to nie byłoby żadnej rady, gdyby nie to, że się pokazało, iż często bojkot bywa ogłaszany bez słusznej przyczyny. Tutaj pozwolę sobie przypomnieć, że organizacye ogłaszają jużto ostrzeżenia przed posadami, nie zapewniającemi lekarzowi zaspokojenia koniecznych potrzeb życiowych, już to bojkot. Otóż pokazało się, że ostrzegano przed posadami, które się potem okazały zupełnie dobremi, a ogłaszano z drugiej strony bojkot posad nie dlatego, że były źle płacone, ale dlatego, że okoliczni koledzy chcieli sobie przysporzyć dochodów. Takie postępowanie prowadzi do »numerus clausus« w pewnych okolicach, a do przepełnienia miast lekarzami, którzy z biedy stają się niebezpiecznymi konkurentami i obniżają zarobki lekarskie, szczególnie w kasach chorych. Dlatego postanowiono, aby Izby lekarskie w porozumieniu z organizacyami w sprawie »ostrzeżeń i bojkotów« trzymały się następujących zasad: 1) Przed posadami, które lekarzom nie zabezpieczają wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zaspokojenia koniecznych potrzeb, należy tylko ostrzegać. 2) Bojkot zaś jest dozwolony tam, *a*) gdzie wypowiedziano niesłusznie posadę jednemu lub kilku kolegom, *b*) gdzie wybuchł spór między lekarzami i korporacyami o sprawy zasadnicze, *c*) gdzie wypowiedziano lekarzom posady w celu obniżenia płacy, *d*) gdzie przyjęcie posady poważnie naraża na szwank byt kolegów. Wreszcie uchwalono, że niedopuszczalny jest bojkot tam, gdzieby go chciano uzasadnić niestosunkiem liczby lekarzy do ludności. *Stahr.*

Sprawę zapisywania środków lekarskich z oryginalną marką fabryczną podniósł Dr Ruheman. Chodzi tu naturalnie już nie o gotowe przetwory, opatrzone jakąś specyalną nazwą, lecz o zwykłe proste środki. Ruheman twierdzi, że gdybyśmy byli pewni, że n. p. aspiryna wyrobu krajowego działa tak samo, jak zagraniczna znanej światowej firmy, to byłoby to z naszej strony poprostu nielojalnie zapisywać obcą. Niestety jednak liczne przykłady dowodzą, że środki, wyrabiane w wielu aptekach, niekiedy nietylko nie mają tego działania, które mieć powinny, ale nieraz wprost szkodzą. Jaka jest tego przyczyna, niewiadomo, bo nieraz nawet rozbiór chemiczny różnic nie wykrywa. Podobnie działanie wielu nalewek oryginalnych fabrycznych, n. p. strofantusa, jest znacznie lepsze i pewniejsze, niż wyrobów miejscowych; zależy to może od sposobu przyrządzania, przechowywania ziół i t. p. Wiemy dobrze, jak różnie działają n. p. napary naparstnicy. Fakt ten nie powinien jednak zachęcać lekarzy do wygodnego wprawdzie, ale już graniczącego z popieraniem partactwa zapisywania gotowych, złożonych przetworów, opatrzonych specyalną nazwą. Zwłaszcza w Anglii zły ten zwyczaj rozpowszechnił się do tego stopnia, że lekarze często nie zadają sobie trudu zapisywania recept, lecz polecają chorym kupowanie gotowych środków. Zapisywanie gotowych przetworów ma jeszcze tę wadę, że wiedzie potem do tego, iż chory sam się »leczyć« poczyna. Zwykle na oryginalnych pakietach znajduje się sposób użycia, wskazania, dawkowanie zależnie od wieku i płci i t. p. Chory odczytuje to uważnie i potem kieruje się dalej już własnym rozmysłem, zwiększając zwykle dawkę według własnych spostrzeżeń. Poleca także ten środek znajomym na różne cierpienia, a raczej objawy chorobowe, nie zdając sobie sprawy, skąd brać one mogą początek, ani też, że w pewnych chorobach niektóre środki wprost szkodzą, choć w podobnych napozór cierpieniach pomagają. *K.*

Zimnica we Włoszech należy jeszcze ciągle do klęsk społecznych. Obecnie dzięki energii rządu i lekarzy stosunki zdrowotne znacznie się wprawdzie poprawiły, ale i tak w r. 1907 zmarło na zimnicę 3600 osób (w r. 1900 15.000). Walkę z zimnicą podjęło między innemi włoskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Założyło ono szkołę dozorczyń pod protektoratem królowej. Do szkoły tej zgłosiło się przeszło 200 pań z arystokracyi i kół inteligentnych. *K. A.*

Za zakładaniem „schronisk pracy" dla kobiet, wypuszczanych z zakładów dla umysłowo-chorych przemawiała na

III. międzynarodowym Zjeździe dla opieki nad umysłowo-chorymi (7—11. X. r. b. Wiedeń) p. Aurelia Obermayer-Wallner. Wyleczone kobiety nie mogą zwykle po wyjściu z zakładu znaleźć zajęcia, bo każdy obawia się »waryatki«. *K. A.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. do 31. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Trościaniec 4), Peczeniżyn (Kosmacz 1), Stryj (Orawczyk 5), Lwów pow. (Biłka królewska 3); ospy w pow. Chrzanów (m. Chrzanów 6, zawlecz. z gub. sandomierskiej); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych: m. Lwów 1 (sprawdz. bakteryologicznie). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 25. do 31. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 2; zmarło osób 52 (w tem obcych 18), z nich z gruźlicy 9 (3), zapalenia płuc 6, błonicy 4 (3), płonicy 1 (1), odry 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. do 31. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 4 (w tem obcych 5 † 3), krztuśca 2, płonicy 15 † 1 (4 † 1), odry 61 † 1 (3 † —), duru brzusznego 1, czerwonki 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. do 31. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 3 † —), płonicy 21 † 7 (1 † 1), odry 1, duru brzusznego 5 (1). *Dr Legeżyński.*

Cholera w Rosyi. Od 4. do 11. X. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 2,210 († 1,082); od początku epidemii 25,295 († 10,252).

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Sesya sejmowa dobiegła w chwili, gdy to piszemy, końca. Z przedłożeń Wydziału krajowego i samoistnych wniosków i rezolucyi poselskich prawie wszystkie zostały przez Sejm załatwione, wśród tego wszystkie z zakresu sanitarnego.

Punktem ciężkości spraw sanitarnych w Sejmie było z natury rzeczy:

Sprawozdanie komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Departamentu V. Wydziału kraj. za czas od 1. XII. 1906 do 15. V. 1908 (por. »Przegląd lek.« Nr 43) i o sprawozdaniu Inspektora szpitali kraj. za lata 1907 i 1908. Sprawozdanie komisyi rozpoczyna się od stwierdzenia, że gospodarka finansowa Departamentu była w ostatnich czasach bardzo oszczędna. Albowiem tegoroczna komisya budżetowa stwierdziła, że wydatki kraju na cele zdrowia publicznego, wynoszące w r. 1898 14·7%, budżetu krajowego, spadły w r. 1907 na 13·56% mimo ogromnego wzrostu potrzeb w tym dziale. Komisya sanitarna zwraca też wobec tego uwagę Sejmu nie pierwszy raz, że koniecznie trzeba zwiększyć wydatki na ten cel, jeżeli ma istnieć równowaga w gospodarstwie krajowem. Kładąc nacisk na panującą właśnie epidemię płonicy w kraju, na zagrażającą cholerę, na nagminną w Huculszczyźnie kiłę, na srożącą się gruźlicę, wskazuje komisya sanitarna na dotkliwy brak oddziałów zakaźnych i pawilonów izolacyjnych. Podnosi dalej ponownie konieczność zakładania szpitali w każdym powiecie. Obecnie w 19 powiatach z ludnością przeszło $1^1/_2$ milionową niema Galicya jeszcze ani jednego szpitala publicznego, ani prywatnego, a wogóle co do liczby łóżek szpitalnych ciągle jeszcze ustępuje nawet Bukowinie i Dalmacyi. W przebiegu piekącej sprawy zakładu położniczego w Krakowie wytyka komisya Wydziałowi kraj. brak należytej energii do przyspieszenia tej sprawy; podkreśla przytem konieczność większych ofiar na budowę ze strony kraju. W sprawozdaniu swojem podaje Wydział kraj. wcale niewygórowany koszt budowy oddziału wenerycznego w Stryju, niewielkiem mieście prowincyonalnem, na 3.648 k. od jednego łóżka; w temże samem sprawozdaniu jednak oblicza koszt krakowskiego zakładu położniczego od łóżka zaledwo na 2400 k.! A przecież chodzi tu o zakład w stolicy kraju, w mieście uniwersyteckim! Podobnie wytyka komisya sanitarna Wydziałowi kraj. brak starań o sankcyę nowej ustawy zdrojowej, uchwalonej przez Sejm w r. 1907. (Sankcya ta nastąpiła już po ogłoszeniu sprawozdania komisyi sanitarnej). Wogole sprawa zdrojowisk nie jest należycie przez Wydział krajowy doceniana; po ankiecie zdrojowej przed 2 laty zaniedbano już wszelkich starań o zebranie nawet dalszych potrzebnych w tej sprawie materyałów. Obrobienie tej sprawy powinien Wydział kraj. koniecznie podjąć, powierzając je doświadczonej sile lekarskiej w łonie krajowej służby zdrowia. Bardzo silnie krytykuje komisya sanitarna postępowanie Wydziału kraj. w sprawie organizacyi okręgów sanitarnych. Sprawozdanie Dep. V. nie daje w tym punkcie należytego obrazu stanu rzeczy, nie wyjaśnia przyczyny, dlaczego są jeszcze powiaty, w których niema ani jednego lekarza okręgowego, dlaczego z utworzonych już okręgów około 20 wakuje, przemilcza sprawę kontroli kraju nad działalnością lekarzy okręgowych, chociaż sprawa ta mimo nawoływań komisyi sanitarnej poprzedniego Sejmu wcale nie postąpiła (lekarze okręgowi zależą ciągle jeszcze od referenta prawnika, nie podlegają ze strony kraju żadnemu kierunkowi, ani nadzorowi zawodowo-lekarskiemu i t. p.). Jest rzeczą konieczną, aby w Dep. V. oddano kierunek tej sprawy osobnej sile lekarskiej, coby już obecnie można rozpocząć, gdy w Dep. V. pracuje drugi lekarz, zastępca Inspektora szpitali. Dalej porusza komisya sanitarna w swem sprawozdaniu konieczność przyspieszenia budowy nowych klinik we Lwowie, o ile ona od kraju zależy i konieczność spiesznego załatwienia budowy oddziału zakaźnego we Lwowie, przyczem odwołuje się komisya do reprezentacyi m. Lwowa, »aby raczyła mieć przedewszystkiem ogólniejsze względy, t. j. potrzeby kraju na uwadze« w tej sprawie, (która nie bez winy gminy m. Lwowa się przewlokła). Streszczając następnie wedle sprawozdania Dep. V. sprawę budowy nowych i przebudowy starych szpitali, domaga się komisya słusznie, żeby w gminach i powiatach, gdzie budowa szpitali trafia na trudności, szedł kraj z wszechstronną pomocą i ułatwieniami. »Dążność do powstawania szpitali, gdzie jest, należy ją podniecać, gdzie jej brak, rozniecać w dobrze zrozumianym interesie kraju«. Przechodząc do spraw, objętych osobnemi sprawozdaniami Wydziału kraj., a nie wspomnianych w tegorocznem sprawozdaniu ogólnem Departamentu V., wyraża komisya sanitarna życzenie, aby na przyszłość o takich sprawach była wzmianka i w ogólnem sprawozdaniu Dep. V., bo ono powinno dawać całokształt działalności Departamentu. Przytem wznawia komisya san. cały szereg spraw ważnych, poruszonych po części w poprzednim sejmie, a przez Wydział krajowy pominiętych zupełnie milczeniem. Wytyka więc komisya brak sprawozdania o skutkach zniesienia ambulatoryów szpitalnych, o leczeniu chorych wenerycznych w powiatach kosowskim i nadwórniańskim (chociaż Wydział kraj. dostaje od Namiestnictwa sprawozdania miesięczne o liczbie leczonych i chociaż kraj pokrywa $^1/_3$ kosztów leczenia), zupełne pominięcie sprawy zaopatrzenia gmin w dobrą wodę (którato sprawa nic nie postąpiła, a nawet żądanej przez komisyę zawodowej ankiety nie zwołano), brak sprawozdania o stypendyach dla lekarzy, będących w służbie krajowej (których rozdano w r. 1907—7) i o pisemnych sprawozdaniach z podróży stypendystów. Brak dalej żądanych przez komisyę san. poprzedniego Sejmu danych o tem, jakie oszczędności gospodarcze uzyskano zapomocą lustracyi administracyjnej szpitali, wprowadzonej przez poprzedni Sejm. Oszczędności te, o ile je komisya sanitarna w przybliżeniu z aktów Dep. V. ocenić mogła, wynoszą około 124.000 K rocznie, a uzyskano je przez ujednostajnienie gospodarki szpitalnej. Komisya »stwierdza z przyjemnością, że przez wprowadzenie do szpitalnictwa ile możności produktów krajowych został znakomicie poparty przemysł krajowy«. Zupełnie też niema wzmianki w sprawozdaniach Wydziału kraj. o sprawie pomocy położniczej w kraju, chociaż sprawą tą Wydział kraj. gorliwie się zajmował i »z własnej pobudki powołał ankietę« we wrześniu r. b. Ani słowa nie wspomina Wydział kraj. o tem, jak się rozwija instytucya okręgów położniczych. A przecież są jeszcze w Galicyi powiaty, gdzie niema po wsiach ani jednej położnej gminnej lub okręgowej (3), jakoteż gminy zamożne (17), liczące ponad 4.000 ludności, a nie mające położnej gminnej. Milczeniem pominął także Wydział kraj. wnioski i petycye, przedłożone Sejmowi przez X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich i przez różne korporacye lekarskie w kraju.

Druga część sprawozdania komisyi sanitarnej zajmuje się sprawozdaniem Inspektora szpitali krajowych. Opracowane w połowie przez Inspektora (Radcę dra J. Łuszczkiewicza), w połowie przez jego zastępcę (dra Müllera), jest ono znacznie obszerniejsze, niż poprzednie, a opracowane jednolicie według stałego programu, pozwala dokładnie wglądnąć w stan każdego szpitala w kraju. Ze szczegółowych opisów szpitali, zawartych w sprawozdaniu, stara się komisya zebrać i przedstawić Sejmowi ogólne rysy. Ze względu na ogrom potrzeb i odczuwanych braków szpitalnictwa »poprawa stosunków jest skromna«, ze względu jednak na opłakany stan funduszów krajowych musi komisya powiedzieć, że »istnieje zwrot ku lepszemu«. Konieczne są dla szpitalnictwa dotacye wydatniejsze. Inspekcye szpitali były w r. 1907 i 1908 częstsze, niż dawniej (po 2 razy w roku w 12 szpitalach, w kilku po 3 razy), co komisya z uznaniem podnosi.

Byłoby pożądane w sprawozdaniu Inspektora końcowe zestawienie braków usuniętych, pozostałych jeszcze i nowo powstałych. Ze szpitali krajowych lwowski, pomimo podjętej już przebudowy, nie dojdzie do odpowiedniego stanu, póki z niego nie przeniesie się klinik do nowych gmachów i póki nie będzie zbudowany pawilon zakaźny; krakowski jest w stanie opłakanym, »w upadku«, toteż komisya sanitarna żąda »zasadniczej, radykalnej rekonstrukcyi«. Zakład kulparkowski znajduje się w przejściowym okresie rozszerzania; ocenę trzeba odłożyć aż do czasu, gdy po przejściu tego okresu ruch w zakładzie wejdzie na tory prawidłowe. Szpitali prowincyonalnych jest 36; otwarto dwa nowe, odbudowano jeden po pożarze; w 12 szpitalach dokonano większych lub mniejszych przeróbek i ulepszeń. Mimo to istnieje jeszcze wiele błędów w innych szpitalach: »szpitale jasielski i podhajecki tworzą dwie rudery«; 3 inne (Żółkiew, Lubaczów, Bochnia) »domagają się wkładów najkonieczniej«. Jednakże w niedalekiej przyszłości ma powstać kosztem powiatów 7 nowych szpitali (Bóbrka, Czortków, Horodenka, Nadwórna, Mielec, N. Targ, Trembowla), »widać więc niewątpliwie od lat dwu pewien ruch i postęp«. W urządzeniu wewnętrznem jest widoczny postęp w lepszem urządzeniu sal operacyjnych i tworzeniu osobnych sal porodowych, w uzupełnieniu inwentarza, przeznaczonego na użytek chorych (naczynia stołowe, bielizna). Koszt żywienia chorych podniósł się wszędzie; w szpitalach prowincyonalnych wynosi on średnio na dzień i głowę 46 hal.; przyczyna tego leży w ogólnej drożyźnie i we wzrastających wymaganiach chorych. Normę żywienia należy koniecznie zmienić, ulepszyć i urozmaicić. »Służba niższa jest wciąż słabą stroną naszego szpitalnictwa«; należy koniecznie przygotować projekt reformy, uwzględniający zapewnienie stałej posady z prawem przenoszenia się z zakładu do zakładu. Natomiast, zdaniem komisyi, »zgromadzenia zakonne, prowadzące gospodarstwo i opiekę nad chorymi w szpitalach prowincyonalnych, wywiązują się bez zarzutu z przyjętych obowiązków«. Omawiając sprawę personalu lekarskiego, zwraca komisya sanitarna uwagę na dający się coraz więcej odczuwać brak lekarzy w kraju. Brak ten ujawnia się już i w służbie krajowej: w 4 szpitalach prowincyonalnych niema sekundaryuszy, w szpitalach stołecznych brak praktykantów, przeszło 20 posad okręgowych wakuje, gdyż lekarze się na nie nie zgłaszają. Wobec tego doradza komisya, aby Wydział kraj. zastanowił się, czy i o ile należałoby podjąć akcyę dla zaradzenia temu.

W końcu według sposobu, przyjętego przez komisyę sanitarną poprzedniego Sejmu, zestawia komisya san. stan wszystkich szpitali w 4 kategoryach. Z 36 szpitali, działających w r. 1908 (w r. 1906 było ogółem szpitali 33), zaliczyć należy do wzorowych 19 (w r. 1906 — 13); drobnych wkładów potrzebuje 9 (tyleż przed 2 laty); wielkich inwestycyi wymaga 2 (t. j. Stanisławów i Wadowice; w r. 1906 było takich szpitali jeszcze 5); zupełnie złych szpitali jest jeszcze 6 (tyleż, co i przed 2 laty, mianowicie w Bochni, Białej, Jaśle, Podhajcach, Sanoku i Żółkwi). Rozwój szpitalnictwa był w ostatnich 7 latach bez porównania szybszy, niż poprzednio. W r. 1881 było 25 szpitali publ. z 2728 łóżkami; przez następnych lat 20 przybyło tylko 6 szpitali z 1349 łóżkami. W ostatniem siedmioleciu natomiast przybyło 8 szpitali, a 2236 łóżek, t. j. niemal 2 razy tyle łóżek, co w poprzedniem dwudziestoleciu. W ostatnich latach przeto »dokonano wielkiego dzieła, a dzieło to zawdzięcza kraj kierownikowi Departamentu V, za co Mu się pełne uznanie i wdzięczność należy«.

Sprawozdanie komisyi sanitarnej kończy się 11 wnioskami: 1) aby Sejm przyjął sprawozdanie Dep. V. do wiadomości, 2) aby wezwać rząd do wydatnej pomocy finansowej na budowę zakładu położniczego w Krakowie i aby Wydział kraj. na najbliższej sesyi przedstawił wynik rokowań z rządem co do udziału w kosztach; dalej, aby polecić Wydziałowi krajowemu: 3) przyspieszenie budowy pawilonu zakaźnego we Lwowie, i 4) pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju, 5) ustanowienie w Dep. V. kontroli zawodowej lekarskiej nad działalnością lekarzy okręgowych, 6) przedłożenie wniosków co do nadzoru nad handlem używaną odzieżą, 7) ponowne zbadanie sprawy oddziału obserwacyjnego dla obłąkanych w szpitalu lwowskim (co do jego zwinięcia), 8) zwołanie ankiety w sprawie zaopatrzenia kraju w zdrową wodę, 9) przedłożenie na najbliższej sesyi planu gruntownej rekonstrukcyi szpitala krakowskiego, 10) zbadanie przyczyn braku lekarzy w służbie krajowej, 11) opracowanie planu organizacyi niższej służby szpitalnej.

Dyskusya sanitarna, która rozwinęła się nad sprawozdaniem Departamentu V. i komisyi, przybrała ogromne rozmiary. W dwudniowych rozprawach zabierało głos około 30 mówców, z których bardzo znaczna większość zajęła stanowisko krytyczne. Poseł Maryewski poruszył sprawę oddziałów dla ozdrowieńców i sprawę zwalczania gruźlicy, żądając, by Wydział kraj. zbadał sprawę założenia 2 sanatoryów ludowych »tak pod względem kosztów, jak i opinii kół lekarskich o ich użyteczności«. Poseł Michałowski może aż zbyt jaskrawo mówił o brakach zakładu w Kulparkowie, wnosząc o ściślejszy nadzór nad zakładem, o pomnożenie liczby lekarzy, sióstr i dozorców, podwyższenie płac, o zaopatrzenie zakładu w potrzebne sprzęty i bieliznę, a przedewszystkiem »o uwzględnienie wszystkich postulatów inspektora szpitali« (słusznie!); p. dr Kurowiec wskazując na wielką jeszcze w Galicyi śmiertelność i jej przyczyny, żądał ankiety w sprawie asanizacyi kraju; p. Dumka wzniósł szereg rezolucyi w sprawie wytępienia w kraju jaglicy; p. ks. Stojałowski przemawiał przeciwko (!) instytucyi okręgowych położnych, a popierał wnioski o zwalczanie gruźlicy i jaglicy.—Dłuższe przemówienie p. Bandrowskiego przeniosło dyskusyę na teren szerszy: zaznaczył on, jak wielka szkoda wynikła z tego, że sprawy sanitarne nie wydostały się dotąd w Sejmie na ten poziom, co inne sprawy krajowe, ekonomiczne, oświatowe, od których nie są mniej ważne. Ze sprawozdania komisyi wynika, że sprawy sanitarne idą w Wydziale krajowym niezmiernie powoli, a mowca odniósł wrażenie, jakby Wydział krajowy nie obejmował całej dziedziny sanitarnej; toteż należy zwołać ankietę ogólnosanitarną.— Wobronie Wydziału kraj. i Sióstr miłosierdzia, krytykowanych przez poprzednich mówców, występowali p. Trzecieski i dr Jabłoński, który jednak podniósł, że Siostry powinny mieć wykształcenie zawodowe w zakresie pielęgnowania chorych, a służba szpitali powinna zależeć wyłącznie od lekarzy, nie od sióstr. Dr Jabłoński poruszył konieczność większych wydatków na cele sanitarne, zwalczania gruźlicy, zwalczania chorób zakaźnych i popierał wniosek p. Bandrowskiego. — P. Styła pragnie, by »babki« wiejskie, pomagające przy porodach, mniej surowo traktowano. P. Tertil mówił o brakach zdrojowisk, w szczególności Krynicy i żądał, by polecić Wydziałowi kraj. przygotowanie wniosków o ustanowienie w Dep. V. osobnego organu do spraw zdrojowisk krajowych. P. Staruch żądał pouczenia ludności o środkach zapobiegawczych przeciw chorobom zakaźnym zapomocą broszur, p. Skwarko tegożsamego zapomocą pomieszczenia odpowiednich ustępów w książkach szkolnych, dalej ulepszeń w instytucyi okręgów położniczych, oraz zużytkowania funduszów szpitalnych, nagromadzonych ze składek po powiatach, a dotąd nie spożytkowanych. P. Tracz domagał się powiększenia płac lekarzy okręgowych, p. Myroniuk-Zajaczuk i Sandulak omawiali sprawę endemii kiły w Huculszczyźnie, poseł ks. Senyk przyczyny uprzedzenia włościan do szpitali, sprawę położnych okręgowych i konieczność założenia rządowego zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi.

To krótkie wyliczenie, w którem pominięto przytem przemówienia, nie zawierające właściwych postulatów sanitarnych lub nawet zbaczające na polityczne bezdroża (bo i takie były), daje wyobrażenie o niebywałych rozmiarach i znacznem rozstrzeleniu się tej dyskusyi, którą do wspólnego ogniska sprowadził referent komisyi sanitarnej, rektor prof. Mars, w przemówieniu końcowem. Podnosząc znaczenie dyskusyi, zaznaczył on, że byłoby ono większe, gdyby tłem jej mniej były uczucia mowców, a więcej przekonanie, że sprawy sanitarne to »bardzo ważny dział gospodarstwa krajowego, który powinien pozostawać w równowadze z innymi działami tego gospodarstwa«. Nadto wadą dyskusyi był pewien brak koniecznych wiadomości zawodowych, które — choć może w mierze skromnej — zabierający głos w sprawach sanitarnych posiąść powinni. To, co powiedziano w dyskusyi o ogólnych sprawach sanitarnych, to było właściwie tylko parafrazą danych, zawartych w sprawozdaniach Dep. V., Inspektora szpitali i komisyi sanitarnej. Dowód to, że sprawozdania te nic nie ukrywają i czyniono tak zawsze, ale dawniej przechodził Sejm nad tem mimochodem do porządku dziennego, nie zwracając niestety na te sprawy należytej uwagi. Chcąc dojść do prawdziwego poglądu na stan naszego szpitalnictwa, nie należy dorywczo porównywać go z dzisiejszymi stosunkami w innych krajach, ale trzeba zestawić go z tym opłakanym stanem, w jakim kraj szpitale przed laty kilkudziesięciu obejmował; wtedy stwierdzi się, że odstęp, oddzielający nas od stosunków na zachodzie, zmniejszył się i coraz szybciej się zmniejsza; w siedmioleciu ostatniem był u nas postęp na tem polu dwakroć większy, niż w poprzedniem dwudziestoleciu. Doścignąć naraz społeczeństwa, które nas wyprzedziły, jest przecież niepodobieństwem; przytem zbyt wiele składa się u nas na władze, pokrywając tem własną bezczynność. Dowodzi tego choćby sprawa

domów dla ozdrowieńców; bez ustawy o opiece nad ubogimi i bez połączonych z nią nadmiernych ciężarów nie można jej za pomocą środków publicznych krajowych rozwiązać; tymczasem inicyatywą prywatną, działaniem »z dołu« możnaby tę sprawę przecież posunąć, jak wskazują przytoczone przez mowcę przykłady (Sokal, Tarnów). Następnie odparł mowca zarzuty, podnoszone przeciw Departamentowi V co do niedostatecznego nadzoru nad zakładem w Kulparkowie; podniósł wielkie usługi, jakie w szpitalach oddają Zgromadzenia zakonne, zaznaczając, że już i Dep. V. i komisya sanitarna uznały za konieczną zawodową szkołę pielęgnowania chorych dla zakonnic, jakoteż zmianę stosunku służby do lekarzy; nie należy akcyi już wdrożonej psuć taką »debatą, która sprawę sprowadza na bok, a może nawet na nią niekorzystnie wpłynąć«. Dalej dotknął mowca sprawy zwalczania gruźlicy i obecnych poglądów lekarzy na sanatorya; sprawy pomocy położniczej; ostrzegał przed wprowadzaniem polityki do spraw zdrowia publicznego, a wreszcie przypomniał, że zarówno w sprawie szpitalnictwa, jak i zdrojownictwa krajowego zwoływał już Wydział kraj. niezbyt dawno ankiety, a w szpitalnictwie ustalono już plan reform, jednakże jest on z powodu trudności finansowych wykonalny tylko stopniowo. Od Sejmu zależy przyspieszyć postęp sanitarny przez uchwalenie na ten cel kwot jaknajwiększych, o co też mowca tem usilniej prosi, że wydatek to bardzo potrzebny, pożyteczny i rentowny.

Druga, krótka jednak dyskusya, wywiązała się przy rozprawach nad działem budżetu: »Sprawy zdrowotne«. P. Rutowski, poruszywszy sprawę epidemii płonicy w kraju, wniósł o przyspieszenie budowy szpitala zakaźnego we Lwowie, następnie podniósł konieczność utrzymania zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi w Krakowie (w czem poparł go poseł Wasung) oraz założenia w przyszłości dwóch takich zakładów krajowych.

Sejm uchwalił po obu dyskusyach wszystkie wnioski komisyi sanitarnej, oraz zgłoszone w dyskusyi przez posłów wnioski: 1) o zbadanie sprawy założenia 2 krajowych ludowych lecznic przeciwgruźliczych, 2) o telegraficzne zawiadamianie rodziny zmarłych w szpitalach, 3) o zwołanie ankiety ogólnosanitarnej (wniosek p. Bandrowskiego), 4) o polepszenie bytu i kontrolę lekarzy okręgowych, 5) o zwalczanie chorób wenerycznych wśród ludności huculskiej, 6) o łagodniejsze traktowanie »babek«, działających przy porodach (!!) (uchwała zapadła pomimo sprzeciwienia się referenta komisyi san. prof. Marsa), 7) o zbadanie stanu zaopatrzenia kraju w wodę przez lekarzy okręgowych i powiatowych, 8) o pomieszczenie dla matołków, (wnioski o zwalczanie jaglicy i w sprawie zdrojowisk przekazano komisyi san.); następnie całą rubrykę wydatków sanitarnych w budżecie wraz z rezolucyą p. Rutowskiego w sprawie budowy szpitala zakaźnego we Lwowie, utrzymania prywatnego zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi w Krakowie i utworzenia takich krajowych zakładów dla wschodniej i zachodniej części Galicyi. Prócz tego uchwalono wszystkie wnioski komisyi budżetowej (od wniosków Wydziału kraj. nieznacznie się różniące) w sprawie poprawy płac dyrektorów szpitali krajowych, etatu służby lekarskiej w Kulparkowie, zaopatrzenia służby szpitalnej, ważną dla rozwoju Krynicy ustawę o utworzeniu odrębnej gminy »Krynica-Zdrój«, zezwolono Radzie pow. w Białej na pożyczkę 367.000 K na budowę szpitala, uchwalono wreszcie ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych.

Z samoistnych wniosków poselskich, nie związanych z dyskusyą sanitarną, wymienić należy wniosek posła Ciuchcińskiego o założenie krajowego domu podrzutków we Lwowie i zawarte we wniosku posła Adama (o reformę Rady szkolnej krajowej) żądanie, aby w Krajowej Radzie szkolnej zasiadało stale m. i. — 2 znawców higieny ze sfer lekarskich.

Komisya sanitarna obradowała nad wnioskiem pos. Tertila w sprawie podniesienia zdrojowisk. Po referacie pos. dr Jabłońskiego uchwalono wezwać Wydział krajowy, aby wziął pod rozwagę ustanowienie osobnego referenta dla spraw zdrojowych, aby starał się o zniżenie taryf kolejowych dla wód mineralnych krajowych, oraz aby rząd odstąpił zdrojowiskom dodatek krajowy, pobierany od mieszkańców tych zdrojowisk. Nadto przyjęto w komisyi sanitarnej referat posła Sarego w sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie.

Rzuciwszy okiem na wszystko, co się w zakresie sanitarnym w tej pierwszej sesyi nowego Sejmu mówiło i działo, niepodobna nie zauważyć odrazu różnicy od całego poprzedniego okresu prac reprezentacyi kraju. A różnica to, — ogólnie biorąc — na korzyść.

Widać ją już poniekąd w ilości i jakości przedłożeń, przygotowanych dla Sejmu przez Wydział krajowy, w szczególności jego Departament V. A chodzi tu nietylko o wysokość kwot, które na cele sanitarne miały być uchwalone, ale także o treść spraw, na które kwoty te mają być obrócone i o sposób załatwiania tych spraw, które załatwienia się doczekały. Trzeba uznać gorliwość, z jaką zmierzano do zakończenia sprawy Kobierzyna, do pewnego stopnia załatwiającej pomieszczenie dla obłąkanych w kraju, — i chętne zastosowanie się do fachowych wskazówek, w jaki sposób rzecz przeprowadzać należy. Przygotowano gruntowną przebudowę szpitala w największem z miast prowincyonalnych. Rozpoczęto systematyczne przekształcanie urządzeń szpitalnych co do sprzętów, bielizny i t. d. Podjęto starania o udoskonalenie instytucyi dozoru chorych i dalsze kroki w sprawie poprawienia bytu personalu i służby niektórych szpitali. Obowiązek opieki nad choremi dziećmi zaczyna kraj także bezpośrednio wypełniać. Sprawa zawodowego wydoskonalenia lekarzy, pracujących w służbie krajowej, ruszyła się z miejsca. Wogóle w tym dziale wyraźniej znać pracę jednolitszą, a świadomą celu. Wniesiono nareszcie ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych, niezadowalniającą zapewne, ale przecie ją wniesiono.

Prawda, że ze spraw tych wiele dawno już dojrzewało, a nowy Sejm zebrał tylko owoce przeszłości; prawda, że i w sprawozdaniu i w działalności Departamentu V. wytknąć musiała Komisya sanitarna słusznie wiele przemilczeń i braków, których tu powtarzać nie będziemy. Niemniej zaprzeczyć niepodobna, że ogólny bilans nie wypadł ujemnie i że odnowiony właśnie Departament V., biorąc w spadku po swym poprzedniku zadania zwiększone, zakres rozleglejszy, stanowisko wobec budzącego się na punkcie spraw sanitarnych Sejmu trudniejsze, weźmie też już i gotowy pewien rozpęd, dostrzegalny od dwóch lat.

Już pobieżne streszczenie sprawozdania komisyi sanitarnej wystarczy, by wskazać, o ile silniej zaznaczyła ona tym razem swe stanowisko nadzorcze i obowiązek krytyczny i o ile dokładniej zwróciła uwagę na wszystkie te szczegóły gospodarstwa sanitarnego kraju, które już dawniej poruszano, a które Wydział krajowy bądź w swem sprawozdaniu pominął, bądź zgoła odłogiem pozostawił. I gdyby w sesyach następnych okazała komisya ten stopień inicyatywy i tę jej różnostronność, tę dążność do objęcia całokształtu krajowi przypadających zadań sanitarnych, jak w sesyi obecnej, wtedy wypełniłyby się zapewne stopniowo niedostatki, odczuwane w działalności Wydziału krajowego, o ileby Sejm nie odmówił postulatom komisyi sanitarnej swego poparcia. Chociaż bowiem nie wszystkie jeszcze zagadnienia sanitarne, będące na dobie, znalazły swój wyraz w sprawozdaniu komisyi sanitarnej, przez co nie stanowi ono jeszcze całkowitego, systematycznego programu na przyszłość, to jednak stawiając przed forum sejmowe niejeden punkt nowy, dotąd tam nie poruszany, toruje ono takiemu programowi drogę i przygotowuje materyał.

Program taki, którego dotychczasowy brak i potrzebę słusznie w dyskusyi podnoszono, nie może być opracowany odrazu, ani przez jednostkę. Otwiera się tu wdzięczne pole do dyskusyi publicznej, przedewszystkiem w pismach fachowych, a mamy nadzieję w krótkim czasie zacząć ją i w »Przeglądzie« przyrzeczonym nam już artykułem jednego ze znawców przedmiotu. Miejmy nadzieję, że i władze krajowe ze swej strony nie będą zbyt odwlekać wykonania uchwalonej przez Sejm rezolucyi posła Bandrowskiego w sprawie zwołania ankiety ogólnosanitarnej.

Jakież wrażenie sprawia co do traktowania zagadnień sanitarnych ogół sejmowy? Bez stenograficznych protokołów niepodobna wprawdzie ocenić istotnej wartości poszczególnych przemówień, ale już ze sprawozdań dzienników możnaby pokusić się o ogólną charakterystykę dyskusyi sanitarnych. Scharakteryzował je może najlepiej referent komisyi sanitarnej, nazywając dyskusye te »parafrazą« szczegółów, wydobytych ze sprawozdań komisyi i Departamentu V. Zaledwo kilka przemówień podniosło sprawę na ogólniejszy poziom; znaczna większość dotyczyła drobniejszych szczegółów, i to znów przeważnie nie nowych. A przyczynę tego upatrywać można istotnie w tem, że chcąc z pożytkiem zabierać głos w sprawach zdrowia publicznego, trzeba znać i ich w kraju historyę i posiąść pewien zasób zawodowych wiadomości.

Jeżeli mimoto w ostatecznym obrachunku wypada zapisać dyskusyę sanitarną tegoroczną, jako pozycyę dodatnią, to z tego

powodu, że nie sprawdziły się na razie obawy, jakoby wzmocnienie w nowym Sejmie przedstawicielstwa warstw ludowych, wobec reform sanitarnych zachowujących się (ze względu na ciężary) odpornie, sprawę tych reform miało utrudnić i że w Sejmie po raz pierwszy obudziły zagadnienia sanitarne ogólne żywsze zajęcie. Taka dyskusya, jaka toczyła się w tegorocznej sesyi, nie byłaby dawniej wogóle w Sejmie możliwa. Nie może ulegać wątpliwości, że do tego zajęcia się w kraju sprawami zdrowia ludności przyczynił się głos sfer lekarskich, poczuwających się coraz więcej do obowiązku nawoływania do naprawy stosunków. Ten skutek podjętych przez sfery lekarskie usiłowań, budząc otuchę na przyszłość, zachęca zarazem do tego, by w usiłowaniach tych nie ustawać, dowodzi, że w wypracowaniu i przeprowadzeniu programu higieniczno-społecznego czeka nas lekarzy pole wdzięczne i nakazuje nam w tę, dobrowolną dla dobra kraju służbę coraz więcej wkładać pracy. *C.*

Wiadomości bieżące.

Otrzymujemy następujące pismo:

W czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie odbyte za inicyatywą Prof. Dr A. Gluzińskiego zebranie ściślejszego grona internistów podniosło myśl urządzania zjazdów internistów polskich i poleciło prowadzenie dalszych kroków Prof. Gluzińskiemu.

Dziś stajemy z gotową uchwałą szerszych gron, które po wzajemnem porozumieniu się postanowiły następujące punkta:

1. Zjazd internistów polskich odbędzie się w roku 1909 w Krakowie w drugiej połowie lipca (dnie będą ogłoszone później).

2. Zjazd trwać będzie dni dwa.

3. W Krakowie zawiązał się komitet miejscowy zjazdu, do którego należą: Dr M. Buzdygan, Prof. Dr S. Ciechanowski, Prof. Dr W. Jaworski, Dr S. Jurowicz, Prof. Dr K. Klecki, Dr B. Korolewicz, Dr A. Kwaśnicki, Prof. Dr K. Lewkowicz, Prof. Dr J. Łazarski, Prof. Dr L. Marchlewski, Doc. Dr E. Mięsowicz, Prof. Dr J. Piltz, Prof. Dr S. Ponikło, Dr J. Różecki, Dr S. Schöngut, Dr E. Stahr, Dr J. Surzycki.

4. Bliższe szczegóły i cały program ogłosi Komitet miejscowy gospodarczy później. Do niego też można się zgłaszać po informacye (Klinika lekarska w Krakowie, ul. Kopernika l. 15).

Prof. Dr W. Jaworski za komitet miejscowy w Krakowie.   *Prof. Dr A. Gluziński* we Lwowie.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 4. XI. posiedzenie, na którem wybrano jednomyślnie członkiem honorowym Prof. Dra Kosińskiego z Warszawy, poczem Prof. Kader przedstawił przypadek rozszczepu podniebienia i warg oraz przypadek słoniowaciny nogi, Dr Owsiński przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia jej wśród porodu, a Dr Rydel wykładał: »O obustronnem porażeniu twarzy«. W dyskusyach przemawiali kol. Borzęcki, Ciechanowski, Dobrowolski, Lewkowicz, Rosner, Wojciechowski i prelegenci.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył dnia 20. X. b. r. posiedzenie, wypełnione wyłącznie sprawą Dra E., któremu po 17 latach służby wypowiedziano posadę kolejową. Po wysłuchaniu wyjaśnień Dra E. i dyskusyi, uznano jednomyślnie, że Dr E. został skrzywdzony i postanowiono zwrócić się do dyrekcyi kolei północnej z przedstawieniem sprawy, a w danym razie zwrócić się potem do ministerstwa kolejowego. — Dnia 30. X. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Zatwierdzono definitywnie umowę między Drem G. a Kasą chorych drukarzy i litografów. 2) Izba wschodnio-galicyjska donosi o wniesieniu do Sejmu petycyi o przyznanie obu Izbom galicyjskim wyboru dwóch posłów do Sejmu, jako reprezentantów stanu lekarskiego. 3) Rozpisano rozprawę honorową przeciw Drowi S. z W. 4) W sprawie partactwa leczniczego Habera na doniesienie Dra W. postanowiono zrobić doniesienie do prokuratoryi państwa. 5) Załatwiono kilka drobnych spraw.

— W sprawie I. Zjazdu internistów polskich odbyło się w d. 31. X. liczne zebranie lekarzy krakowskich, zajmujących się chorobami wewnętrznemi i pokrewnymi działami medycyny. Zebranie zagaił Prof. Dr W. Jaworski, którego też wybrano przewodniczącym. Wynikiem narad było, że zjazd (zgodnie z uchwałą zebrania, odbytego w Warszawie z udziałem Prof. Gluzińskiego ze Lwowa), odbyć się ma w Krakowie; do zorganizowania wydziału gospodarczego zjazdu zaproszono jednomyślnie Prof. Jaworskiego. Wydział gospodarczy ukonstytuował się 3. XI. Przewodniczącym jest Prof. Jaworski, zastępcą Dr Kwaśnicki, sekretarzem Dr Korolewicz, skarbnikiem Doc. Dr Mięsowicz.

— Sprawa szpitala dziecięcego im. św. Ludwika ma być, według »Tygodnika lek.« (44) na razie w ten sposób załatwiona, że Wydział krajowy podniesie na dalsze dwa lata kwotę, opłacaną za leczenie dzieci z funduszów krajowych.

— Na pierwszy rok Wydziału lekarskiego z ogólnej liczby 444 słuchaczy przypada 97.

— Sejm uchwalił d. 3. XI. 1908 ustawę o przyłączeniu do Krakowa gmin podmiejskich. (O doniosłej tej także pod względem sanitarnym sprawie t. zw. »wielkiego Krakowa« podamy dokładniejsze dane w jednym z następnych numerów).

— Jak się dowiadujemy, druk Kalendarza lekarskiego krakowskiego jest już na ukończeniu i kalendarz będzie można nabywać z końcem przyszłego tygodnia. Wiadomość ta będzie pożądana dla wszystkich, którzy uskarżali się w latach poprzednich na opóźnianie się tego wydawnictwa.

— Gmina m. Wieliczki wspólnie z zarządem salin rządowych rozpoczyna budowę wodociągów kosztem 368,100 K.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło 9. X. posiedzenie, na którem Dr Klarfeld wykładał »O histeryi w pojęciu Babińskiego«, a 23. X. posiedzenie, na którem Dr Hornowski przedstawił okazy nieprawidłowego położenia wyrostka robaczkowego, uwięźnięcia jelit, oraz nowy sposób barwienia mięśni, tkanki łącznej i włókien elastycznych (por. »Przegląd lek.« Nr 44).

— Rektor Prof. Mars wraz z dziekanem Prof. Sieradzkim, Prof. Halbanem i Prof. Juraszem przedstawili 31. X. Namiestnikowi konieczność odpowiedniejszego pomieszczenia dla ambulatoryum neurologicznego i laryngologicznego. Namiestnik upoważnił rektora, aby z pomocą biura technicznego namiestnictwa pomieszczenie takie wynajęto; tymczasowo zaś ambulatorya pomieszczone będą na krótki czas w innych klinikach. Deputacya poruszyła zarazem sprawę przyspieszenia budowy brakujących czterech klinik uniwersyteckich, z których dopiero na jedną przygotowano plany. Namiestnik oświadczył, że wygotowanie planów reszty klinik przyspieszone zostanie w sposób wyjątkowy (przez przyjęcie osobnych sił technicznych) i że starać się będzie, aby budowa rozpoczęła się z wiosną 1909.

(Tak więc sprawa klinik weszła w końcu na dobre tory. Ale słusznie podnosi »Tygodnik lek.« (44), że dotychczasowy jej przebieg nie świadczy wcale o życzliwości władz centralnych, w szczególności ministerstwa oświaty w Wiedniu, dla wszechnic galicyjskich, podobnie, jak i cały szereg innych spraw i potrzeb naszych wszechnic, długo nieraz przez to ministerstwo nie uwzględnianych nawet wtedy, gdy w innych ministerstwach, mających tu głos, zapadły już przychylne postanowienia. »Tygodnik lek.« przytacza, oprócz latami się już wlokącej sprawy nowych klinik, kilka drobniejszych, ale jaskrawych przykładów ze Lwowa. I tak Prof. Jurasz po przybyciu do Lwowa nie zastał nic przygotowanego do rozpoczęcia wykładów, choć odpowiednie wnioski przesłał do ministerstwa na pół roku przedtem. Wykłady w zakładach fizyologicznym, chemicznym i higienicznym musiały być z końcem października przerwane, ponieważ w salach nie można było uzyskać ciepłoty wyższej nad +5° C. Kaloryfery, zepsute jeszcze zeszłej zimy, rozebrano w tych zakładach z wiosną i odtąd nic nie zrobiono. Ministerstwo na sprawozdania Wydziału nic nie odpowiadało; poskutkowały dopiero telegramy, wysyłane w dniach ostatnich. — Czyż zresztą trzeba przykładów wymowniejszych, niż ten, że dla posunięcia sprawy klinik, która prawidłowym torem dawno już powinna być załatwiona, potrzeba aż osobnych deputacyi ze strony wszechnicy do naczelnych władz krajowych, osobistej interwencyi Namiestnika i t. d. — Prawie to samo można powiedzieć o traktowaniu spraw wszechnicy krakowskiej. Zasadniczo zresztą są bieżące potrzeby obu naszych wszechnic mniej przez ministerstwo oświaty uwzględniane, niż innych wszechnic w państwie, o czem może będzie sposobność dokładniej wspomnieć po zebraniu materyałów).

— Szpital dziecięcy im. św. Zofii przechodzi, jak wiadomo, na własność kraju. Walne Zebranie Towarzystwa, utrzymującego ten szpital, upoważniło też delegatów swych (Dr Festenburga, adw. Liliena i p. Neumanna) do zawarcia odpowiedniego układu z Wydziałem krajowym.

— Na pierwszy rok wydziału lekarskiego zapisało się 62 uczniów zwyczajnych, z tych 5 poddanych rosyjskich; oprócz tego 5 słuchaczek zwyczajnych.

— Prof. Sieradzki zaznacza w »Tygodniku lekarskim«, że kierownikiem kursów psychiatryi dla sędziów lwowskich, powstałych z inicyatywy ministerstwa sprawiedliwości, jest Prof. Halban.

Warszawa. Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót po lekarzach, założona w r. 1857 przy Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem z inicyatywy Dra Andrzeja Janikowskiego, a działająca od 1. 1. 1858, wydała sprawozdanie z półwiekowej swej działalności. Do końca r. 1859 miała Kasa już 3,752 rb., w ciągu lat 50 doliczyła się 922 członków, 150,131 rb. składek rocznych, 246,721 rb. dochodów wogóle. Ogólna suma wsparć, z których korzystało 92 lekarzy i 371 wdów i sierót wynosiła 222,544 rb. (»Med.« 44).

— Przy szpitalu św. Stanisława w Warszawie, przyjmującym chorych zakaźnych, zaprowadzono osobne karetki, które na każde wezwanie bezpłatnie przewożą takich chorych z miasta zarówno do wspomnianego szpitala, jak i do innych szpitali, posiadających oddziały zakaźne (jak szpital dla dzieci, szpital izraelicki i t. d.). Oprócz tego urządzenia, zasługuje na uwagę w szpitalu św. Stanisława jeszcze inne: mianowicie jeden z telefonów, łączących szpital z miastem, jest też połączony z salami chorych w ten sposób, że każdy chory, nie podnosząc się z łóżka, rozmówić się może przez telefon z pozostawioną w mieście rodziną i t. p. (Czy też kiedy podobne urządzenie uzyskają oddziały zakaźne w szpitalach lwowskim i krakowskim?).

— Wobec zbliżającej się pory zimowej, w której szpitale najbardziej są przepełnione, podnosi »Gazeta lek.« konieczność zakupienia przynajmniej najniezbędniejszych sprzętów, t. j. większych stołów jadalnych i łóżek zapasowych, by chorzy nie leżeli, jak dotąd bywało, na siennikach na ziemi.

— Warszawskie Towarzystwo kopalni węgla ofiarowało na rzecz sanatoryum w Rudce 10,000 rb. W sprawie przyjęcia tego daru odbyć się miało zebranie ogólne Tow. higienicznego 5. b. m.

— Pierwsza »przychodnia« (dyspensatoryum) Towarzystwa przeciwgruźliczego ma być otwarta 1. XII. b. r. w szpitalu św. Ducha.

— Z końcem zeszłego miesiąca obchodziła w Warszawie jubileusz ćwierćwiekowej pracy zawodowej jedna z pierwszych lekarek, Dr Teresa Ciszkiewiczowa. Urodzona w Kowieńskiem w r. 1845, ukończyła studya lekarskie w Berlinie w r. 1881, poczem przez dwa lata była asystentką Prof. M. Nenckiego. Złożywszy w r. 1883 egzamin państwowy w Petersburgu, osiadła w Warszawie, gdzie prócz rozległej praktyki lekarskiej zajmowała się gorliwie sprawą równouprawnienia kobiet.

— Koło lekarskie polskiej Macierzy szkolnej utrzymywało do chwili zamknięcia tej instytucyi przez władze szkołę, w której uczyło się 100 dzieci w 2 oddziałach i na którą wydano 2,902 rubli 43 kop. Do zarządu Koła należeli: Dr Hassewicz (prezes), Dunin (wiceprezes), Świętochowski (sekretarz), A. Natanson (skarbnik), A. Przyborowski (kontrolor), Rzętkowski (gospodarz). Po przejściu szkoły pod zarząd Towarzystwa opieki nad dziećmi, wybrani zostali do zarządu szkoły: Dr Leśniowski (prezes), Chełchowski (wiceprezes), L. Zembrzuski (sekretarz), S. Kijewski (skarbnik), St. Kopczyński oraz panie Rzętkowska i Zwejgbaumowa (»Gaz. lek.« 43).

— Ustawa Towarzystwa przeciwgruźliczego w Łodzi została przez władze zatwierdzona.

— W Kochanówce pod Łodzią odbyło się otwarcie ochrony im. Dra Jonschera (dla 40 dzieci), założonej ze składek przy tamtejszym zakładzie dla obłąkanych.

— P. Hertz, nowy prezes Tow. akcyjnego p. f. »Poznański« w Łodzi ofiarował 30,000 rubli na rzecz izrael. Towarzystwa pielęgnowania chorych.

— Młody lekarz znajdzie zajęcie jako pomocnik lekarza zakładowego pod Warszawą. Płaca roczna 750 rb. z mieszkaniem i całkowitem utrzymaniem. Zgłaszać się należy do redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« (Warszawa, Nowojasna 6) pod lit. »Pomocnik«.

Z różnych stron. Centralny Komitet przeciwgruźliczy niemiecki rozpoczyna systematyczne zwalczanie tocznia; w tym celu tworzyć będzie zakłady leczenia światłem w różnych miastach, obecnie zaś zbiera statystykę liczby chorych na tocznia w różnych miejscowościach Niemiec.

— Zarząd kolei w państwie niemieckiem energicznie zapobiega alkoholizmowi wśród służby kolejowej. Na stacyach będą automaty, z których służba od 1. IV. 1909 bezpłatnie czerpać będzie mogła bulion, a już obecnie są wszędzie przyrządy z wodą alkaliczną i maszyny do kawy. Na wielu stacyach dostaje służba za nizką cenę gorące mleko, kakao, herbatę i t. p. Urządzenia te ma w rękach albo sam zarząd kolejowy, albo stowarzyszenia robotnicze, które obracają osiągnięte ze sprzedaży zyski na cele dobroczynne.

— Rząd austryacki wniósł do parlamentu projekt ustawy przeciw alkoholizmowi.

— W ostatnich tygodniach uzyskał wreszcie i wiedeński wydział lekarski szereg zakładów, odpowiadających nowoczesnym wymaganiom; mianowicie otwarto uroczyście nowe gmachy dla klinik położniczych, dla zakładów higienicznego, patologicznego, seroterapeutycznego i badania środków spożywczych. Prawie równocześnie położono kamień węgielny pod budowę ogromnego (1,100 łóżek) szpitala jubileuszowego, fundowanego przez gminę m. Wiednia kosztem 11,000,000 kor. Przed nowymi gmachami klinik położniczych stanął pomnik Semmelweissa.

— W Wiedniu zawiązuje się Towarzystwo lekarzy rosyjskich, którego członkami będą lekarze z Rosyi, przybywający do Wiednia w celu uzupełnienia studyów. *X.*

— Na koszt druku dzieła, opisującego zakłady wydziału lekarskiego w Peszcie, a mającego wyjść na przyszłoroczny międzynarodowy zjazd lek., przeznaczyło węgierskie ministerstwo oświaty niemniej jak 25,000 K.

— Słynny neurolog rosyjski, Prof. Bechterew, po 30-letniej działalności zapewne ustąpi z katedry, gdyż przy balotowaniu na konferencyi profesorów Akademii wojskowolekarskiej, (które rozstrzyga o pozostawieniu profesora na dalsze pięciolecie), brakło jednego głosu do potrzebnej większości ($^2/_3$). Z powodu tego wyniku balotowania zapanowało wśród słuchaczy Akademii ogromne wzburzenie. Minister wojny jednakże rozstrzygnął, że wynik balotowania pozwala zatrzymać Prof. Bechterewa nadal na katedrze. *S.*

Mianowani: Bakteryolog Doc. Czaplewski t. profesorem Akad. lek. w Kolonii;

Dr Franciszek Ślęk, dyrektor szpitala w Sokalu, dyrektorem szpitala w Przemyślu; Dr S. Okoniewski elewem kliniki chirurg., Dr J. Wisłocki asystentem zakładu dentyst., p. Janiček asystentem zakładu sądowolek. — we Lwowie; Dr Kosicki lekarzem naczelnym szpitala w Radomiu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. listopada o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Prof. Lewkowicz: O prosówce płoniczej (z przedstawieniem preparatów). 2) Prof. Bujwid: Seroprofilaktyka wodowstrętu (z przedstawieniem osób leczonych i zwierząt doświadczalnych).

Rok XLVII. Kraków, dnia 14. listopada 1908. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie leczenia gruźlicy.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Wyniki leczenia gruźlicy w sanatoryach nie są zbyt zadowalniające, co zostało już zaznaczone w dyskusyi na kongresie międzynarodowym przeciwgruźliczym w Paryżu w r. 1905 (2. X. do 7. X.). W gruźlicy należy dążyć i do leczenia swoistego. Pomijając wrodzoną odporność, gdzie ustrój sam sobie stwarza warunki do samoobrony, starano się sztucznie, t. j. na drodze czynnego i biernego uodporniania przeciwdziałać rozwojowi gruźlicy u pojedynczych osobników. Pierwszy sposób t. j. uodpornianie czynne polega na wprowadzaniu do ustroju zakażonego prątków gruźliczych ludzkich i ich przetworów (tuberkulin, a zwłaszcza t. zw. nowotuberkuliny »Neutuberkulin« Kocha, zawierającej jako emulsya prątków gruźliczych wszystkie ich składniki), lub też pokrewnych szczepów gruźliczych prątków zwierzęcych. Stosowano zasadę powolnego uodporniania czynnego przez wprowadzanie do ustroju coraz to większych dawek czynnika uodporniającego. Drugi sposób uodporniania ustroju, t. z. uodpornianie bierne, polega na stosowaniu surowic zwierząt uodpornionych przeciw gruźlicy, t. j. surowicy Maragliana i Marmorka.

Sposób biernego uodporniania ustroju przeciw gruźlicy nie zyskał dotychczas rozległego uznania. Wprawdzie za działaniem korzystnem surowicy Marmorka, zwłaszcza w przypadkach zołzów, gruźlicy kości i stawów, oświadczają się niektórzy autorowie, jak Hoffa, Wohlberg, Weil, Romer, Schenker, Glässner, a poniekąd i Uhry, to jednak w przypadkach gruźlicy płuc bardzo wielu, jak: Staddelmann, Rubinstein, Mann, Dieulafoy, le Denton, Hallopeau, L. Chantpennier, Hymens i Polak Daniel, Köhler i t. d. wprost przeciwne zajmują stanowisko. Ja sam wraz z Dr Englanderem, stosując surowicę Marmorka w postaci wstrzykiwań podskórnych i lewatyw u chorych na gruźlicę płuc, zauważyłem tak niepomyślne działanie, iż od tego sposobu leczenia musiałem odstąpić. (Erfahrungen mit Marmorek's Serum bei der Lungenphtise. »Wiener klin. Woch«. 1908, Nr 11). Obecnie w celu uniknięcia przypadków ubocznych polecają stosować surowicę Marmorka tylko w lewatywie do kiszki odchodowej. Czy jednak drogą tą mogą się do ustroju przedostać składniki skuteczne lecznicze, bardzo należy powątpiewać wobec najnowszych spostrzeżeń J. Hamburgera i Romea Montiego, dotyczących resorbcyi antytoksyn tężcowych (»Münch. med. Woch.« 1908, Nr 31), tudzież badań C. Sternberga, dotyczących wchłaniania toksyn błoniczych i surowicy leczniczej przeciwbłoniczej w odbytnicy u zwierząt (»Wiener klin. Wochens.« 1908, Nr 20). W ostatnich czasach Sokołowski i Dębiński na podstawie doświadczeń klinicznych nie mogą wypowiedzieć stanowczych wniosków co do swoistości surowicy Marmorka w gruźlicy płuc (»Gazeta lek.« 1908, Nr 25, 27, 28), stosując ją podskórnie i w postaci lewatyw.

Natomiast sposób czynnego uodporniania jako środek leczniczy — i to stosowanie tuberkuliny w gruźlicy płuc — zyskuje w ostatnich czasach na nowo coraz to więcej zwolenników. Arneth, Uhl, Spengler, Lenhartz, Sahli, Götsch, Turban, Kremser, Aufrecht, Pöppelmann, Petruschky, Hammer, Krämmer, Römisch i t. d. zachwalają bardzo tuberkulinę; innego zdania są: de la Camp, Cornet, Jürgens i t. d. Przeważnie dziś utrzymuje się zgodne zapatrywanie, iż tuberkuliną leczyć można tylko okresy początkowe lub późniejsze z nieznacznym rozpadem bez gorączki i przy dobrem ogólnem odżywieniu (Götsch, Möller, Kaiserling). Nieliczni autorowie, jak: Turban, stosują tuberkulinę w drugim okresie gruźlicy, gdzie warunki higieniczne nie pomagają; Kremser w rozległych zmianach rozpadowych, ale bez gorączki; Aufrecht i przy gorączce, byle to nie była gorączka trawiąca. Wszyscy z wyjątkiem Spenglera, Thornera, Pöppelmanna i Bandeliera przestrzegają przed stosowaniem tuberkuliny w czasie krwioplucia, podnosząc jako główne przeciwwskazania: gorączkę, gruźlicę jelit, gruźlicę prosówkową, zapalenie gruźlicze opon mózgowych, krwotok płucny i wogóle ostry przebieg gruźlicy.

Różne istnieją zapatrywania co do sposobu stosowania tuberkuliny w gruźlicy płuc. Gdy dawniej używano dość dużych dawek, obecnie przeważnie radzą postępować nadzwyczaj ostrożnie i powoli stopniować dawki tuberkuliny, aby unikać ogólnego odczynu. Jako główny przedstawiciel tej ostatniej zasady występuje Sahli. Sahli radzi używać bardzo małych dawek tuberkuliny, aby nie wywoływać gorączki (używa tuberkuliny Beranecka w 13 odmianach, z których każda następna jest dwa razy silniejsza, niż po-

przednia) — i stopniuje zwolna w dawkach, stosując wstrzykiwania dwa razy na tydzień. Skoro wystąpi gorączka, to następna dawka z powodu nadczułości chorego na tuberkulinę musi być o połowę mniejsza. Jeśli mimo to gorączka trwa, to przypadki te według Sahliego nie kwalifikują się do leczenia. Sahli jako odczyn uważa już podniesienie się ciepłoty ciała o $^2/_{10}$—$^3/_{10}$ stopnia C, a następnie: duszność, znużenie ogólne, bezsenność. Leczenie rozciąga się na lata. Toż samo Götsch radzi nadzwyczaj ostrożnie i powoli stopniować dawki tuberkuliny, aby unikać ogólnego odczynu.

Pomimo, iż leczenie swoiste tuberkuliną dziś coraz bardziej zyskuje zwolenników, to jednak musimy przyznać, iż »tuberkulina nie działa leczniczo« w ścisłem tego słowa znaczeniu. Działanie tuberkuliny nie zyskało jeszcze teoretycznego usprawiedliwienia. Krehl i Mathes przytaczają teorye albumoz; Wright opsonin. Sahli odnosi działanie tuberkuliny do czynnego uodpornienia, do powolnego znieczulania ustroju przeciw chemicznemu jadowi gruźliczemu, gdzie chodzi o to, aby naturalną zdolność ustroju zwiększyć w kierunku wytwarzania niweczników dla jadu gruźliczego. Potwierdzają to zapatrywanie doświadczenia Wassermanna i Brucka, według których w tkance gruźliczej znajduje się antytuberkulina. Ta łączy się jako niwecznik z wstrzykniętą tuberkuliną i wywołuje rozpad w tkance gruźliczej przez nagromadzenie ze krwi elementów, trawiących białko. Według Wassermanna, im młodsza tkanka gruźlicza, tem silniej oddziaływa na tuberkulinę; w jamach tkanka słabo oddziaływa. Gdy brak odczynu po tuberkulinie, to dowód, że wrażliwość ustroju gruźliczego na tuberkulinę ustąpiła, t. j. że niweczniki w tkance tak się zwiększyły, iż przedostały się do surowicy i tam uwięziły tuberkulinę i niedozwoliły jej wniknąć do tkanki gruźliczej. Stąd tuberkulina nie może działać, gdy surowica zawiera te niweczniki. Weil i Nikajama przeczą temu. Toż samo teorya Babesa t. zw. »Additionstheorie« nie wyjaśnia działania tuberkuliny, jak niemniej i teorya bakteryolizyn, wyznawana przez Wolff-Eisnera i Teichmanna w ostatnich czasach (»Berl. klin. Woch.« 1908, Nr 2).

Do ostatnich czasów pojęcie odporności pozostawało w ścisłym związku z niwecznikami, które wytwarzają się w ustroju po sztucznem wprowadzeniu doń bakteryi lub ich przetworów. Do nich według Kocha należą i aglutyniny. Im więcej aglutynin się wytwarza, tem skuteczniejsze leczenie. Atoli najnowsze doświadczenia dowodzą, iż pomiędzy niwecznikami a odpornością związek jest bardzo luźny; że niweczniki (aglutyniny, bakteryolizyny) stanowią zjawisko uboczne przy uodpornieniu. Jürgens wstrzykiwal nową tuberkulinę (Neu-Tuberkulin) Kocha, która ma posiadać szczególniejszą własność wytwarzania aglutynin i stwierdził u zwierząt, tak zdrowych, jak i gruźliczych, w surowicy krwi dużo aglutynin, a mimo to brak odporności na gruźlicę, gdyż gruźlica szerzyła się dalej. Pojęcie zaś odporności wyłącza powstawanie i szerzenie się gruźlicy, Wstrzykiwanie tuberkuliny wywołuje zawsze aglutynacyę; tworzenie się aglutynin nie stoi w żadnym związku z odpornością, stanowi ono tylko odczyn na wstrzykiwania tuberkuliny. U osobników gruźliczych i bez wstrzykiwania tuberkuliny może surowica okazywać bardzo wysoką zdolność aglutynacyjną, — zwłaszcza w wysokich górach (Jessen). Przy daleko posuniętej gruźlicy często brak lub bardzo słaba aglutynacya. Na leczenie gruźlicy emulsyą prątków Kocha (Neu-Tuberkulin) Jürgens zapatruje się ujemnie, gdyż przez to leczenie gruźlica tylko wikła się z zakażeniem przez tuberkulinę, na które ustrój odpowiada wytwarzaniem się aglutynin; jednak nie powstają czynniki ochronne, gdyż gruźlica szerzy się dalej. Wogóle na podstawie krytycznego rozpatrzenia nie możemy tuberkuliny uważać w ścisłem tego słowa znaczeniu za swoisty (specyficzny) środek leczniczy w gruźlicy. Najwięcej przypada mi do przekonania zapatrywanie Sahliego, według którego tuberkulina stanowi środek funkcyonalny, który ma za zadanie wpływać na zmniejszenie wrażliwości ustroju przeciw jadowi gruźliczemu podobnie jak naparstnica, która leczy mięsień sercowy, a nie leczy swoistości wad sercowych, — jak również zapatrywanie Marmorka, iż tuberkulina w małych dawkach »aktywuje«, t. j. wprowadza w stan czynny prątki gruźlicze.

A skoro dotychczas leczenie samą tuberkuliną nie znajduje właściwie usprawiedliwienia, ani w teoryi, ani w praktyce, należy w inny sposób starać się zapobiegać szerzeniu się gruźlicy w ustroju.

Jak wiadomo, przebieg zakażenia gruźliczego zależy od siły i ilości jadu, od wrót, od odziedziczonych warunków konstytucyonalnych i od warunków higienicznych. Specyalny klimat dla gruźlicy nie istnieje, gdyż zarówno działa dobrze odpowiedni klimat morski południowy, jak i wysokogórski przy stosownych warunkach higienicznych.

Nie wdając się bliżej w słuszność hipotezy Arloinga, według której wszystkie szczepy prątków gruźliczych są tylko odmianami jednego i tego samego gatunku, a więc przy odpowiedniem hodowaniu i przy odpowiedniej modyfikacyi swych odziedziczonych warunków są chorobotwórcze dla wszystkich zwierząt, musimy zaznaczyć, iż u człowieka spotykane są dwa typy chorobotwórcze prątków gruźliczych, t. j. *typus humanus* i *t. bovinus*. Oba te szczepy różnią się własnościami morfologicznemi i biologicznemi od siebie Ale i w pojedynczych tych szczepach — zwłaszcza w szczepie ludzkim — zachodzą różnice, gdyż prątki gruźlicze młode na płynnych pożywkach zachowują się inaczej, niż stare ze względu na hodowle, własności barwienia i siłę jadu; prątki gruźlicze młode są żywotniejsze i jadowitsze, niż stare (Marmorek). Wogóle zaś prątki gruźlicze — zwłaszcza stare — najprawdopodobniej z powodu swej zewnętrznej warstwy, składającej się z istoty woskowatej i do błonnika zbliżonej, odznaczają się bardzo trudną przenikliwością na barwiki anilinowe, jak również niezwykłą odpornością przeciw działaniu wpływów zewnętrznych, jak ciepła, wilgoci i środków dezynfekcyjnych. Niemniej na uwagę zasługuje fakt podniesiony przez Neumanna, iż prątki gruźlicze ludzkie, zachowane w kawałkach płuc w słabym wodnym rozczynie formaliny, długo zachowują swą żywotność, a rychło ją tracą, jeśli są przechowywane w kawałkach wątroby, śledziony i w tkance gruczołów limfatycznych.

(C. d. n.).

(Z pracowni farmakologicznej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie).

O fizyologicznych własnościach choliny.

Podał

Docent Dr J. Modrakowski.

(Dokończenie.)

IV. Zmiany w działaniu choliny podczas przechowywania.

Po zbadaniu działania czystej choliny należało się przekonać, od czego zależy wyżej opisane znamienne działanie choliny Mercka; znajdujące się w niej ciało jest widocznie zwykłą przymieszką choliny, gdyż tylko tem daje się wytłómaczyć to, że prawie wszyscy poprzedni autorowie działanie tego ciała przypisywali cholinie w pierwszym rzędzie. Nasuwało się pytanie, czy jestto przypadkowa domieszka, czy też stwierdzamy działanie produktu rozkładu choliny. Sądzę, że w następnych doświadczeniach odpowiem na to pytanie. Ubocznie tylko zwrócę uwagę na spostrzeżenia chemików, którzy często podnoszą nadzwyczajną łatwość rozkładu choliny, nawet w postaci soli. Przetwór Kahlbauma, jak to nadmieniłem, nie dawał zaraz po przysłaniu zapachu trójmetyloaminy. Dosyć jednak było potrzymać przetwór ten kilka chwil na słońcu, aby wystąpił wyraźny zapach trójmetyloaminy. Okazało się więc, że w poprzednich warunkach rozkład choliny następuje prawie w jednej chwili. Odpowiednio do zmian w składzie chemicznym choliny, należało oczekiwać zmian w fizyologicznem działaniu choliny, przechowywanej w przeciągu pewnego czasu. Następujące doświadczenia w zupełności powyższy wniosek potwierdzają.

Doświadczenie VII. 13. XI. 1907. Pies, wagi $18^1/_2$ kg.; do krwi wprowadzono 20 gr. urethanu i 2 gr. wodnika chloralu. Oznaczenie ciśnienia krwi w lewej tętnicy szyjnej. Wstrzykiwanie do prawej żyły odgoleniowej (*v. saphena*). Najpierw wprowadziłem 0,2% rozczyn czystego chlorku choliny, użyty w doświadczeniu VI. dnia 7. XI. Następnie używałem świeżo sporządzonego 2% rozczynu przetworu Kahlbauma, przetworu, który mimoto, że był przechowywany w ciemności, w szczelnie zamkniętem naczyniu, wydawał lekką woń trójmetyloaminy. — (Tabl V).

Wynik tego doświadczenia wskazuje wyraźnie, że tak w przetworze, znajdującym się w rozczynie, jak i w znajdującym się *in substantia*, zaszły zmiany (zapach trójmetyloaminy), które w obu przypadkach w równej mierze znalazły swój wyraz w jednakowem fizyologicznem działaniu. Obie substancye wywołują w małych ilościach: 0,2—0,6 mg. na 1 kg. wyraźne, krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi, bez widocznego wpływu na czynność serca. Wpływ jednak na serce występuje przy użyciu nieco większych dawek, około 1 mg. na 1 kg.; czynność serca zwalnia się o 2, względnie 3 uderzenia w 5'', zwolnienie to jednak utrzymuje się bardzo krótko, w ciągu 10''—15''. Działania na gruczoły nie zauważano. Występuje ono jednak już po kilkudniowem dalszem przechowywaniu choliny.

Doświadczenie VIII. 19. XI. 1907. Suka, wagi 9 kg. Tracheotomia, przecięcie rdzenia, tuż pod przedłużonym; sztuczne oddychanie. Ciśnienie krwi mierzono w lewej tętnicy szyjnej. Przewody gruczołu podszczękowego i trzustki połączono z rurkami kalibrowanemi. Wstrzykiwano do prawej żyły odgoleniowej. Użyłem świeżego 0,2% przetworu choliny, który sporządziłem 6. XI. i sam oczyściłem; świeżo sporządzonego rozczynu przetworu Kahlbauma. Wydzielania soku trzustkowego nie było żadnego. (Tabl. VI.).

W doświadczeniu tem, przy którem nie używałem ani kurary, ani środków narkotycznych, występuje zupełnie wyraźnie działanie na serce, jako wyraz postępującego rozkładu choliny, mimoto, że dawki (części milligrama) były mniejsze, niż w poprzedniem doświadczeniu. W doświadczeniu tem widać wzmożone wydzielanie śliny. Przy użyciu czystego chlorku choliny, przechowywanego nad kwasem siarkowym, wystawionego jednak na działanie światła, nie występują opisane zjawiska w takiej mierze, jak przy użyciu przetworu Kahlbauma, mniej starannie przechowywanego; przetwór ten w dawce około 0,6 mg. na 1 kg. wywiera działanie takie same, jak cholina Mercka, zbadana na samym początku. Atropina znosi wszystkie zjawiska, jednak dopiero po upływie kilku minut. — Początkowo zwiększone parcie krwi opada zwolna do stanu niższego, niż przed podaniem choliny. Późniejsze wprowadzenie tej zasady wywołuje już tylko podniesienie parcia krwi, jak to było do przewidzenia. Wydzielanie śliny zostało oczywiście zupełnie zniesione (przez atropinę).

Następne doświadczenie wykonane w dwa dni później, wykryło działanie przetworu choliny, dotychczas nie stwierdzone.

Doświadczenie IX. 21. XI. 1907. Suka, wagi 11 kg. Uśpienie przez wprowadzenie śródżylne $2^1/_2$ gr. wodnika chlo-

Tabl. V.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg			Tętno w 5''	
	dolne	górne	średnie		
XV.					
5h 43' 45''	92	134	113	16	Norma.
54'					Wprowadzenie 3 cm³ 0,2% rozczynu *cholini hydrochl.*, sporządzonej 7. XI. = 0,000.324 na 1 kg.
54' 8''	84	118	101	16	
54' 26''	92	130	111	16	
XVI.					
5h 50' 30''	tosamo				
57'					Wprowadzono 6 cm³ tegosamego rozczynu = 0,000.640 na 1 kg.
57' 6''	72	110	91	16	
57' 26''	92	133	112,5	16	
6h 1' 45''	90	136	113	15	
XVII.					
6h 2'					Wprowadzenie 10 cm³ tegosamego rozczynu = 0,001.08 na 1 kg.
2' 7''					
—12''	66	102	84	13	
2' 27''	90	120	105	15	
XVIII.					
6h 43' 45''	94	120	107	13	
44'					Wprowadzono 2 cm³ świeżo sporządzonego 2% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum) = 0,000.216 na 1 kg. Przetwór był w pracowni od 6. XI.
44' 13''					Początek obniżania się ciśnienia krwi.
44' 20''					
—25''	64	94	79	12	
46'					Powrót do normy.
XIX.					
6h 46' 50''	98	126	112	12	
47'					Wprowadzenie 9 cm³ tegosamego rozczynu = 0,000.937 na 1 kg.
47' 7''					
—12''				9	Początek obniżania się parcia krwi.
47' 12''					
—17''	64	90	77	12	
47' 35''	104	128	116	12	
48'	90	110	100	12	Na tej wysokości ciśnienie krwi utrzymuje się długo.

ralu w rozczynie 10%. Ciśnienie krwi mierzone w lewej tętnicy szyjnej. Wstrzykiwania uskuteczniono do prawej żyły odgoleniowej. Użyłem 0,2% rozczynu choliny, przygotowanego w dniu 7. XI. z czystej choliny, 0,1% rozczynu choliny Kahlbauma, sporządzonego 19. XI. i świeżego rozczynu pierwszego ciała. (Tabl. VII.).

W doświadczeniu tem pierwszy raz zauważyliśmy zjawisko, któregośmy w innych doświadczeniach przedtem nie spostrzegali, a mianowicie podniesienie ciśnienia z następnem obniżeniem przy równoczesnem zwolnieniu tętna. Pierwsza dawka 0,5 mg. na 1 kg. nie wywołuje jeszcze działania na serce, które występuje wyraźnie przy dawkach około 1—4 mg. na 1 kg. Tętno było jeszcze pod wpływem poprzedniej dawki zwolnione tak, że wprowadzenie 7 ctm. sz. 0,00127 na 1 kg. nie wywołało dalszego zwolnienia tętna. Wysokość uderzeń serca zmniejsza się w przeciągu mniejwięcej 1 minuty, następnie w ciągu 1 minuty wzrasta, wreszcie dochodzi do bardzo znacznych wahań. Ciśnienie krwi zwiększa się powyżej normy. Duże wahania zwolna się zmniejszają. Następnie występują jeszcze w przeciągu kilku sekund bardzo wielkie wahania, które bezpośrednio przechodzą w grupę stosunkowo nizkich uderzeń serca. Potem uderzenia serca powiększają się jeszcze raz i w końcu opadają, przyczem częstość tętna się zwiększa, a ciśnienie krwi spada wreszcie do stałego poziomu.

Tabl. VI.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg: dolne	górne	średnie	Tętno w 5″	Wydzielanie śliny w mm	
5h 15′						
16′					51	
16′ 45″	91	139	115	7	61	
17′					71	Wprowadzono 2 cm³ 0,2% rozczynu chlorku choliny, sporządzonego 13. XI. (Kahlbaum) = 0,000.44 na 1 kg.
17′ 5″ —10″	35	115	75	3		
17′ 25″						Podniesienie parcia do:
	78	118	98	8		
18′					108	
18′ 40″	90	127	108,5	8		
19′					127	
20′					139	
20′ 50″	87	138	112,5	7		
21′					150	
22′					164	
24′					0	Wprowadzono 3 cm³ 0,2% rozczynu czystego chlorku choliny, sporządzonego 6. XI. = 0,000.66 na 1 kg.
24′ 3″ —8″	48	107	77,5	4		
24′ 15″ —25′ 30″	76	108	92	8		
25′					12	
26′					23	
26′ 30″	90	142	116	7		
27′					34	
XX.						
5h 31′					65	
31′ 40″	84	136	110	7		Wprowadzono 6 cm³ świeżo sporządzonego 0,1% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum) = 0,000.66 na 1 kg. Przetwór znajdował się w pracowni od 6. XI. 7″ trwające zatrzymanie czynności serca, nastepnie kilka skurczów i ponowne zatrzymanie w ciągu 63″.
32′					71	
33′				0	125	
33′ 23″						Wprowadzono 4 cm³ 1% rozczynu atropiny, potem podniesienie parcia krwi do:
34′					141	
34′ 25″	112	142	128	13	157	
35′					160	Spadek ciśnienia krwi do:
43′ 40″	68	86	77	9	160	
43′					20	
44′					20	Wprowadzono 5 cm³ 0,1% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum) = 0,000.55 na 1 kg.
44′ 12″ —17″	92	111	101,5	9		
45′					20	Stopniowy spadek do:
46′	69	88	78,5	9	20	
47′ 45″	68	87	78,5	9		
48′					20	10 cm³ poprzedniego rozczynu choliny = 0,001.1 na 1 kg.
48′ 30″	110	122	116	10		Stopniowy spadek jak poprzednio. Zatrzymanie wydzielania śliny.

Tabl. VII.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg: dolne	górne	średnie	Tętno w 5″	
11h 18′ 40″ —19′	62	82	72	10	Wprowadzona 3 cm³ 0,2% rozczynu czystego chlorku choliny, sporządzonego 7. XI. = 0,000.545 na 1 kg. Z początku nie widać zmiany w krzywej, następnie:
11h 20′	64	86	75	10	
20′ 45″	60	81	70,5	10	
21′					Wprowadzono 6 cm³ tegosamego rozczynu = 0,001.09 na 1 kg.
21′ 40″	66	90	78	8	
23′	58	80	69	9	
29′	58	62	60	9	
29′ 30″					Wprowadzono 10 cm³ 0,1% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum), który został sporządzony 19. XI. = 0,000.909 na 1 kg; po 20″ niewielkie podniesienie parcia krwi.
30′	60	82	71	9	
31′	56	96	76	8	
32′	54	82	68	8	
33′ 33′ 30″	55	75	65	9	
34′					Wprowadzono 4½ cm³ 1% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum), który został sporządzony 19. XI = 0,004.09 na 1 kg.
34′ 24″					Ciśnienie krwi zaczyna wzrastać przy równoczesnem zwolnieniu tętna.
34′ 25″	26	138	82	3	
34′ 50″	60	160	163	4	
36′ 7″	80	118	99	7	
43′	54	74	64	9	
12h 14′ 40″	62	94	78	6	
15′					Wprowadzono 3 cm³ świeżo sporządzonego 0,2% rozczynu czystego chlorku choliny, która została przygotowana 6. XI. = 0,000.545 na 1 kg.
15′ 17″ —22″	62	82	72	5	
od 12h 15′ 25″	64	92	78	6	
XXI.					
12h 30′ 40″	58	94	76	5	
31′					Wprowadzono 7 cm³ poprzedniego rozczynu = 0,001.27 na 1 kg.
31′ 30″	64	94	79	5	
32′ 15″ —33′ 20″	58	107	82,5	4	
33′ 20″	30	128	79	5	
38′	70	90	80	9	Stopniowo zmniejszają się wahania tętna, wreszcie ciśnienie krwi utrzymuje się na podanej wysokości.

Obraz ten przypomina działanie neuryny, jak to szczegółowo przedstawię w osobnej pracy o neurynie. Nie ulega więc wątpliwości, że przetwory nasze uległy przez ten czas częściowej przemianie w neurynę. Nie jest to jednak bezpodstawne przypuszczenie, gdyż doświadczenia chemiczne ustaliły, że w odpowiednich warunkach podobna sprawa zachodzi [17]). Sprawa ta przyspiesza się pod działaniem drobnoustrojów; rozczyny moje były rzeczywiście pokryte warstwą pleśni tak, że przed użyciem musiałem je sączyć. Powyższe działanie, podobne do działania neuryny, nie jest identyczne z działaniem ciała muskarynowego, jak to widać z następującego doświadczenia.

Doświadczenie XII. 19. XII. 1907. Pies, wagi 10 kg. Tracheotomia, kurara, sztuczne oddychanie. Ciśnienie krwi mierzono w lewej tętnicy szyjnej. Wstrzykiwanie do prawej żyły odgoleniowej. (Tabl. 8).

Widzimy tutaj podobne działanie na serce i ciśnienie krwi, jak w doświadczeniu IX., z tą różnicą, że w ostatniem doświadczeniu działanie to jest jeszcze bardziej zaznaczone. Jeden przetwór świeżo sprowadzony od Kahlbauma, wywoływał takie same zjawiska i jednocześnie przetwór ten, zaraz po sprowadzeniu wonią trójmetyloaminu objawiał obecność produktów rozpadu choliny. Przytaczam to doświadczenie, aby okazać wpływ przecięcia nerwów błędnych. Po przecięciu obu nerwów widzimy tylko podwyższenie ciśnienia krwi, bez działania na serce.

Na podstawie tego faktu można sądzić, że zwolnienie tętna jest pochodzenia ośrodkowego, w przeciwieństwie do poprzednio opisanego działania (obwodowego) ciała muskarynowego. Czy mamy tu działanie neuryny, na to pytanie odpowiedzą dalsze moje badania nad tą zasadą.

W ten sposób doszedłem do końca swoich badań nad syntetyczną choliną. Na podstawie otrzymanych danych uważam za możliwe przyłączyć się do zdania Böhma, wedle którego cholina jest zupełnie nietrującem ciałem. Tutaj przypomnę jeszcze spostrzeżenie tego badacza, tyczące się wpływu choliny na ciśnienie krwi; Böhm mówi, że cholina wywołuje tylko przejściowe podniesienie ciśnienia krwi.

V. Wyjaśnienie danych poprzednich autorów.

Przytoczone we wstępie odmienne dane poprzednich autorów dadzą się łatwo wytłómaczyć na podstawie otrzymanych przezemnie faktów. Niewątpliwie w cholinie występują najrozmaitsze produkty rozbicia. Rozmaici autorzy przeprowadzali swoje badania z choliną, znajdującą się w rozmaitych okresach rozkładu. Tak w doświadczeniach Ashera i Wooda najwyraźniej występuje działanie, podobne do działania muskaryny. Autorzy ci stwierdzili wybitnie podniecające działanie choliny na zakończenia nerwu błędnego serca, albowiem działanie muskarynowe przetworu utrzymuje się i po przecięciu nerwów; spostrzegali oni działanie na gruczoły takie same, jakie wywiera użyty przezemnie przetwór Mercka. To, że autorowie ci spostrzegali po początkowem obniżeniu, podniesienie parcia krwi zależy: 1) od wielkich dawek, użytych przez tych autorów: 0,01 do 0,05 gr. na 1 kg. i 2) od szybkiego powtarzania wstrzykiwań (porównaj doświadczenie V.). Ich wniosek, że podniesienie ciśnienia krwi jest pochodzenia ośrodkowego, nie utrzymał się już wobec prac wszystkich późniejszych badaczy, natomiast ich twierdzenie, że początkowy spadek ciśnienia krwi zależy od serca, okazał się słusznym. W doświadczeniu Formanka występuje początkowe przyśpie-

Tabl. VIII.

Czas	Ciśnienie krwi w mm Hg dolne	górne	średnie	Tętno w 5''	
12h 7'	96	122	109	11	Liczby te nie są stałe, ponieważ występują wahania.
XXII.					
12h 8'					Wprowadzono 6 cm³ 0,2% świeżo sporządzonego rozczynu chlorku choliny, która była przygotowana 6. XI. = 0,001.2 na 1 kg.
8' 20''	142	190	106	7	
8' 46''					Działanie na serce minęło, ciśnienie krwi stopniowo powraca do normy.
10'					
17' 30''	102	126	114	10	
18'					Wprowadzono 3 cm³ 0,2% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum) = 0,000.6 na 1 kg. Rozczyn został sporządzony ze świeżo przysłanego preparatu, który czuć było wybitnie zapachem trójmetyloaminu.
18' 18''					Ciśnienie spada w ciągu kilku sekund, następnie się podnosi; po każdem większem wychyleniu tętna, następuje mniejsze.
18' 23''	156	194	175	6	
19'	122	150	136	10	
21' 30''	102	126	114	10	
XXIII.					Przecięto nerwy błędne.
12h 26' 30''	124	142	133	9	
27'					Wprowadzono 3 cm³ tegosamego rozczynu choliny = 0,000.6 na 1 kg po 15'' podniesieniu się parcia krwi.
27' 25''	176	202	189	9	Najwyższe ciśnienie krwi.
27' 40''	138	156	147	9	
30' 30''	118	154	136	9	Uwaga: tętna nie można było dokładnie obliczyć.
					Po przecięciu rdzenia pod przedłużonym:
45' 30''	70	88	79	15	
46'					Wprowadzono 3 cm³ tegosamego rozczynu choliny = 0,000.6 na 1 kg.
46' 24''					Początek działania.
46' 50''	84	100	92	15	
48'	88	100	94	15	
XXIV.					
12h 48' 40''	78	92	85	12	
49'					Wprowadzono 6 cm³ tegosamego rozczynu choliny = 0,001.2 na 1 kg.
49' 16''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
49' 40''	140	156	148	12	
3h 21'	56	76	66	10	Przecięcie obydwu nerwów trzewnych.
22'					Wprowadzono 6 cm³ tegosamego rozczynu choliny = 0,001.2 na 1 kg. Po 30'' mniejwięcej, podniesienie parcia krwi.
23'	92	112	102	10	
					Potem następuje zwolna powrót do pierwotnego stanu; trwa to około 7'.
45' 45''	56	74	65	10	
46'					Wprowadzono 6 cm³ 0,2% rozczynu chlorku choliny (Kahlbaum).
46' 20''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
46' 35''					Wprowadzono 10 cm³ 5% rozczynu peptonu Wittego.
					Dalsze podniesienie parcia krwi.
46' 45''	96	118	107	10	
					Potem następuje wolno opadanie ciśnienia krwi.
48' 30''	20	32	26	10	Dalsze dawki choliny nie podnoszą wyżej ciśnienia krwi.

[17]) Porównaj L. Brieger: Ueber Ptomaine, Berlin, 1885, S. 32. V. Cervello, Annali di chim. med. farm. et di farmacol. (IV). Tom I, pag. 13 i inni, cytowani przez Gulewitscha. Zeitschrift f. phys. Chemie, XXIV; 541.

szenie tętna również dzięki użyciu bardzo wielkich dawek; następnie spostrzegane przez niego podniesienie ciśnienia krwi, przy równoczesnem zwolnieniu czynności serca, polega widocznie na domieszce neuryny, jak na to wskazują moje doświadczenia IX. i XII.

Cervello przeprowadzał swoje doświadczenia widocznie z mieszaniną neuryny i choliny; zresztą sam on zwraca uwagę na muskarynowe działanie na serce, a już Böhm dowiódł, że cholina takiego działania nie wywiera.

Desgrez i Chevalier wspominają o wybitnem działaniu choliny na gruczoły, co niewątpliwie zależy od zanieczyszczeń, użytych przez nich przetworów; zwolnienie tętna, z równoczesnem obniżeniem ciśnienia krwi wskazuje na obecność muskarynowych produktów rozkładu choliny.

Mott i Halliburton, którzy posługiwali się małemi dawkami 0,001—0,0014 na 1 kg., spostrzegali obniżenie ciśnienia krwi przy lekkiem zwolnianiu tętna, co i ja spostrzegałem w doświadczeniu VII., kiedy użyłem prawie takiej samej dawki przy wprowadzeniu oczyszczonego, ale niecałkiem świeżego przetworu chlorku choliny; przetwór ich musiał więc także zawierać ślady produktów rozkładu.

Osborne i Vincent, którzy wogóle dane Motta i Halliburtona potwierdzają, widzieli niekiedy podniesienie parcia krwi, które ja spostrzegałem stale przy świeżych nierozłożonych przetworach choliny. Nie ulega wątpliwości, że w tych przypadkach Osborne i Vincent posługiwali się czystą nierozłożoną choliną.

Odmienne stanowisko zajmuje praca Lohmanna który wyosobnione z nadnercza ciało, na podstawie przeprowadzonego badania chemicznego, uważał za cholinę. Nie ulega wątpliwości, że z narządu tak bogatego w składniki nerwowe, można otrzymać cholinę. Jednakowoż działanie substancyi Lohmanna nie odpowiada zupełnie działaniu choliny. Kot zginął po wstrzyknięciu 0,036 tej substancyi. Krzywa przedstawiona na figurze 3. jego pracy, okazuje początkowo wyraźne podniesienie ciśnienia krwi, potem występuje szybkie obniżenie z małem ledwie dostrzegalnem tętnem aż do śmierci zwierzęcia. To obniżenie ciśnienia krwi, jakto wyraźnie widać z przedstawionej krzywej niewątpliwie zależy od uszkodzenia serca. Sądzę więc, że nie popełnię pomyłki, jeżeli przyjmę, że cholina Lohmanna prawdopodobnie zawierała małą przymieszkę innej bardzo silnie działającej na serce substancyi, której nie można było wykryć przy rozbiorze chemicznym. Takich substancyi mamy wiele w wyciągach z najrozmaitszych narządów.

Prof. Popielski i jego współpracownicy są obecnie zajęci chemicznem opracowywaniem tych ciał. Chodzi tu o ciała, które w bardzo małych ilościach wywołują silne obniżenie ciśnienia krwi. Prof. Popielski tymczasowo nazwał je wasodilatynami, i w niedalekiej przyszłości poda o nich szczegółowe dane. Niewątpliwie substancye te wchodzą w grę w wyciągach z rozmaitych narządów. Działanie ich obniżające ciśnienie krwi przypisują obecnie cholinie. O obecności choliny w wyciągach, a mianowicie z tkanki nerwowej, prawie że wątpić nie można, choć, według mego zdania, w przypadkach tych cholinę otrzymuje się z rozkładu lecytyny, nie ma zaś jej w gotowym już stanie Wolna zasada, jako taka nie znajduje się w tkankach zwierzęcych. Całkiem inaczej ma się rzecz w sprawach wywoływanych chorobowemi zmianami tkanki nerwowej. W takich warunkach obecność wolnej choliny jest nietylko możliwa, ale nawet prawdopodobna. Trzeba jednak tutaj przypomnieć, że wykrywanie choliny opiera się na mikrochemicznych odczynach, które nie stanowią bezwzględnie przekonywającego dowodu.

Mott i Halliburton otrzymali wprawdzie z płynu mózgowo-rdzeniowego paralityków 0,1153 gr. podwójnej soli platynowej, którą uważali za cholinę, jednak wniosek ten należy uważać za nieudowodniony, ponieważ autorowie ci w otrzymanej substancyi znaleźli 34,80% zawartości platyny, gdy tymczasem chlorek cholinowo-platynowy zawiera 31,64%. A jeżeli już nawet przyjmiemy za udowodnioną obecność choliny w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi podczas niektórych spraw chorobowych, to w każdym razie nie możemy uważać jej za przyczynę tych chorób. Obecność choliny w tych przypadkach jest wynikiem rozpadu tkanek, zawierających lecytynę, nie zaś przyczyną chorób.

Należy zaznaczyć, że działanie czystej choliny polega tylko na krótkotrwałem podniesieniu ciśnienia krwi. Wprawdzie dowiodłem tego w tej pracy tylko co do syntetycznie otrzymanej zasady; jednakowoż należy przypuścić, że działanie choliny, otrzymanej z rozkładu lecytyny, nie będzie inne. Bądźcobądź jedno doświadczenie z naturalną choliną, przeprowadzone w naszej pracowni, dawało również tylko przemijające podniesienie parcia krwi, na co obecnie już uważam za możliwe zwrócić uwagę.

Mimoto musimy przypisać obecności choliny bardzo wielkie znaczenie w sprawach chorobowych, gdyż gdzie zasada ta występuje, tam trzeba przyjąć możność powstania produktów rozkładu, któremu cholina tak łatwo ulega [18]). Wpływ tych produktów rozkładu może się zaznaczyć według Prof. Popielskiego przy wszystkich możliwych schorzeniach, które przebiegają z rozpadem tkanek zawierających lecytynę [19]), między innymi przy ropiejących ranach, przy ropnych zapaleniach opłucnej, otrzewnej, przy niektórych chorobach zakaźnych, przy zatruciach zgniłem mięsem, lub serem i t. d. Gdyby w tych przypadkach udało się rzeczywiście udowodnić obecność muskarynowych produktów rozkładu choliny, to możnaby wiele się spodziewać od leczniczego stosowania atropiny. (Popielski, l. c.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kurth Schultze. **Przyczynek do fulguracyjnego leczenia nowotworów złośliwych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 43). Dotychczasowe doniesienia o leczeniu nowotworów złośliwych fulguracyą podług Keating-Harta były przeważnie korzystne. S. przeprowadził badania nad tym sposobem leczenia w klinice Biera w Berlinie, stosując to leczenie w 12 przypadkach raka, nie nadającego się już do doszczętnej operacyi i doszedł do przekonania, że fulguracya wcale nie leczy miejscowo, nie chroni od przerzutów, przeciwnie często przyspiesza nawet rozrost guza i tworzenie się przerzutów. Wyleczenia nie spostrzegał S. żadnego. Jedynie korzystnie działa fulguracya na ukojenie bolów i przeciw cuchnącemu rozpadowi, jakoteż krwotokom z guza. Nie działa ona pewniej, niż leczenie radem lub promieniami Röntgena. — S. nie poleca używać chłodzenia

[18]) Porównaj Popielski: O trujących substancyach normalnego organizmu w świetle własnych badań. Lwowski Tygodnik lekarski Nr 1, 1908.

[19]) Popielski l. c.).

prądem bezwodnika węglowego, albowiem zwiększa się przytem tylko krwawienie; doprowadzający wąż często pęka z hukiem. Chorych fulgurować należy w uśpieniu chloroformowem; eter może się łatwo zapalić, a znieczulenie miejscowe nie nadaje się. Przy fulguracyi fulgurować można bezpiecznie i duże naczynia bez obawy przepalenia ich ścian, albowiem krew chłodzi dostatecznie ściany naczyń od wnętrza. *K.*

Strauss. **Surowica Marmorka w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 42). S. opiera swe doświadczenie na 37 przypadkach, leczonych surowicą w klinice chirurgicznej w Gryfii. Jak wiadomo, Marmorek wyszedł z założenia, że jeżeli ustrój w początkach gruźlicy oddziaływa wybitnie na tuberkulinę, a zdrowy, a także bardzo wyniszczony gruźlicą nie oddziaływa, to musi to pochodzić stąd, że tuberkulina zmusza drobnoustroje do wydzielania pewnych toksyn, które wywołują odczyn. U ludzi zdrowych, wskutek braku prątków nie tworzą się te toksyny, u ludzi ciężko schorzałych na gruźlicę jest już tych toksyn za dużo w ustroju, nowe więc się nie tworzą i odczynu niema. Te toksyny uważa Marmorek za główny czynnik tuberkuliny, i dlatego starał się oddzielić je, by wprowadzać je do ustroju bez szkodliwych działań ubocznych tuberkuliny zwykłej. Do uzyskania swej surowicy używał Marmorek młodych prątków, które hodował na leukotoksycznej surowicy cieląt. Uzyskana w ten sposób surowica ma uodporniać króliki i świnki morskie przeciw późniejszemu zakażeniu. Ludziom polecał Marmorek wstrzykiwać surowicę w ilości 10—20 cm^3 przez wiele dni z rzędu. Złe strony działania surowicy usunięto przez podawanie jej za radą Hoffy, Mannheima i Freya w lewatywach. W ostatnich czasach polecają podawać w lewatywach przy gruźlicy podwójną surowicę, t. j. gruźliczo-paciorkowcową. Dotychczasowe wyniki lecznicze uważać należy za dość pomyślne w gruźlicy zewnętrznej. Leczenie to szkody żadnej nie przynosi, a często zdarzać się mają szybkie wyleczenia (Sonnenburg, Huellen, Hoffa, Schenker). S. stosował surowicę w ten sposób, że najpierw (u dorosłych) przez 14 dni wstrzykiwał podskórnie (udo, grzbiet) po 5—10 cm^3, a potem po przerwie 4—6-dniowej dawał codzień lewatywę z 5 cm^3 surowicy (20 lewatyw, potem przerwa 2—4 tygodni i ewentualnie dalszych 20 lewatyw). Ostatecznie doszedł S. do wniosku, że w pewnych przypadkach wywiera to leczenie wcale korzystny wpływ, który jednak nie jest większy, niż znanych sposobów higieniczno-dyetetycznych. Przy powikłaniach płucnych gruźlicy chirurgicznej jest działanie surowicy bardzo niepewne. W kilku przypadkach spostrzegł S. bardzo szybkie i dobre gojenie się zastarzałych nawet cierpień. *K.*

Gilmer. **O chirurgicznych szybkich zdjęciach rentgenowskich.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 42). Wielką wadą zdjęć rentgenowskich było to, że trwały one dość długo, przez co trudno je było wykonywać u dzieci i w tych przypadkach, gdzie chory przytem cierpiał. U wielu osób występują przytem mimowolne drgania, które psują całe zdjęcie. Interniści stosują już dawniej zdjęcia szybkie, albowiem nie chodziło tam o tak dokładne uwidocznienie pojedynczych szczegółów, jak w chirurgii. Nowe postępy na polu rentgenologii pozwalają obecnie i w chirurgii używać szybkich, a zupełnie dobry obraz dających zdjęć, a to zapomocą zwiększenia siły prądu i napięcia (60 amperów przy 110—220 Voltach). Rury powinny mieć 9—10 (Wehnelt) stopni twardości, przy 35 cm odległości. W ten sposób uzyskać można doskonałe obrazy kości w czasie bardzo krótkim, a jest nadzieja, że w miarę ulepszenia przyrządów w końcu będzie można wykonywać nawet zupełnie jasne zdjęcia momentalne. Już i tak postęp jest ogromny, jeżeli przypomnimy sobie, że dawniej trwało zdjęcie 5—10 minut, a obecnie $\frac{1}{2}$—5 sekund. *K.*

Brauer. **Chirurgiczne leczenie chorób płucnych.** (*80. Zjazd lek. i przyr.* Kolonia, 23. 9. 1908). B. wygłasza referat, jako internista, ponieważ tylko bardzo ograniczona część cierpień płucnych nadaje się do operacyi, a rozstrzyga o nich jedynie lekarz chorób wewnętrznych. Nadto internista ocenia wyniki operacyi, porównując je z danemi przed operacyą. Operacyjne zabiegi na płucach dzielimy na takie, które usuwają z płuc ropę i wytwory chorobowe, dalej na takie, które usuwają części płuc, a wreszcie na takie, które działają na płuca drogą pośrednią. Ta ostatnia grupa zabiegów zajmuje też głównie referenta. Doświadczenie wykazało, że często osiągnąć można dobry wynik leczniczy, zapewniając płucu odpoczynek, a to przez wywołanie zapadnięcia się jego. W tej myśli polecił Forlanini wywoływanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu jednostronnej gruźlicy płuc przez wprowadzanie w miarę potrzeby większej lub mniejszej ilości azotu do opłucnej. Często potem opada gorączka, znikają prątki, plwocina się zmniejsza i następuje wybitne polepszenie. Naturalnie na przeszkodzie stoją tu czasem zrosty opłucne i wtedy, jeżeli są one bardzo silne, zapadnięcie płuca uzyskać można jedynie przez rozległe usunięcie żeber. Operacyę taką wykonał już kilkakrotnie Friedrich. Zabieg ten wykonuje się oczywiście w ostateczności, gdy inne sposoby leczenia nie pomagają, nie jest on bowiem wolny od niebezpieczeństw. Przy początkowej gruźlicy płuc polecił Freund przecięcie chrząstki pierwszego żebra. B. niema jednak zaufania do tej operacyi; o wiele już lepszą jest druga propozycya Freunda, przecięcia chrząstek kilku żeber przy rozedmie płuc. Według B. operacyę tę możnaby też stosować przy rozległych zrostach opłucnych. *K.*

Sachs. **O objawach uwięźnięcia przy przepuklinach tłuszczowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 43). Czasem uwięźnięciu, a raczej skręceniu lub uciskowi uledz mogą w worku przepuklinowym i tłuszczaki podotrzewne. Spotykamy wtedy tesame (?) objawy, co przy uwięźnięciu jelita, a dopiero operacya wykrywa pusty worek przepuklinowy i poza nim obrzmiały wskutek ucisku naczyń tłuszczak. Rozpoznanie jest bardzo trudne; operować należy zawsze. S. przytacza 5 takich przypadków operowanych. Objawy uwięźnięcia pochodzą z jednej strony od ucisku naczyń tłuszczaka, a z drugiej od naciągania otrzewnej. *K.*

Reich. **O bąblowcu kości długich.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 59., Z. 1). Bąblowiec usadawia się przedewszystkiem w kościach płaskich (miednica, kręgi, czaszka), a rzadziej w długich (głównie kończyny dolne). Objawami cierpienia są bole i guz, który przy prześwietlaniu promieniami Röntgena wydaje się przeźroczysty. Bąblowiec kości wiedzie bardzo często do złamań. Leczenie chirurgiczne, a polega na nacięciu i usunięciu pęcherzyków bąblowca i martwaków, czasem trzeba jednak wycinać kość w ciągłości. Rokowanie wogóle dobre, a wyniki operacyjne pomyślne; tak n. p. na 31 operowanych bąblowców kości długich, uzyskano 26 wyleczeń, z czego w 19 ograniczono się do nacięć, a tylko w 7 wykonano duże zabiegi. *K.*

Laryngologia.

Eiselt. **Aseptyczny rozkładany wdmuchiwacz do krtani, nosa, jamy nosowo-gardłowej i do migdałków podniebiennych.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 20). Wdmuchiwacz ten, zrobiony ze szkła, składa się z części nasadowej (krtaniowej, nosowej, nosowo-gardłowej, wreszcie migdałkowej), na której koniec dośrodkowy, przez zanurzenie rurki nabiera się proszku. Wdmuchiwanie odbywa się powietrzem wydechowem lekarza zapomocą nasadki ustnej, tak zrobionej, iż nic z jamy ust dostać się do części nasadowej przyrządu nie może. Nasadka ustna bowiem ma w środku rozdęcie balonikowate, do którego wsuwa się trochę waty. Części te: nasadową i ustną łączy dren gumowy, 30 ctm długi, by jednak przyrząd ten ubezpieczyć dokładniej, by ani z ust lekarza nie dostało się nic do ust chorego, ani naodwrót, znajduje się jeszcze część składowa pośrednia, do połączenia kawałkiem drenu z częścią nasadową. Część ta pośrednia jestto rurka, mająca znowu w środku rozszerzenie balonikowate, a w niem od strony ust lekarza wtopioną zakrzywioną rurkę, która, nie zmniejszając siły powietrza wydechowego lekarza, napewno zapobiega przedostaniu się jakichś cząstek z ust. Już nawet bez tej części pośredniej, wdmuchiwacz ten należy uważać za bardzo praktyczny, a części składowe ze szkła dają się wygotować. — Oprócz kompletu wdmuchiwacza, złożonego z 18 różnych części składowych i do zmiany, wszystko w słoiku szklanym, dokładnie zamkniętym, podaje autor drugi mniejszy, zastosowany wyłącznie do migdałków podniebiennych. (Cena tego mniejszego przyrządu wynosi 1·50 k., całego kompletu 15 k.; przyrządu dostarcza w Austryi firma Waldeck i Wagner w Pradze). *A. B.*

N. Ph. Blegrad. **Czarny język.** (*Lingua villosa nigra*). (*Archiv f. Laryng.* T. XX., S. 197). Na podstawie badania własnych 10 przypadków i krytycznego przeglądu piśmiennictwa, uważa B. za jedyne tłómaczenie powstania czarnego języka z jednej strony wydłużenie brodawek nitkowatych, z drugiej zabarwienie na drodze chemicznej przez pokarmy, wino, tytoń i przez lekarstwa, jak żelazo, rtęć i inne. Przyczyną jest prawdopodobnie drażnienie, najczęściej jako wyraz lekkiego zapalenia języka, wywołanego cierpieniem nosa, gardła, albo przewodu pokarmowego, dalej paleniem tytoniu i używaniem leków. Jako najlepszy środek leczniczy zaleca B. 10% rozczyn dwutlenku wodoru do pędzlowania i tłómaczy działaniem utleniającem leku wpływ na znikanie barwika. *A. B.*

Dermatologia.

Volk. **Leczenie kiły wstrzykiwaniami.** (*Dermat. Zeitschrift* Z. 10., T., XV., 1908). Autor jest zwolennikiem leczenia kiły zapomocą wstrzykiwań, gdyż zdaniem jego przy tym sposobie leczenia, dawkowanie może być ścisłe i pewne. Ta zaleta wstrzykiwań stawia je wyżej co do wartości leczniczej od podawania wewnętrznego przetworów rtęciowych, albowiem w ilościach środka wessanego z przewodu pokarmowego mogą być znaczne różnice, zależne od wielu warunków. W ostatnich czasach rozpowszechnione wcierania w błonę śluzową nosa również nie przedstawiają większych korzyści dla leczonych tym sposobem. Znaczenie bardzo łagodnego i powolnego działania przeciwkiłowego mają pomazywania Welandera, jakoteż leczenie woreczkami i przylepcami rtęciowymi. Nierównie silniej działają wcierania, których ujemną stroną jest niemożność ścisłego oznaczenia ilości środka, wprowadzonego przez skórę do ustroju. Ze środków, używanych do wstrzykiwań w leczeniu kiły, autor najwięcej poleca dawno znany środek, szary olej rtęciowy Langa. Autor uważa ten środek za zupełnie bezpieczny, a nieszczęśliwe przypadki, opisywane po wstrzykiwaniach szarego oleju, przypisuje nieodpowiedniemu zastosowaniu tego środka, czy to wskutek nieostrożnego zastosowania za wielkiej dawki, czy to wskutek omyłki aptekarza przy przyrządzaniu, jak to się stało w przypadkach śmierci, podanych przez Smirnoffa. Należy zważać przy stosowaniu tego środka na działanie jego zbiorowe (sumujące się). Dlatego też odpowiednio do ilości wstrzykiwań odstępy czasu pomiędzy wstrzykiwaniami powinny być coraz dłuższe. Przy przestrzeganiu wszystkich przepisów nie zagraża ten środek nietylko żadnem niebezpieczeństwem, ale niema też przy jego stosowaniu nieprzyjemnych następstw, jak n. p. nacieków i ropni, jakie zjawiają się bardzo często po śródmiąższowych wstrzykiwaniach trudno rozpuszczalnych przetworów rtęci. Autor stosuje leczenie przeciwkiłowe od chwili rozpoznania wrzodu pierwotnego i twierdzi, że to wczesne leczenie dobrze wpływa na przebieg choroby; natomiast zapatrywania, że wczesne leczenia, stosowane przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby na skórze, są szkodliwe, gdyż wywołują w późnych okresach ciężkie objawy kiły, uważa autor wobec wyników nowszych badań na zupełnie nieuzasadnione. *Stopczański.*

Wechselmann. **Tworzenie się polipów w tylnej części cewki moczowej.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908, T. 91). Polipy na tylnej części cewki, przytaczane przez Wossidłę i Lewina, jako skutek bardzo przewlekłego wiewióra, wykazać można częściej, gdy się używa do badania endoskopu Goldschmidta. Autor badał szereg przypadków wiewióra przewlekłego tylnej cewki i często znajdował tamże polipy. W jednym przypadku, w którym po kilkakrotnej sprawie wiewiórowej utrzymywały się objawy, świadczące o zmianach w tylnej części cewki moczowej, znalazł autor w okolicy wzgórka nasiennego kilka polipów. Chory ten był przez kilka lat leczony przez różnych lekarzy bez wykazania rzeczywistej przyczyny. Ze względu na podobne przypadki uważa W. przyrząd Goldschmidta za wielki postęp w kierunku badania dróg moczowych, a samą technikę za niezbyt trudną. Wspomniane polipy usunął autor z łatwością zapomocą kleszczyków Dittla, poczem przyżegał te miejsca nalewką jodową. *Dr Poliwka.*

Felix. **Leczenie wrzodów.** (*Annal. de thér. derm. et syphil.* VIII. 15.). Autor poleca w starych wrzodach kiłowych, nabłoniakach (*ulcus rodens*), zastarzałych wrzodach goleni i toczniu następujące przez siebie używane ciasto: *Amyl. tritic. 157,0, Hydr. bichlor. corr. 1,0, Cokain vel Stovain 1,0, Camphor. monobrom. 10,0, Zinc. chlorat sicc. 120,0.* Wszystko razem miesza się z wodą i małą ilością gliceryny zarabia na ciasto i nakłada na wrzód warstwę grubości 2—3 mm. Pod zwyczajnym opatrunkiem z waty pozostaje to ciasto przez 24 godz.; opatrunek taki powtarza się póty, póki nie zniszczy się części niezdrowych, aż do podstawy. Później smaruje część przyżeganą co 2—3 dni gliceryną karbolową (2½%) i zakłada odpowiedni opatrunek. Po 6—10 dniach odpada zazwyczaj strup, pozostawiając zdrową powierzchnię. *Krzyształowicz.*

Z. Sowiński. **Patologia łupieżu czerwonego włos.** (*pityriasis rubra pilaris*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908, 91). Na podstawie badań histologicznych trzech przypadków tego rzadko spostrzeganego schorzenia skóry dochodzi autor do wniosku, że obraz histologiczny jest odmienny, niż w liszaju płaskim (*lichen ruber planus*), i dlatego uważa zgodnie z autorami francuskimi wspomniany łupież za chorobę *sui generis;* nie uznaje przytem nazwy autorów niemieckich, głównie szkoły wiedeńskiej, liszaja kończystego (*lichen acuminatus*), gdyż stwierdził brak objawów zapalnych w samej skórze. *Krzyształowicz.*

Pinkus i Unna. **O gładkich pudrach w dermatologii.** (*Monatschr. f. pr. Dermat.* 1908, T. 47, 7). Autorowie podjęli badania pudrów ze stanowiska teoretycznego, jakoteż co do ich znaczenia praktycznego w dermatologii. Najważniejszem zadaniem pudrów jest osłonięcie skóry w przypadkach sączenia i wciąganie wydzielin, czy też wydalin tłuszczowych. Pudry gładkie (Gleitpuder) mają tę ważną zaletę, że tworzą powłokę bardzo cienką, a dobrze osłaniającą i trwałą; ale też ze względu na to musi być zasypywanie często powtarzane, co na skórze pokrytej ubraniem jest uciążliwe. Puder roślinny (mączki) jest higroskopijny, dlatego daje się trudniej ułożyć w równej warstwie i stąd dla zwykłych celów używamy pudrów mieszanych, n. p. podanego przez Unnę: *Bolus rubr. 0,5, Bolus alb. 2,50, Magn. carbon. 4,0, Zinc. oxyd. 5,0, Amyl. oryz. 8,0,* — który oddaje bardzo dobre usługi tak na skórze wilgotnej, jak i tłustej, a ma barwę skóry. Najlepszym naturalnym pudrem gładkim jest widłakowy (*lycopodium*); sztucznie wytworzony puder o podobnych właściwościach miałby skład: *Amyl. solani 98,0, Cerae Carnauba 1,0, Magn. carbon. 1,0,* gdyż dodatek wosku nadaje mu potrzebną gładkość. Na pudry gładkie zabarwione do użycia na odsłoniętej skórze podają autorowie następujące przepisy: I. *Amyl. solani 89, Zinci oxyd. 10, Cer. Carnauba 1, M. adde. Sol. Ichtyol. 1% spirit.-aether. Sol. Eosin 1% spirit. aa 5, f. pulv. fluens.* II. *Zinc. oxyd. 5, Lycopod. ad 100, M. adde; Sol. Eosin 1% 10, f. puiv. fluens* (*Lycopodium cuticolor*). Dodatki cynku i ichtyolu czynią te pudry także przetworami leczniczymi, a nietylko osłaniającymi. Do wymienionych zasypek dodawać można wedle potrzeby: ałun, siarkę, tanninę, *magn. carbon., bism. oxychlorat.* *Krzyształowicz.*

Nothaft. **Czy kiła istniała już w Europie przed odkryciem Ameryki?** (*Zjazd lek.* Kolonia, 22. IX. 1908). N. twierdzi, że kiła dostała się do Europy dopiero z Ameryki. Nie mamy żadnego dowodu pewnego na wykopanych kośćcach, żeby kiła była w Europie wcześniej. Także epidemia XV. wieku przemawia za tem, że kiły przedtem w Europie nie było. *K. A.*

Zinsser. **W sprawie leczenia promieniami Röntgena chorób skórnych.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 38). W pracy swej nie omawia Z. właściwie leczenia chorób skórnych, ale raczej zastanawia się nad uszkodzeniami, wywołanemi działaniem promieni Röntgena i nad zapobieganiem tym uszkodzeniom. W pierwszym rzędzie przytacza Z. 7 przypadków uszkodzeń, śledzonych przez siebie osobiście, a powstałych przy naświetlaniach chorób skórnych, u osób zajmujących się fachowo rentgenizacyą. Zmiany te występują w postaci wypadania włosów, w postaci wrzodów lub nawet raków, zwłaszcza u osób, zajmujących się fachowo naświetlaniem. Wrzody rentgenowskie są zwykle bardzo bolesne i goją się bardzo trudno. Czy istnieje idyosynkrazya wobec promieni Röntgena, napewno nie wiemy. To pewna, że nawet na słabe naświetlania oddziaływanie bywa bardzo różne, dlatego też zawsze powinno się stosować jak najmniejsze dawki, i to w kilku posiedzeniach, a nie naraz, bo osiąga się ten sam cel przez to, jak przez jedno silniejsze naświetlenie. Twardemi lampami można naturalnie prześwietlać częściej i dłużej. Przedewszystkiem powinno się zawsze pracować w możliwie stałych i tychsamych warunkach, aby dokładnie panować nad dawkowaniem promieni. Przy leczeniu chorób skórnych daje się to łatwo uczynić i zwykle 2—4 Ampèry, 40—60 Volt, około 1600 przerw w minucie przy 50 cm induktorze zupełnie wystarcza. Inaczej naturalnie jest przy zdjęciach, gdzie trzeba stosownie do narządu i jego grubości czynić odpowiednie zmiany. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21. października 1908 r.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 41.

1) Prezes wita kolegę Jendla jako gościa. Następnie zawiadamia zebranych, że Komitet Tow. lek. krak. uchwalił wniosek, by celem złożenia hołdu i uczczenia profesora Kosińskiego z Warszawy zamianować Go członkiem honorowym Towarzystwa. Głosowanie nad tym wnioskiem odbędzie się stosownie do statutu na najbliższem posiedzeniu. Poczem odbyły się demonstracye:

2) Kol. Borzęcki przedstawia przypadek **stwardnienia pierwotnego na wardze górnej** ust u mężatki 3-miesięcznej.

3) Kol. Rutkowski przedstawia: *a*) **gastroduodenoskop Rovsinga**, *b*) przypadek **wycięcia krtani z powodu raka**; cięcie w linii środkowej szyi; chory opuszcza oddział wyleczony; *c*) przypadek operowany **mięsaka migdałka**; migdałek, podstawę języka i łuk podniebienny usunięto przez zewnętrzną ezofagotomię boczną; *d*) przypadek **raka odbytnicy**; usunięto odbytnicę i tylną ścianę gruczołu krokowego sposobem Kraskego; chory w dobrym stanie opuszcza szpital; *e*) przypadek **wycięcia odźwiernika z powodu raka odźwiernika**; *f*) przypadek **wrzodu żołądka**, w którym wykonano gastrostomię.

W dyskusyi zabiera głos kol. Kader i występuje przeciw przyrządowi Rovsinga, gdyż przy jego użyciu trzeba żołądek silnie rozdąć, a w razie np. wrzodu, może dojść przytem do pęknięcia. Kol. Kader sam przypomina sobie 3 przypadki pęknięcia żołądka z kliniki prof. Mikulicza. Następnie zapytuje prelegenta, czy w przypadku wycięcia krtani udało mu się z cięcia środkowego wyjąć wszystkie gruczoły na szyi.—Kol. Rutkowski w odpowiedzi broni przyrządu Rovsinga, a co do drugiego pytania odpowiada, że z cięcia środkowego wyjął wszystkie gruczoły pod szczęką.

4) Radca Dworu prof. Dr Wicherkiewicz wypowiedział odczyt: **O znaczeniu przepłukiwania komórek ocznych po operacyi zaćmy.** Prelegent przedstawia swój sposób operacyi zaćmy. Dotychczasowe metody operacyjne zaćmy okazały się niewystarczające, gdyż często pozostawały w obrębie źrenicy resztki kory, które dają powód do zaćm następowych. Dlatego postanowił prelegent jeszcze przed 25 laty pozostałość tę wypłukiwać i w tym celu obmyślił przyrząd (który przedstawia). Metodą swoją posługuje się prelegent w pierwszym rzędzie w celach operacyi zaćm niedojrzałych, ale oddaje mu ona nadto dobre usługi podczas operacyi zaćm dojrzałych, jeżeli z powodu hypotonii w w podeszłym wieku usunięcie resztek staje się trudnem albo niemożliwem. W ostatnich czasach odważył się prelegent nadto na usuwanie swoją metodą soczewek prawidłowych w celach leczenia wysokich stopni krótkowzroczności, przez co czas leczenia, wymagający zwykle 3—4 miesięcy, skraca się do tyluż tygodni. Nadto metoda ta daje się zastosować dla usunięcia krwi, powietrza, a nawet przyczynia się do opanowania zakażenia, w razach jeśli takowe bierze swój początek w głębszych częściach oka. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

XXXI. Walne Zgromadzenie dnia 10. lipca 1908 r.

Obecnych członków 17.

1) Wiceprezes Dr G. Bielański zagaja posiedzenie i zawiadamia, że prof. Jaworski ustąpił z urzędu prezesa z powodu braku czasu i stanu zdrowia.

2) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego Walnego zgromadzenia uczczono przez powstanie pamięć zmarłych członków prof. Jordana i aptekarza Wiszniewskiego.

3) Wiceprezes zawiadamia, iż »Położnictwo« prof. Dra Jordana i Doc. Dobrowolskiego zostało rozdane członkom jako bezpłatne premium za r. 1905, 1906, 1907 i dziękuje Doc. Dr. Dobrowolskiemu za bezpłatne oddanie Towarzystwu manuskryptu jego dzieła.

4) Administrator Doc. Mięsowicz składa sprawozdanie z ruchu kasowego, sprzedaży książek oraz ruchu członków. Na podstawie sprawozdania komisyi kontrolującej udzielono zarządowi absolutoryum.

5) Polecono wydziałowi w sposób, jaki uzna za stosowny, ściągnięcie zaległych wkładek oraz reklamowanie, ewentualnie sprzedawanie po zniżonych cenach tych dzieł, których sprzedaż dotąd wolno postępuje

6) Wybory: Prezesem Tow. wybrano przez aklamacyę Doc. Dra E. Mięsowicza, wiceprezesem Dra G. Bielańskiego, członkami wydziału: Dra Buzdygana, Dra Surzyckiego i Dra Korolewicza. Dr Korolewicz został wybrany sekretarzem, skarbnikiem i administratorem.

Do komisyi kontrolującej wybrano Dra Buzdygana i Dra Różeckiego.

7) Wiceprezes zawiadamia, że prof. Jaworski zezwolił, ażeby inwentarz i biuro Tow. znajdowały się nadal w gmachu kliniki lekarskiej. Sekretarz: *Dr Korolewicz.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 6. listopada 1908.

Po krótkiej dyskusyi nad sprawą sprawozdań z prac polskich do pism obcych uchwalono na wniosek Prof. Becka polecić zarządowi zastanowienie się nad tą sprawą i ewentualne wyszukanie referentów.

I. Prof. Barącz przedstawia *a*) 4-letnią dziewczynkę, u której, rozpoznawszy **zapalenie wyrostka robaczkowego** z przebiciem i rozlane ropne zapalenie otrzewnej, wykonał otwarcie brzucha cięciem Mac-Burneya i wycięcie wyrostka, oraz sączkowanie jamy brzusznej. W jamie brzusznej obfita ilość wolnej ropy, wyrostek robaczkowy prawie niezmieniony, wobec czego prawdopodobnem jest zakażenie otrzewnej z innego źródła, a nie z wyrostka. Z ropy wyhodowano paciorkowca. Ponieważ dalszy przebieg powikłany był gorączką posoczniczą, przeto zastosowano surowicę przeciwpaciorkowcową. Chora obecnie ma się zupełnie dobrze. Prelegent omawia w końcu nowe sposoby leczenia ropnego zapalenia otrzewnej. *b*) Prof. Barącz przedstawia chłopca 13-letniego, który od 9 lat cierpiał na ropotok z ucha. Z powodu zaostrzenia się objawów, wystąpienia gorączki, bolesności i t. p. wykonał **antroattykotomię.** W odległości $1^1/_2$ cm od kości znalazł nadoponowo usadowionego **perlaka ropiejącego.** Przez następową attykotomię usunął resztki kosteczek słuchowych, a następnie wykonał plastykę z tylnej ściany przewodu usznego. W końcu omawia prelegent wynik swoich doszczętnych operacyi, wykonanych z powodu przewlekłych ropotoków i perlaka ucha. — Prym. Pisek wspomina o perlaku wielkości jaja kurzego, znalezionym w móżdżku, który nie dawał żadnych objawów.

II. Prof. Gluziński okazuje **kamień ślinowy** (*sialolith*) dużych rozmiarów, wydobyty z pod języka i przysłany na jego ręce przez Dra Turteltauba z Liska.

II. Dr Reis wygłasza odczyt: **O operacyi zaćmy w pierwszej połowie XVIII stulecia,** opracowany częściowo na podstawie podręcznika chirurgii Heistera z r. 1743, przechowanego w dwóch dobrze zachowanych egzemplarzach w bibliotece Tow. lek. lwowskiego. Na wstępie dla wytłómaczenia znaczenia Heistera dla okulistyki kreśli prelegent w krótkości szkic historyczny dawnych pojęć o istocie i powstaniu zaćmy od czasów medycyny greckiej do pojawienia się rozprawy Heistera o zaćmie w r. 1713, odznaczającej się obok jasnego przedstawienia właściwej istoty zaćmy uwzględnieniem stosunków optycznych oka po dokonanej operacyi i zawierającej dobrą rycinę, przedstawiającą wiernie operacyę zaćmy. Następnie przytacza R. w tłómaczeniu wyjątki z podręcznika chirurgii Heistera, opisujące sposób wykonania operacyi zaćmy, która polegała na zepchnięciu zaćmy w głąb oka (*depressio cataractae*). W końcu dodaje kilka uwag objaśniających do przytoczonego tekstu, zwracając uwagę na postępowe już zapatrywanie Heistera w porównaniu z dawniejszymi sposobami operacyjnymi, wykonywanymi przez wędrownych okulistów-szarlatanów. — Do wygłoszonego odczytu dodają uwagi doc. Szumowski i Dr Fels. *Witold Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w dniu 2. października 1908.

Prezes Radca Dr Fr. Chłapowski wita kolegów po feryach i zagaja zebranie.

1) Dr Gantkowski: **Zakopane pod względem leczniczym.** Referent ubolewa nad brakiem zainteresowania się Zakopanem ze strony wielu kolegów Polaków, którzy go po części wcale nie znają, a jednak krytykują. Dzięki swemu szczęśliwemu położeniu, jest Zakopane jakby stworzone na uzdrowisko, mianowicie dla chorób płucnych, ozdrowieńców, chorób narządów trawienia i t. d. Tylko gruźlica ostra, rozedma płuc, wady serca, tętniaki stanowią przeciwwskazanie. Ważny jest sezon zimowy, który stopniowo zaczyna się ożywiać także w Zakopanem. Z zakładów leczniczych referent wymienia zakład Dra Hawranka,

willę »Nieczuja« (dla dzieci), Dom zdrowia »Pomoc bratnia«, Schronisko dla nauczycielek, Zakład Dra Chramca i Sanatoryum Dra Dłuskiego, położone na wysokości 1050 metrów, nadzwyczajnie korzystnie. Referent podnosi znakomite urządzenia tego Zakładu, celowość nawet w drobiazgach itd. Daje się jednak odczuć brak polskiego sanatoryum ludowego, którego założenie mowca gorąco zaleca. Wnosi wreszcie, żeby Wydział dał chociaż inicyatywę do zajęcia się tą sprawą.

W ożywionej dyskusyi zaznacza Dr Łazarewicz, że sanatorya ludowe już się przeżyły, gdyż wyniki nie odpowiadały oczekiwaniom. Koch wymaga obecnie tylko obowiązku meldowania i odosabniania chorych na płuca. — Dr Chłapowski dorzuca kilka uwag co do danych meteorologicznych. Dotkliwe braki Zakopanego, jak np. brak kanalizacyi, światła elektrycznego itd., są w znacznej mierze winą górali, którzy się opierają nowościom. Zakład Dra Dłuskiego miał początkowo niemałe trudności do pokonania (mleko aż z Królestwa sprowadzano). Założenie sanatoryum ludowego — które mowca w przeciwieństwie do Dra Łazarewicza uważa za dobre — jest w Zakopanem już ze względów finansowych niemożliwe. — Dr Karwowski popiera gorąco myśl Dra Gantkowskiego i podnosi wartość sanatoryum ludowego w Zakopanem także i pod względem narodowym. Co do działania promieni ultrafioletowych w Zakopanem, o których wspominał referent, to prostuje jego zapatrywanie o tyle, że może tu chodzić tylko o działanie pośrednie. Dr Święcicki radzi zapytać się Dra Dunina o sanatoryum w lesie Kuflewskim. Przyznaje słuszność Drowi Łazarewiczowi, że chorzy z sanatoryów ludowych tylko na lat kilka odzyskują siły, a potem jednak giną. — Dr Gantkowski odpowiada, że chwilowo lepszego leczenia chorób piersiowych, niż w sanatoryach, nie mamy. Choćby uzyskać kilka lat zdolności do pracy, to jestto już wielka korzyść dla rodzin uboższych. Sanatorya niemieckie jak mogą, germanizują, zakazując polskiej rozmowy itd. i nie są pociągające dla naszych chorych, którzy ich chętnie unikają.

2) Dr Krysiewicz zawiadamia, że Dr Brudziński z Łodzi stara się o założenie kwartalnika pedyatrycznego i pragnie, by w Poznaniu był także komitet dla popierania nowego pisma. Zebranie godzi się na tę myśl i wybiera do tego komitetu kolegów: Krysiewicza, Adamczewskiego, Mieczkowskiego, Grabowskiego, Trzcińskiego i Wybickiego z Gdańska.

3) Prezes zawiadamia, że w roku przyszłym odbędzie się w Poznaniu Zjazd antropologiczny. Zbiory naszego Muzeum mają być także otwarte dla uczestników.

Walne Zebranie w dniu 24. października.

Prezes Radca Dr Fr. Chłapowski, zagajając Walne Zebranie, wita gości, przybyłych z Kalisza: Dra Drozdowskiego, prezesa kaliskiego Towarzystwa lekarskiego, Dra Brudnickiego i Dra Kasprzaka i zaprasza na przewodniczącego Dra Drozdowskiego.

1) Radca Dr Chłapowski przedstawia mężczyznę 62-letniego, który na podstawie **gruźliczych zmian kręgosłupa** przez 45 lat cierpiał na padaczkę, a po wygojeniu się sprawy kostnej wyzdrowiał, przeleżawszy 30 lat w łóżku.

2) Dr Kasprzak (z Kalisza) przedstawia fotografie (oryginału nie mógł przewieźć przez granicę) **potworka dwugłowego**, którego przed 3 tygodniami urodziła w szpitalu kaliskim 22-letnia kobieta. Chora bez tętna po 26 godzinach przerwy w porodzie z wypadniętą jedną główką i rączką potworka przywieziona została do szpitala. K. obciął wystającą głowę i wykonał obrót, chora jednak po 4 godzinach umarła wśród objawów pęknięcia macicy. Potworek należy do rodzaju *bicephalus tirachus tripus*. Szymański w r. 1866 i inny autor w r. 1888 wykonali tę samą operacyę.

W dyskusyi zaznacza Dr Łazarewicz, że w tym przypadku obrót mógł wprawdzie wywołać pęknięcie macicy, sądzi jednak, że macica już była poprzednio pęknięta. Radziłby w podobnym przypadku wykonać przedziurawienie płodu. — Dr. Krzyżagórski (z Wrześni) przed rokiem spostrzegał przypadek podobny. Przy obrocie wyszły 4 nóżki. Wydobył płód w całości; położnica wyzdrowiała. — Dr Kasprzak odpowiada, że perforacya była niemożliwa, ponieważ w jego przypadku było położenie poprzeczne ruchome. Stosował się do rękoczynu, poleconego przez Neugebauera. — Dr Pomorski podnosi rzadkość przedstawionego przypadku, wspomina przypadek potworu bezmózgiego (*anencephalus*), przy którym obok jednej główki wyszła druga i wskazuje na opisaną przez siebie metodę torakotomii w takich przypadkach.

3) Dr Brudnicki (z Kalisza): **O zarazku cholerycznym.** Mówca na podstawie swych osobistych badań, w ostatnim czasie podjętych w pracowniach petersburskich, streszcza w jasny sposób wiadomości obecne o biologii zarazka cholerycznego. Zarazek z nad Gangesu przez Persyę, potem drogą Wołgi dostał się do nas. Opisawszy cechy morfologiczne przecinkowców cholery, zaznacza B., że utrzymują się na bulionie $1\frac{1}{2}$ miesiąca, na podłodze 24 godziny, w wodzie 4 miesiące, w wydzielinach 3—4 miesięcy, na owocach do 3 tygodni. Pettenkofer był zdania, że tylko gleba przenosi zarazę. Obecnie wiemy, że zarazić może jedynie człowiek lub jego wydzieliny. Klinicznie rozróżniamy 5 postaci cholery: biegunkę choleryczną, cholerynę, cholerę ciężką z drgawkami, wreszcie t. zw. *cholera sicca* bez wydzielin, tylko z drgawkami śmiertelnemi. Śmiertelność wynosi 50%. Sekcya stwierdza krew ciemną, gęstą, suchość błon, brak moczu, bladość narządów. We krwi samej zarazka nie znaleziono. Do rozpoznania zarazka od innych podobnych nadaje się jedynie aglutynnacya i sposób Pfeiffera.

W dyskusyi dziękuje Radca Dr Panieński referentowi za wykład nader przystępny i treściwy. Spostrzegał sam 7 przypadków zakażenia cholerą przez wodę. — Dr Pomorski zapytuje, jak daleko postąpiła sprawa uodpornienia. — Dr Brudnicki odpowiada, że istnieje odporność naturalna, którą Miecznikow odnosi do wpływu bakteryi jelitowych, nie dopuszczających do rozwoju zarazków cholery. Kwas solny w żołądku także do pewnego stopnia chroni. Próby uodpornienia na zwierzętach wypadły dodatnio. Stosuje się więc obecnie i u ludzi szczepienie 18-godzinną hodowlą agarową, którą się ogrzewa na 56° i w odstępie 5-dniowym wstrzykuje 2 razy po jednej strzykawce Pravaza. Po wstrzyknięciu następuje podniesienie ciepłoty, apatya itd. Można było stwierdzić, że przebieg cholery u zaszczepionych, jeśli szczepienie »przyjęło się«, był znacznie lżejszy.— Na zapytanie Dra Zakrzewskiego, czy niema po wstrzyknięciu powikłań w przewodzie pokarmowym, odpowiada referent, że nie.

4) Dr Łazarewicz przedstawia **mięśniaka macicy**, którego usunął przez pochwę w ten sposób, że go przepołowił.

5) Dr Nowakowski przedstawia **wyrostek robaczkowy**, wyjęty u chorej, która zachorowawszy wieczorem, następnego dnia miała bardzo słabe objawy. Brak było objawu »defense musculaire«. Ponieważ mowca w trzech przypadkach, gdzie spostrzegał ten sam objaw, zauważył, że zawsze sieć pokrywała wyrostek, przeto wyraża mniemanie, że tam, gdzie sieć zasłania wyrostek, nie pozwalając na rozszerzenie się sprawy zapalnej, bywa brak objawu odruchu brzusznego. W piśmiennictwie nie znalazł mowca dotąd podobnego przypuszczenia.

Nad sprawą tą rozwinęła się ożywiona dyskusya. Dr Pomorski przypuszcza, że sieć ogranicza zapalenie. — Dr Mieczkowski zaznacza, iż tu nie chodzi o znaną rzecz, że sieć ogranicza istotnie zapalenie, ale o to, czy w takich razach istotnie brakuje odruchu brzusznego. Gdyby to na większym szeregu przypadków dało się stwierdzić, objaw Nowakowskiego byłby bardzo ciekawy. — Dr Łazarewicz wspomina o ważnej roli ochronnej, jaką odgrywa sieć w jamie brzusznej także w ginekologii, do czego dodaje Dr Pomorski, że często przy durze brzusznym sieć zasłania jelito przy przedziurawieniu.— Dr Mieczkowski na podstawie swoich spostrzeżeń sądzi, że prawie zawsze objaw odruchu brzusznego występuje, nawet w tych przypadkach, gdzie sieć otacza wyrostek. — Dr Zakrzewski wysnuwa ze spostrzeżenia prelegenta wniosek, że rokowanie nawet w razie przedziurawienia jest lepsze, gdy brak odruchu brzusznego. — W końcu jeszcze Dr Nowakowski odpowiada na niektóre punkta dyskusyi.

6) Prezes Radca Dr Chłapowski oznajmia, że odbędą się wybory do Izby lekarskiej. Zebranie godzi się na dotychczasowych kandydatów i poleca uczynić kroki, żeby i w regencyi bydgoskiej zgodzono się na wybór choć jednego kandydata Polaka.

7) Dr. Karwowski: **O nowoczesnej rentgenoterapii.** Po epokowem odkryciu Roentgena, gdy ogólnie zaczęto stosować nowe promienie do prześwietlania, spostrzeżono, że przechodząc przez ustrój ludzki pozostawiają one po sobie ślady w postaci zaniku komórek, wypadania włosów, zapaleń skóry itd. i zaczęto odrazu bezkrytycznie stosować nową siłę przy najróżniejszych sprawach. Niezadługo jednak ciężkie poparzenia i niektóre objawy późne, a wywołane nieznajomością istoty i działania promieni, oraz niemożnością ich dawkowania, sprawiły, że metoda

została zdyskredytowana. Dopiero mozolne, a dokładne studya nad istotą promieni, a przedewszystkiem odkrycie sposobów dawkowania ich przez Holzknechta, Sabouraud-Noiré, Kienböcka, Freunda i innych, oraz ścisłe ograniczenie wskazań sprawiły, że obecnie promienie Roentgena są potężnym, a po części niezbędnym czynnikiem leczniczym nietylko w dziedzinie chorób skórnych, ale i wewnętrznych. Prelegent opisuje przyrządy, tłómaczy znaczenie stopnia twardości bań i sposoby mierzenia go, dalej dawkomierze Holzknechta, Sabourauda, Kienböcka i t. d.; kładzie nacisk na dokładne obliczenie dawki już przed naświetlaniem, co można uczynić na podstawie obliczeń Kienböcka. Potrzeba uwzględnić twardość bani, ilość decymilliamperów, przechodzących przez nią, odległość powierzchni od ogniska, a wreszcie okolice ciała, które w nierównym stopniu są wrażliwe na promienie. Dalej wspomina prelegent o dawkowaniu głębokiem, np. przy nowotworach wewnętrznych. Opisawszy zmiany, wywołane przez promienie w skórze, widoczne gołem okiem i drobnowidowe, przechodzi mówca kolejno wszystkie choroby, w których stosowano ze skutkiem promienie. Ze swych osobistych doświadczeń przytacza choroby włosów, tocznia, nabłoniaki, świąd miejscowy, łuszczycę, wyprysk zastarzałe i zgrubiałe i pocenie się rąk, przy których to sprawach miał nadzwyczaj korzystne wyniki. Podnosi wygodne stosowanie promieni, np. przy łuszczycy, która po jednorazowem nieraz naświetlaniu, bez pomocy brudzących maści, znika, choć co prawda tylko czasowo, ale nadzwyczajnie szybko w przeciągu tygodnia» itd.

Dyskusyę ze względu na spóźnioną porę odłożono.

Wreszcie Radca Dr Panieński zdaje sprawę z działalności poznańskiego »Towarzystwa stanowego lekarzy«, które w dziedzinie ekonomicznej już bardzo dodatnio pracowało dla ogółu.

Dr A. Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

Posiedzenie w d. 4 (17) kwietnia 1908.

Obecnych 32. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto. Prezes wita przybyłego z Warszawy stałego członka Związku Dra Severina.

Odczytano list od p. Leśniewskiej, nadesłany na ręce prezesa. Pomimo, iż autorka na wstępie listu zaznacza, że ma zamiar tym listem uzupełnić swe odpowiedzi, w dyskusyi nad jej odczytem z marca p. t. »Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną«, to jednak z powodu zawartych w liście zarzutów osobistych przeciw jednej z osób, które zabierały głos w dyskusyi, uchwalono listu do protokółu nie dołączać.

I. Prof. Ziemacki przedstawił chorego na **raka odźwiernika** z objawami zwężenia. W nadpępczu czuć bardzo twardy guz, ruchomy, nieco bolesny przy ucisku. Prelegent wykona w danym przypadku prawdopodobnie gastroenteroanastomozę.

II. Dr Moraczewski (Karlsbad) wygłosił rzecz p. t.: **Zależność indykanu od indolu** (w całości ogłoszoną w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22. 23. r. b.).

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, czy nie przeprowadził badań także co do skatolu. — Doc. Sowiński zarzuca, iż prelegent jakoby zupełnie nie przyznaje innego, prócz wypowiedzianego, pochodzenia indykanu, jak n. p. pochodzenia nerwowego. Otóż dość często można spostrzegać, iż u chorych na wyprysk, pokrzywkę, pojawia się znaczna ilość indykanu w moczu, mimoto badania chorego wykazują, iż stan chorobowy polega wyłącznie na tle nerwowem. Odpowiednie leczenie (brom) usuwa tak wysypkę, jak indykanuryę. Również często w wielu przypadkach trądzika zwyczajnego, przewlekłej czyraczności, wyprysku i przewlekłej pokrzywki za przyczynę stanu chorobowego należy uważać samozatrucie ze strony jelit, za dowód czego służy znaczna indykanurya. W takich razach stosowanie środków odkażających, jak salolu i t. d. daje wyniki bardzo dodatnie. — Doc. Orłowski zapytuje prelegenta, czy sprawdził twierdzenia Słowcowa, że bizmut zmniejsza znacznie ilość indykanu w moczu. Co się tyczy urotropiny, to odpowiednie badania Orłowa dowiodły, iż jest to najenergiczniejszy środek w sprawie zmniejszania ilości indykanu w moczu tak u zdrowych, jak i u chorych. Zaś co do pochodzenia indykanuryi, to obecnie można mówić li tylko o indykanuryach; zadaniem przyszłości będzie — podzielić indykanurye na oddzielne grupy. — Dr Wilamowski zaznacza, iż badania Słowcowa wykazały, że wody alkaliczne powiększają ilość indykanu, jeżeli jest on pochodzenia kiszkowego i odwrotnie zmniejszają go, jeżeli jest innego pochodzenia.

III. P. Próchnicki: *a*) **Pokaz tworzenia się kryształów na szkle.** Krystalizacya 2 soli na szkle: $MgSO_4$ i $ZnSO_4$ w rozczynie wodnym z dodaniem dekstryny dla klejkości, daje najróżnorodniejsze desenie koloru białego. Po zabarwieniu zaś różnemi farbami anilinowemi krystalizują się sole kolorowe. Zjawisko to mogłoby mieć praktyczne zastosowanie do wytwarzania szkieł nieprzejrzystych, gdyby szkła takie nie ulegały uszkodzeniom od wilgoci i wody. Otóż prelegent prosi o radę, w jaki sposób zaradzić tej nietrwałości. W miejscach suchych takie szkła w ciągu 2 lat nie ulegały zmianie.

W dyskusyi zabierał głos Prof. Zaleski, nadmieniając, iż do utrwalenia możeby można było użyć fiksatyny, którą malarze pokrywają malowidła dla zapobieżenia zniszczeniu.

b) Prelegent przedstawił atrament własnego wynalazku do stemplowania bielizny, (dla szpitali i t. d.) Próby w pralni parowej szpitala Obuchowskiego i w pralni klinik Akademii wojskowo-lekarskiej, przy ciśnieniu 4 atmosfer, dowiodły, iż stemple z tego atramentu podlegają nader nieznacznym zmianom. Skład tego środka prelegent zatrzymuje w tajemnicy.

Dyskusya: Dr Wierciński zapytuje, czy pokazywane stemple na płótnie dawno były zrobione i czy prelegent długo prowadzi swe doświadczenia. — Prof. Zaleski prosi o wyjaśnienie, na czem polega ulepszenie w porównaniu do środków już istniejących. — Prócz tego zabierali głos p. Chrzanowski i p. Boharewicz.

Prof. Ziemacki: Bardzo przyjemnie było nam słyszeć od p. prelegenta o nowym wynalazku atramentu i wynalazek przyjąłbym z uznaniem, gdyby p. prelegent nie zaznaczył, że ze swojego odkrycia robi tajemnicę. O ile zrozumiałem, p. prelegent niema zamiaru podzielić się z nami swoim naukowym, czyteż czysto technicznym wynalazkiem. Otóż pogląd taki zmusza nas do głośnego protestu przeciwko takiemu stawianiu sprawy. Na naukowych naszych posiedzeniach nie mogą być przedstawiane jakieś niedomówione lub tajemnicze odkrycia, ponieważ toby przemieniło nasze naukowe posiedzenia na reklamowanie środków tajemnych, a na to my z zasady zezwolić nie możemy (Streszczenie własne). — Doc. Sowiński i doc. Orłowski, podzielający zdanie prof. Ziemackiego, po jego przemówieniu zrzekli się słowa. — Dr Hattowski zaznacza, że zaszło przykre nieporozumienie, prelegent bowiem przed odczytem uprzedzał, iż nie uważa swego wynalazku za rzecz naukową, ale zalicza go do czysto technicznych. — Prof. Zaleski: Wynalazki naszych rodaków powinny być witane życzliwie. W danym razie wina nie leży po stronie prelegenta. Gdyby istniał przy »Związku« wydział techniczny, to rzecz omawiana najzupełniej by się tam nadała.

IV. Prof. Ziemacki wygłosił rzecz p. t., **Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. Dwa przypadki operacyi na pęcherzyku żółciowym.** Do szeregu swoich przypadków operacyi na pęcherzyku żółciowym pragnie prelegent dodać opis jeszcze 2, niedawno przez siebie operowanych.

1) Cholecystotomia z powodu zupełnego zwyrodnienia pęcherzyka żółciowego, po licznych napadach kolki żółciowej wskutek kamienia. Panna W. R., 28 lat, zachorowała temu 6 lat na napady bolów w prawej połowie brzucha. Napady owe od czasu do czasu wikłały się z wymiotami. Ze dwa razy były ostre napady zapalenia wyrostka robaczkowego. W listopadzie 1906 r. bardzo silny napad bolów w prawem podżebrzu. Wtedy po raz pierwszy zauważono obrzękłość guzowatą wielkości pięści w okolicy pęcherzyka żółciowego. Przed 2 miesiącami choroba się powtórzyła w bardzo ciężkiej postaci. 3. V. 1907 wstąpiła chora do kliniki Instytutu Heleny Pawłównej. W prawem podżebrzu czuć wyraźnie przez cienką ściankę brzuszną guz twardy, złączony ściśle z wątrobą, wielkości pięści, mało ruchomy. Guz czuć również i ze strony nerki. Wątroba nie powiększona. Lekki stopień histeryi. 12. V. cięcie ukośne nad guzem. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono sieć większą przyrośniętą do ściany brzusznej. Pod siecią pęcherzyk żółciowy, większy od pięści, twardy, napięty i mocno zrośnięty z jelitami cienkiemi i z okrężnicą poprzeczną. Podczas uwalniania pęcherzyka ze zrostów ściana pęcherzyka przedarła się i wypłynęła ciecz w nim zawarta w ilości $^3/_4$ szklanki. Część cieczy była przeźroczysta i bezbarwna, druga część, głębiej położona, była podobna do ropy. Pęcherz żółciowy zupełnie zwyrodniały. Błona śluzowa pokryta śluzem i ropą, silnie przekrwiona. Przewód pęcherzykowy zatkany przez wielki kamień żółciowy, wielkości migdała. Połączenia po-

między pęcherzykiem a przewodem żółciowym spostrzedz nie było można; zapewne wskutek tego, iż nastąpiło zarośnięcie przewodu pęcherzykowego. Pęcherzyk żółciowy w całości aż do wspólnego przewodu żółciowego wraz z przewodem pęcherzykowym wycięto. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, gojenie się doraźne. Po upływie prawie roku operowana zupełnie zdrowa.

2) Cholecystotomia z powodu kamicy. Chora W., zamężna, 32 lat, choruje już od 5 lat. Cierpi na bole w krzyżu i w plecach. Nie może siedzieć, ani chodzić. Napady kolki z początku były rzadkie, a obecnie tak się wzmogły, że w ciągu ostatniego miesiąca było 10 silnych napadów. 11. X. wykonano laparotomię w celu wyjęcia płodu z powodu ciąży zewnątrzmacicznej. 17. X. 1907 wstąpiła chora do kliniki chirurgicznej Instytutu Heleny Pawłównej z lekką żółtaczką. Wątroba nieco powiększona. Na prawo od pępka i w kierunku ku wątrobie w okolicy więzadła obłego wymacano guz twardy. Chora zupełnie nie może leżeć na lewym boku. 28. X. wykonano cholecystotomię z powodu częstych napadów kolki żółciowej. Pęcherzyk żółciowy znacznie powiększony. Wyjęto zeń ze 60 kamyków różnej wielkości, dość miękkich, barwy żółtej. Największe z nich wielkości bobu, najmniejsze w postaci okruszyn. W miejscu połączenia przewodu wątrobnego z przewodem pęcherzykowym można wyczuć powiększony gruczoł limfatyczny, wielkości orzecha laskowego. Ściana pęcherzyka żółciowego przerosła, błona śluzowa stosunkowo prawidłowa. Dlatego prelegent ograniczył się w danym przypadku do utworzenia przetoki pęcherzykowej (*cholecystostomia*). Rana zagoiła się doraźnie, oprócz samej przetoki. Z przetoki wydziela się trochę śluzu i trochę ropy. Żółci nie było i tylko w 12 dni po operacyi zaczęła się obficie wydzielać żółć z przetoki. Ciepłota 36,0—36,8° C. Chora opuściła klinikę z przetoką. W d. 3. II. 1908 chora ponownie zgłosiła się do kliniki, ażeby się poddać operacyi zamknięcia przetoki, co też wykonano 6. II, gdyż, o ile można było przypuszczać, z wydzieliny śluzowej bez domieszki ropy, błona śluzowa pęcherzyka powróciła już do zwykłego stanu. Po zeszyciu nadciętych brzegów przetoki zagoiła się rana doraźnie i 22. II. opuściła operowana klinikę zupełnie wyleczona. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Kamieński prosi prelegenta o bliższe wyjaśnienie, w jakim okresie należy przystąpić do operacyi, na co otrzymuje odpowiedź, iż zasady są tu tesame, co i przy zapaleniu wyrostka robaczkowego: i tutaj gra rolę, czy choroba pojawia się po raz pierwszy, czy też ponawia się. — Doc. Orłowski sądzi, że mała ilość takich operacyi, o czem wspominał prelegent, zależy i od samych chorych. Mowca ma jedną chorą, której od 2 lat zaleca się operacyę, a jednak dotąd jeszcze chora nie chce poddać się operacyi. — Dr Kamieński zaznacza, iż kolka żółciowa częściej daje się spostrzegać u kobiet, niż u mężczyzn, i zapytuje prelegenta o przyczyny tej różnicy.

W administracyjnej części posiedzenia 1) uchwalono wniosek Prof. Zaleskiego, by przedstawić na członków korespondentów »Związku« Dr Fr. Chłapowskiego i Dra Święcickiego z Poznania. 2) Na wniosek prezesa uchwalono przesłać telegram gratulacyjny w dniu obchodu 50-letniego istnienia Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż udaje się do Pragi na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Uchwalono jednomyślnie, by prezes był na Zjeździe przedstawicielem »Związku«. 4) Przyjęto do wiadomości odezwę Prof. Wicherkiewicza, prezesa polskiego komitetu przyszłego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie, z prośbą o udział czynny. 5) Prezes zawiadamia, iż koncert opery włoskiej dał na korzyść szpitala polskiego czystego zysku 902 rsr. Wyrażono podziękowanie tak głównym organizatorom Drowi Zakrzewskiemu i jego małżonce, jak administracyi opery włoskiej i wszystkim osobom, które zajęły się sprzedażą biletów. 6) Prezes podaje do wiadomości, iż przedstawiciel firmy »Puro« prosi o nadmienienie, że z każdej buteleczki, zapisanej przez członków »Związku« bezpośrednio od niego, zobowiązuje się przelewać po 50 kop. na rzecz szpitala polskiego. 7) Odczytano list od Dra Dłuskiego z podziękowaniem za wybór na członka-korespondenta »Związku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenia.

1) Izba lekarska zachodnio-galicyjska wzywa PP. kolegów, którymby ofiarowano posadę lekarza, lub też poruczono jakąkolwiek czynność przy kolei północnej w Krakowie, — w miejsce dotychczasowego lekarza kolejowego, któremu bez ważnych powodów wypowiedziano posadę, — aby przed porozumieniem się z Izbą lekarską żadnej umowy nie zawierali, ani żadnej czynności lekarskiej przy kolei północnej w Krakowie nie obejmowali.

2) Lekarze w Grybowie podjęli usiłowania celem polepszenia warunków bytu, przyczem stanęli w sprzeczności z grybowską filią powiatowej kasy chorych w Nowym Sączu, która nadto rozpisała konkurs na posadę lekarza kasy z płacą roczną 600 koron, gdy przedtem przy mniejszej ilości członków kasy płaca lekarza wynosiła 800 koron rocznie. Izba lekarska zachodnio-galicyjska wzywa przeto wszystkich PP. kolegów, by o posadę tym konkursem rozpisaną nie ubiegali się, ani też bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską nie przyjmowali żadnego zastępstwa w kasie chorych w Grybowie.

Kraków, dnia 9. listopada 1908.

Sekretarz *Dr Ackermann.* Prezydent *Dr Schoengut.*

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Dnia 31. X. 1908 odbyło się posiedzenie Wydziału pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza. Załatwiono różne sprawy administracyjne i uchwalono zwołać osobne posiedzenie Wydziału, celem zastanowienia się nad sposobami energiczniejszego poparcia sprawy znaczków receptowych. Referent administracyi znaczków żalił się, że lekarze zbyt mało zajmują się tą sprawą, jakkolwiek jest ona dla lekarzy bardzo ważna, bo przy małym odbycie w bieżącym roku zdołano przelać do funduszu dla zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach kwotę 1500 K. Na fundusz ten złożyli: apteka p. Nitribitta w Krynicy za inicyatywą Dra Wąsowicza 100 K., zakład zdrojowy w Lubieniu 281 koron 60 h., Profesor Dobrowolski w Krakowie 20 K. Wszystkim ofiarodawcom składa Wydział na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Załatwiono nadto podania dwóch lekarzy, którzy zapytywali, czy mogą przyjąć posady, ofiarowane im przez kasę chorych, względnie Towarzystwo ubezpieczeń. — Zapomogi udzielono: Pani B. z K. 100 K., pani Ł. z K. 100 K., Drowi S. z L. 200 K. — Na prośbę Dra E. z K. uchwalono udać się do Dyrekcyi kolei północnej w Wiedniu z przedstawieniem, że postąpienie wobec tego lekarza było krzywdzące i nieuzasadnione. — Akcyę w sprawie zamiany Towarzystwa Samopomocy lekarzy na Związek krajowy lekarzy uchwalono wstrzymać jeszcze do połowy listopada b. r., t. j. aż do powrotu Dra Flisa, głównego referenta tego przedmiotu. *W.*

Zjazd lekarzy okręgowych galicyjskich odbył się 27. IX. 1908 we Lwowie przy niewielkim udziale przyjezdnych, w obecności kraj. referenta sanitarnego, R. dw. Dra Merunowicza, posła rektora Prof. Marsa, wiceprezesa Izby lek. Dra Papéego i członka jej Dra Mikołajskiego. Przewodniczący komitetu lekarzy okr. Dr Natter streścił 10-letnią pracę komitetu i zaznaczył, że tylko zrzeszeniu się lekarzy okr. przed 10 laty zawdzięczać należy to, iż obecnie wniesiona została do Sejmu ustawa emerytalna. Dr Mikołajski zawiadomił zebranie o krokach Izby lek. wsch.-gal. w tej sprawie i rozpatrzył krytycznie wniesiony projekt ustawy. Dr Zasacki, porównując projekt z pensyjną ustawą państwową, doszedł do wniosku, że ustawa państwowa jest lepsza pod względem moralnym i że należałoby się starać o zastosowanie jej do lekarzy okręgowych. R. dw. Merunowicz zwrócił uwagę, że wniesienie projektu w Sejmie jest wielkim krokiem naprzód; należy starać się o jego poprawienie, ale przedewszystkiem o uchwalenie. W dalszej dyskusyi krytykowano jeszcze sposób prowadzenia spraw dyscyplinarnych lekarzy okręgowych. W końcu uchwalono prosić Izbę lek. wsch.-gal. o wniesienie do Sejmu memoryału z przedstawieniem zmian, jakie w projekcie ustawy emerytalnej są konieczne (Izba memoryał taki, jak donosiliśmy, wniosła) i uznano potrzebę założenia Związku lekarzy okręgowych i gminnych, powierzając opracowanie statutu dotychczasowemu komitetowi. *R.*

Komitet lekarzy okręgowych wzywa wszystkich lekarzy okręgowych, miejskich i gminnych (Głos lek. 20), by do końca listopada b. r. oświadczyli się (na ręce Dra Nattera w Frysztaku), czy przystąpią do zamierzonego Związku lekarzy autonomicznych galicyjskich. *R.*

Zmianę w kierownictwie Departamentu V Wydziału krajowego, dokonaną przez wybór Dra Bernadzikowskiego do Wydziału, omawia »Kuryer lw.« (516), wyrażając zdanie, że przeszłość polityczna Dra Bernadzikowskiego nakłada nań obowiązek przeprowadzenia pewnych spraw według postulatów stronnictwa ludowego; »n. p. sprawa opieki nad ubogimi nieuleczalnie chorymi, nad ozdrowieńcami, kalekami, podrzutkami, wymaga niezbędnie albo ukrajowienia tego działu, albo conajmniej pociągnięcia do uczestniczenia w wydatkach także obszarów dworskich«. »Z drugiej strony będzie zmuszony Dr Bernadzikowski we własnem stronnictwie (ludowem) i wśród szerokiej masy włościaństwa prostować niejedno błędne pojęcie o rzeczach sanitarnych i propagować postępowe idee. Będzie to osobiście dla nowego szefa Dep. sanitarnego czasem kłopotliwem i niedogodnem, ale na dojrzałość społeczną stronnictwa wpłynie dodatnio, gdy Dr Bernadzikowski będzie zmuszony między ludem wiejskim popularyzować pożyteczną instytucyę lekarzy okręgowych, albo instytucyę akuszerek okręgowych, albo potrzebę higienicznych urządzeń w domostwach i gminach, przeciw którym lud dotąd często okazywał odrazę«. Chcąc tę odrazę usunąć, należy »usunąć fatalne błędy dotychczasowej gospodarki w tym dziale«; poza tem »oczekuje kraj od Dra Bernadzikowskiego szerokiego programu reform sanitarnych,... reorganizacyi fachowej departamentu, zorganizowania według wymogów czasu całej sanitarnej służby gminnej i okręgowej, zdrojownictwa, udoskonalenia szpitalnictwa«. Podejmując to brzemię, zdać ma Dr B. »rachubę nietylko przed forum Sejmu, lecz także wobec krytyki fachowych znawców, którzy od lekarza więcej będą wymagali, niż od »rolnika««. — W końcu wyraża »Kuryer lw.« nadzieję, że Dr Bernadzikowski nie zawiedzie oczekiwania. *R.*

Izby lekarskie »nie mają prawa zagrażać karą dyscyplinarną, ostrzegając przed przyjmowaniem posad lekarskich w interesie materyalnym swych członków, a polityczna władza krajowa ma prawo unieważniać uchwały Izb, sprzeciwiające się ustawie lub przekraczające ich kompetencyę«. Dosłowny tekst tego, niezmiernie dla stanu lekarskiego niekorzystnego orzeczenia austr. Trybunału administracyjnego z 18. V. 1908, L. 2777 (o którem w swoim czasie donosiliśmy), podaje wraz z uzasadnieniem »Oesterr. Sanitätswesen« w Nr 44. r. b. Powodem tego orzeczenia było odwołanie się jednej z Izb (wiedeńskiej) od zarządzenia namiestnictwa i ministerstwa spraw wewn., które unieważniły uchwałę Izby, grożącą karą tym z lekarzy, którzyby wbrew interesom zawodowym objęli posadę w pewnej kasie chorych. Trybunał administr. wywodzi, że według §. 14. ustawy o Izbach lek. mają władze polityczne krajowe prawo nadzoru nad Izbami i prawo domagania się, aby przekroczenia ustawy lub zakresu działania Izb były usunięte (»das Recht, auf die Abstellung der Unregelmässigkeiten zu dringen«). W tem mieści się prawo unieważniania uchwał Izby, przekraczających zakres jej działania lub ustawę, i to unieważniania z urzędu, bez zażalenia strony prywatnej. W danym przypadku Izba, zagrażając karą dyscyplinarną, wkroczyła w czynności zarobkowe poszczególnych swych członków (Eingriff in die Erwerbsthätigkeit). Jednakże §. 3. ustawy o Izbach, na zasadzie którego uważała Izba takie wkroczenie za uzasadnione, należy zdaniem Trybunału admin. rozumieć tylko w ten sposób, że Izby mają prawo określić ogólne zasady, według których postępowanie członków Izby ma być uznawane za zgodne lub niezgodne z interesem zawodowym. Jednakże unieważniona uchwała Izby zasady takiej nie zawiera, zmierza zaś wyłącznie do poparcia tylko materyalnych interesów większości lekarzy, należących do tej Izby pod groźbą kar dyscyplinarnych, do czego zdaniem Trybunału admin. Izba niema prawa. *R.*

Prawo o powszechnem ubezpieczeniu robotników w Austryi ma według »Allg. Wiener med. Ztg.« (45) obejmować co do kas chorych zmiany, dla lekarzy korzystne. Do kas mogą obowiązkowo należeć osoby, mające najwyżej 2400 K. dochodu rocznego. Ustawa określa wyraźnie możebność wolnego wyboru lekarzy. Spory lekarzy z kasami mają być rozstrzygane bądź przez t. zw. »Versicherungsgerichte«, bądź przez »komisye polubowne« (Einigungskommissionen). Zakładanie kas regestrowanych ma być ograniczone. Natomiast nie uwzględniono w ustawie żądania lekarzy, aby do kas chorych nie mogły być przyjmowane osoby, zgłaszające się dobrowolnie; jednakże prawo to mają mieć tylko osoby, których dochód roczny nie przekracza 3600 K., z nich zaś te, których dochód przekracza 2400 K., nie będą mieć prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej w kasach. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. do 7. XI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 3); Buczacz (Krasiejów 1, Trościaniec 2); Kosów (Szeszory 1), Nadwórna (Łuh 3, Zielenica ad Zielona 4); Stryj (Orawczyk 5) i ospy w pow. Chrzanów (m. Chrzanów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 1. do 7. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 2; zmarło osób 62 (w tem obcych 27), z nich z gruźlicy 14 (8), zapalenia płuc 6 (4), błonicy 2 (2), płonicy 3 (3), odry 2, duru brzusznego 3. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. do 7. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 2, płonicy 12 † 3 (5 † 3), odry 32 † 2 (3 † —), duru brzusznego 5 † 3 (2 † —). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1. do 7. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 3 † 1), płonicy 28 † 3 (8 † 1), odry 1, duru brzusznego 9 † 3 (5 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Cholera w Rosyi. Od 11. do 11. X. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 1,571 († 819), t. j. o 639 († 263) mniej niż w poprzednim tygodniu. *R.*

Wiadomości bieżące.

Wśród uchwał X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie znajdowała się następująca rezolucya sekcyi prasowej: »Zjazd wyraża uznanie wydawcom pism lekarskich archiwalnych, nie szczędzącym na nie nakładu pracy i ofiarności; oświadcza, że należy dążyć do objęcia pismami archiwalnemi tych działów, które w nich dotąd nie są uwzględnione, bądź przez utworzenie pism specyalnych, bądź... przez rozszerzenie ram istniejących pism archiwalnych...«

Myśl przewodnią tej uchwały zamieniają pierwsi w czyn pedyatrzy polscy. Z inicyatywy Dr Józefa Brudzińskiego z Łodzi, zacznie w r. b. wychodzić kwartalnik o cechach archiwum, poświęconego chorobom dzieci, p. t. »Przegląd pedyatryczny«. Wszyscy niemal bez wyjątku pedyatrzy polscy obok grona kolegów, których rozwój tego działu nauki u nas żywiej zajmuje, związali się w koło wydawnicze, liczące do tej chwili prawie 90 członków, których ofiarność stwarza podstawy dla nowego wydawnictwa. Trud redakcyjny podzieliły między siebie wszystkie trzy dzielnice: redakcyę stanowią Dr Anders z Warszawy, Dr Brudziński z Łodzi, Dr Krysiewicz z Poznania, Prof. Lewkowicz z Krakowa i Prof. Raczyński ze Lwowa; wszędzie też zgłosili się chętni współpracownicy; techniczną stronę pracy przyjął w r. b. redaktor »Przeglądu lekarskiego«. Nowy kwartalnik drukować się będzie w Krakowie; pierwszy i drugi zeszyt wyjdą razem w ciągu listopada[1]). Zeszyt ten zawierać będzie prace oryginalne Dr Brudzińskiego, Jasińskiego, Korybut-Daszkiewicza, Kopcia, S. Kramsztyka, Prof. Lewkowicza, Dr Mogilnickiego, Prof. Raczyńskiego i Dr Schoenaicha, dalej sprawozdanie poglądowe, streszczenia piśmiennictwa bieżącego, oceny dzieł pedyatrycznych, korespondencye o urządzeniach i ruchu w tym dziale za granicą, i chociaż część, poświęcona pracom oryginalnym, będzie tym razem przeważać, to jednak zeszyt ten będzie mógł już dać wyobrażenie o sposobie prowadzenia i ogólnym planie pisma.

W prospekcie »Przeglądu pedyatrycznego« zaznacza redakcya, że pismo to »przyczynić się może znakomicie do dalszego rozwoju tej gałęzi nauki lekarskiej u nas przez zgrupowanie wszystkich sił pedyatrycznych polskich pod jednym sztandarem«

---

[1]) Przedpłata roczna »Przeglądu pedyatrycznego« wynosi 4 ruble, 10 koron, 9 marek, a przyjmuje ją administracya kwartalnika (Kraków, ul. Strzelecka, szpital św. Ludwika). Prenumeratorowie tych pism lekarskich polskich, które przyznają wydawcom i prenumeratorom »Przeglądu ped.« pewne ustępstwa na swych wydawnictwach, będą mogli otrzymywać kwartalnik ten po cenie znacznie niższej. Na tej zasadzie mogą czytelnicy »Przeglądu lekarskiego«, pozostający z administracyą naszą w stosunkach bezpośrednich, otrzymywać za jej pośrednictwem »Przegląd pedyatryczny« za połowę ceny.

i wyrażając nadzieję, że »wobec szerokiego zainteresowania się chorobami dzieci w kołach wszystkich prawie lekarzy prowincyonalnych, którzy z tym działem medycyny najwięcej prawie stykać się muszą, wydawnictwo życzliwie będzie przyjęte« — zaprasza »wszystkich lekarzy polskich, interesujących się chorobami dzieci, do popierania wydawnictwa, a pracujących naukowo na tem polu — do współpracownictwa«.

Zarazem zapowiada Redakcya, że w przyszłości podejmie wydawanie dzieł pedyatrycznych, oryginalnych i tłómaczonych zapomocą funduszu, którego podstawy utworzyła ofiarność Czcigodnego Prof. Dr Jakubowskiego i zebrany przez lekarzy łódzkich fundusz im. Dr Jonschera.

Podobno w kołach ginekologów polskich w Warszawie powstała myśl pójścia w ślady naszych pedyatrów.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 11. XI. 1908 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przypadek rozedmy płuc, operowany sposobem Freunda z wynikiem pomyślnym, Prof. Lewkowicz wykładał: »O prosówce płoniczej«, a Prof. Bujwid: »O seroprofilaktyce wodowstrętu«. W dyskusyach przemawiali Dr Blassberg, Damski, Eisenberg, Gertler, Krzyształowicz, Warzycki.

— Sprawa rekonstrukcyi krajowego szpitala św. Łazarza miała się o tyle naprzód posunąć, że, jak słychać, w październiku r. b. odbyła się na miejscu komisya, utworzona przez Wydział krajowy. Projekt, opracowany przez tę komisyę, w której uczestniczyli obok lekarzy przedstawiciele administracyi i architekci, zasadza się w głównym zarysie na tem, że stary gmach poklasztorny (mieszczący obecnie w najfatalniejszych warunkach oddziały położnicze i skórno-weneryczne) miałby być obrócony na gmach administracyjny, obejmujący biura, magazyny, warsztaty, pracownie i mieszkania personalu; dla oddziałów skórno-wenerycznego i położniczego miałyby stanąć nowe pawilony, pawilon chirurgiczny miałby być rozszerzony przez dobudowę sal operacyjnych, a pawilony chorób wewnętrznych przekształcone i ulepszone. Taki plan wydawałby się istotnie najlepszem na razie rozwiązaniem trudności, jakie nastręcza obecny, dorywczo i bez planu powstały kompleks budynków szpitala krakowskiego. Dla dalszego jednak racyonalnego rozwoju szpitala w przyszłości wydawałoby się konieczne zaokrąglenie jego gruntów przez włączenie klina parcel prywatnych, wrzynającego się dziś w głąb szpitala od strony ul. 3 Maja.

— Kalendarz lekarski krakowski wyszedł z druku i jest do nabycia u redaktora, Doc. Dr Glińskiego (Collegium medicum), oraz w księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

— Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy składa serdeczne podziękowanie za ofiary, złożone na fundusz dla zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach: aptece p. Nitribitta w Krynicy za ofiarowane z inicyatywy Dr Wąsowicza 100 k., Zarządowi zakładu zdrojowego w Lubieniu za ofiarowane 281 k. 60 h., Prof. Dobrowolskiemu w Krakowie za dar 20 k.

— R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz mianowany został członkiem honorowym »Spolku lekařů českych«.

Lwów. Kursa dla lekarzy, urządzane w grudniu r. b. przez Wydział lekarski lwowski, zapowiadają się pomyślnie. Dotychczas zgłosiło się już kilkunastu uczestników z Galicyi i z zaboru rosyjskiego. Dalsze zgłoszenia przyjmuje Prof. Dr Raczyński (Lwów, Sienkiewicza 9).

Warszawa. Pierwsze posiedzenie sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lekarskiego w Łodzi, utworzonej z inicyatywy Dr J. Brudzińskiego, odbyło się 24. X. 1908 w sali szpitala dla dzieci im. Anny Maryi. Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa sekcyi przemawiali: Dr Pinkus imieniem Towarzystwa lekar. łódzkiego, Dr Ciągliński imieniem Towarzystwa lek. warszawskiego, Dr Miszewski od grona lekarzy szpitala dziecięcego przy ul. Aleksandrya w Warszawie, Dr Daszkiewicz od grona lekarzy »Domu wychowawczego« warszawskiego, Dr Matylda Biehler od redakcyi »Medycyny i Kroniki lek.«, Dr J. Kramsztyk od grona lekarzy szpitala dziecięcego im. Bersonów i Baumanów w Warszawie; Dr Sterling wyraził życzenie, by śladem Łodzi poszły inne miasta. Następnie Dr Jasiński przedstawił dorobek naukowy pedyatryi polskiej, a Dr Brudziński wykładał »O celach i zadaniach spółczesnej pedyatryi«. W końcu odbyło się zebranie koleżeńskie.

— W Warszawie powstaje pod nazwą »Higiena praktyczna im. Bolesława Prusa« nowe Towarzystwo, którego ustawa uzyskała właśnie zatwierdzenie władz. Towarzystwo to wzięło sobie za zadanie: *a)* udzielać wskazówek i ułatwień w utrzymywaniu czystości w mieszkaniach i warsztatach, *b)* tworzyć tanie kąpiele i pralnie, *c)* przygotowywać tanią hygieniczną odzież i sprzęty, *d)* rozdawać bezpłatnie lub za małą cenę higieniczną odzież, bilety kąpielowe i t. p., *e)* urządzać wystawy i konkursy higieniczne, *f)* udzielać wskazówek i ułatwiać racyonalne odżywianie się ludności, *g)* popularyzować higienę praktyczną (widowiska, wykłady, broszury i t. p.).

— Warszawskie Towarzystwo odontologiczne wybrało 29. IX. b. r. komisyę, mającą się zająć wydawnictwem dalszych zeszytów polskiego »Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej«. Na temże posiedzeniu wybrano komisyę etyczno-zawodową.

— Powołana przed rokiem pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego komisya w sprawie pomnożenia liczby miejsc w szpitalach kończy swe prace. Wnioski jej stanowić będą główny materyał do systematycznego planu ulepszeń w szpitalnictwie warszawskiem. — Wydział dobroczynny magistratu zda wkrótce sprawę ze swej działalności od czasu objęcia zakładów dobroczynnych przez miasto na zebraniu, na które będą zaproszeni obywatele i redaktorowie pism. W ciągu tego czasu zapłacił magistrat około 800,000 długów szpitalnych i wydał na utrzymanie szpitali około miliona rubli. (Kur. warsz. 307).

— Nagrodę na konkursie im. Konitza przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr. Lorentowiczowi za pracę: »O etyologii ciąży jajowodowej« i Dr Karczewskiemu za pracę »O ciąży śródmiąższowej«. (Med. i Kron. lek. 45).

— Plan zajęć praktycznych z chemii i bakteryologii, mających się odbywać w pracowni Dr Serkowskiego, (Warszawa, Sto-Krzyzka 16) (od 2 stycznia 1909 przez 2 miesiące 2 razy tygodniowo od 8 w.) obejmuje: 1) rozbiór chemiczny moczu, 2) metodykę barwienia preparatów, 3) technikę bakteryologiczną badania moczu, 4) chemiczne i morfologiczne badanie krwi, 5) bakteryologię krwi i technikę aglutynacyi, 6) serodyagnostykę, 7) badanie włosów i łusek, 8) metodykę odczynu Wassermanna i badanie krętków bladych, 9) badanie plwocin, 10) treści żołądkowej, 11) kału, 12) wysięków, płynu mózgowordzeniowego, mleka kobiecego (chemiczne, mikroskopowe, bakteryologiczne). Opłata przy wpisie 25 rb.

Z różnych stron. W Chicago powstało polskie Towarzystwo dentystyczne. (Kron. dent. 11).

— Dzienniki donoszą, że w szpitalu krajowym w Lublanie, nowocześnie urządzonym, są do obsadzenia 3 posady sekundaryuszy. Ponieważ niema kandydatów Słoweńców, a nie chcianoby, oddać posad Niemcom, przeto w Lublanie życzonoby sobie Polaków. Warunki: 2,000 koron, mieszkanie i utrzymanie. Kandydaci muszą być nieżonaci. Młodzi lekarze znajdą tam sposobność do dalszego kształcenia się. Podania w języku polskim należy wnosić do Wydziału krajowego. Kompetent musi być Polakiem lub Rusinem i chrześcianinem. Ponieważ sprawa jest bardzo pilna, zaleca się chcącym się ubiegać o te posady jak największy pośpiech.

Mianowani: Dr St. Mostowski asystentem zakładu chemii lek. w Krakowie. Prof. Hochsteller z Insbruka profesorem anatomii w Wiedniu. Dr J. Grabowski starszym lekarzem szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

Przeniesieni: Kon. sanitarny Dr Jarocki z Turki do Sokala, asystent sanit. Dr Krok z Krakowa do Turki.

Zmarli: Dr Ludwik Nazarkiewicz, współwłaściciel sanatoryum w Gries w Tyrolu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. listopada o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: kol. Dr Mazurkiewicz ze Lwowa: »Stosunek psychiatryi do psychologii«.


· ODZNACZENIA ·
KRAKÓW - LWÓW - PARYŻ - WIEDEŃ

Rok XLVII. Kraków, dnia 21. listopada 1908. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z łódzkiego laboratoryum miejskiego pod zarządem Dra S. Bartoszewicza.

Nowa postać dwoinki »Tetradiplococcus filiformans lodzensis«.

Podali

Dr S. Bartoszewicz i J. Szwarcwaser.

W licznych studniach łódzkich można znaleźć ten nowy gatunek bakteryi wodnych, wydzielony przez nas na płytkach Petriego.

Spostrzegany w kropli bulionu, w komorze wilgotnej szklanej daje on ugrupowanie w czwórki (tetrady) w ten sposób, że cztery dwoinki tworzą układ kwadratowy lub rombiczny; niejednokrotnie tworzą się też większe grupki, po 2—3 parki. W świeżych hodowlach dwoinki te posiadają ruch obrotowy dokoła osi wraz ze słabym ruchem postępującym.

Zabarwianie podług sposobu Löfflera nie wykazało obecności rzęsek. Jeżeli zabarwimy preparat żywy kroplą błękitu metylenowego, to dają się zauważyć grupki po 2 lub 3 dwoinki, co zależy od położenia czwórki (tetrady) względem oka badacza. Wymiary tetrady wynoszą 4 i 6 mikromilimetrów (μ). Hodowle można otrzymać już przy 14—16^0 C., najlepszy wzrost daje się stwierdzić w termostacie przy 30—34^0 C. Przy tej ciepłocie hodowla w bulionie po 18—24 godzinach daje charakterystyczny obraz; w środku tworzą się nici cienkie i delikatne, wychodzące od dna probówki, często posiadają one zgrubienia i, jak dochodzą do powierzchni, zaginają się ku dołowi: wogóle mają postać nici wiewiórowych w moczu lub pajęczyny wodnych pająków. Przy niższej ciepłocie takie nici nie tworzą się zupełnie. Po 5—6 dniach nici owe opadają na dno, tworząc gęsty i lepki osad.

Przy powiększeniu 750—800 razy widać, że tetrady składają się na utworzenie tych nici, łącząc się między sobą przy pomocy śluzu i, prawdopodobnie, rzęsek.

Na płytkach żelatynowych tworzą się kolonie szarobiaławego koloru. Na powierzchni hodowli agarowej *tetradiplococcus filiformans* daje biały, błyszczący nalot; w hodowli kłutej rośnie na podobieństwo jodły przewróconej; na płytkach Petriego tworzy guziczki szarobiaławej barwy.

W hodowlach kłutych na żelatynie rozrastanie się w kształcie drzewka jodłowego nie jest wyraźne, ale takie hodowle w termostacie, przy 30—34^0 dają możność rozrastania się nitek, tak jak w bulionie, poczem, gdy żelatyna zastygnie, nitki pozostają w tem położeniu, jak wyrosły w termostacie.

Rozrost hodowli na surowicy krwi jest taki sam, jak na agarze; na ziemniaku hodowle niewidoczne. *Tetradiplococcus filiformans* ma charakter tlenowca i nie rozrasta się w atmosferze CO_2; stwierdzono to przy pomocy przyrządu do hodowli beztlenowych kilkakrotnie. Szczepienia T. f. na spojówkę i pod skórę królikom nie dały wyniku dodatniego.

Zabarwienie udaje się przy pomocy zwykle używanych sposobów i podług Grama łatwo, lecz tetrady przy ogrzewaniu rozpadają się na oddzielne dwoinki lub ich pary. Dla odróżnienia tej postaci uważamy za najważniejszą cechę tworzenie się nici w hodowli bulionowej, jak to opisano wyżej.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie leczenia gruźlicy.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

Koch, Ribbert, Arnold, Bouge, C. Fränkel, Schütz, Flügge dowodzą, iż najsilniejszy sposób zakażenia się ustroju następuje przez wdychiwanie, a więc przez narząd oddechowy (aërogene Infection). Milion razy więcej potrzeba prątków, aby ustrój mógł się zakazić przez przewód pokarmowy, a więc przez żywienie. Według Flüggego przez wdychiwanie rozkroplonych plwocin suchotników, a według Corneta przez pył, zawierający prątki gruźlicze, następuje zakażenie płuc. Wprost przeciwnie utrzymuje Behring, który jako główne wrota dla zakażenia się ustroju gruźlicą przyjmuje przewód pokarmowy. Zakażenie ustroju jadem gruźliczym następuje przez mleko krów chorych na perlicę. Zarazem Behring utrzymuje, iż dorosły człowiek nie może odrazu zachorować na gruźlicę, lecz musi przejść poprzednio przez okres utajonej gruźlicy, nabytej w dzieciństwie. Calmette, Guerin, Schlossmann, Vallée, Engel przyjmują teoryę Behringa,

t. j.: iż zmiany gruźlicze w płucach są pochodzenia jelitowego, atoli według nich gruźlica płuc może się rozwinąć i w wieku późniejszym, a nie musi sięgać wieku dziecinnego. Prątki gruźlicze mogą przejść przez ścianę jelita i przez gruczoły krezkowe bez zmian i dopiero w gruczołach oskrzelowych więzną i tam się rozmnażają; do narządów wewnętrznych dostają się wraz z leukocytami wielojądrzastymi. Do wytworzenia się zmian gruźliczych, t. j. do powstania gruzełków dochodzi dopiero wówczas, gdy dużo prątków dostanie się do ustroju i gdy często powtarzają się zakażenia. Podobnie i Aufrecht przyjmuje zakażenie gruźlicze od przewodu pokarmowego Według niego jad gruźliczy z migdałków dostaje się do gruczołów szyjnych i piersiowych, a następnie do drobniuchnej tętniczki płucnej (przed rozgałęzieniem się jej w naczynia włoskowate) i wywołuje w niej schorzenie ściany. Naokoło schorzałego naczyńka wytwarza się martwica tkanki; do tego ogniska następnie dostają się prątki i w niem się rozmnażają. Aufrecht podnosi z naciskiem, iż gruźliczy gruzełek w płucu — podobnie jak w nerkach i śledzionie — rozwija się zawsze od drobniuchnych naczyń tętniczych krwionośnych. Bandellier i P. Grawitz nie uważają migdałków za wrota dla dostawania się jadu gruźliczego u dorosłych; według nich tylko u dzieci dostają się prątki gruźlicze do ustroju przez migdałki, przyczem gruźlicę migdałków naówczas częstokroć dopiero pod drobnowidem można wykazać. Baumgarten przyjmuje zakażenie łożyskowe gruźlicze u noworodków.

Spostrzeżenia moje kliniczne i anatomiczno-patologiczne, oparte na dwudziestokilkoletniem doświadczeniu przemawiają za tem, iż w przeważnej ilości przypadków pierwotne zakażenie ustroju jadem gruźliczym następuje drogą narządu oddechowego przez wdychanie, znacznie rzadziej przez przewód pokarmowy, a bardzo rzadko przez obrażenia powłok zewnętrznych i krążenie łożyskowe. Natomiast chorzy, dotknięci pierwotną gruźlicą płuc ulegają prawie zawsze następowo wtórnemu zakażeniu od przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, zawierających prątki gruźlicze. Tę ostatnią okoliczność należy uważać za jedną z głównych przyczyn, dla których opanowanie sprawy gruźliczej u chorego natrafia na takie trudności.

Uwzględniając powyżej przytoczone fakty co do przebiegu zakażenia gruźliczego w ustroju ludzkim, postanowiłem w ten sposób zadziałać środkami leczniczymi, aby z jednej strony zmniejszać siłę jadu prątka gruźliczego i zapobiegać zakażeniu wtórnemu przez przewód pokarmowy, a z drugiej strony podnieść ogólną odporność ustroju. W tym celu stosowałem w połączeniu środki lecznicze, znane już ze swego skutecznego działania w gruźlicy, jak: przetwory kreozotu *(Kali sulfoguajacolicum — Gujasanol)*, środki antyseptyczne *(Eucalyptol, Thymol, Salol)*, środki wzmagające przemianę materyi i wywołujące leukocytozę (atoksyl, hetol), sole wapniowe *(Calcium chloratum)* i w bardzo małych dawkach przetwory tuberkulinowe. Pomiędzy przetworami kreozotowymi wybrałem prócz *kali sulfoguajacolicum* i *gujasanol*, t. j. chlorek dyetylglycokollgwajakolu, zalecony przez Buchnera, Heinza, Eichorna [»Münchener med. Wochens.« 1900, Nr 1] i Schäffera (»Münch. med. Wochs.« 1903, Nr 31), który można stosować w dość dużych dawkach i w rozczynach podskórnie bez szkody. Wybrałem ten środek i dlatego, że częścią składową jest i *glycokoll* (kwas amidooctowy), nie obojętny dla prątka gruźliczego. Według odnośnych badań gujasanol w ustroju bardzo łatwo rozkłada się na gwajacol i bardzo łatwo ulega wessaniu, a działa odkażająco w tym stopniu, co kwas borowy. Eukalyptol, thymol, salol znane są jako środki silnie odkażające, przyczem eukalyptol zmniejsza i wydzielinę błon śluzowych. Atoksyl (Metaarsensäureanilid) jako sól kwasu amidofenylarsenowego jest 40 razy mniej trujący, niż kwas arsenawy, a działa bardzo korzystnie, używany w odpowiedniej dawce, na przemianę materyi i zwiększenie odporności ustroju, przytem odznacza się znaczną siłą bakteryobójczą dla prątka gruźliczego. Dzielnie wzmaga działanie atoksylu hetol przez wywoływanie leukocytozy neutrofilnej, przez co ustrój zyskuje warunki niepoślednie do uodporniania. Chlorek wapniowy *(Calcium chloratum)* posiada własności przeciwkrwotoczne. Z przetworów tuberkulinowych okazały mi się skuteczne: *Tuberculol A siccum Merck* lub *Tuberculinum siccum Höchst* w bardzo małych dawkach (0,000002 g). (Tuberkulol B i C działały niekorzystnie) i Tuberal Dr Tham (przetwór, zawierający albumozy, w bardzo małych dawkach albuminy prątków gruźliczych, uwolnione od innych toksyn trujących) — jako środki wpływające na istotę prątka gruźliczego przez t. z. aktywowanie. Po dłuższych poszukiwaniach doszedłem do przekonania, iż powyższe środki lecznicze chorym najlepiej stosować równocześnie w postaci pigułek i wstrzykiwań podskórnych według następujących wzorów:

1) Rp. *Eucalyptoli 2.*
Cerae flavae liquefactae 1,00
dein adde post refrigerationem:
Calcii chlorati cryst. p. 1,50
Kali sulfoguajacolici 10.
Chinini muriatici
Saloli āā 5.
Mentholi 1.
Pulv. liquir. q. s. f. l. — pill. N. 200
Consperge c. pulv. Cort. cynamoni. (rad. irid. florentini). D. ad lag., S. trzy razy dnia po jedzeniu po 2 pigułki zażyć.

2) Rp. *Thymoli*
Hetoli āā 0,02
solve in aqua callida 50.
dein post refrigerationem adde:
Stovaini 0,15
Atoxyli 0,25
Guiasanol 5.
Tuberculoli sicci A. Merck
(tuberculini sicci Höchst) 0,0001
Natri chlorati 0,9
Aq. destill. sterilis. ad 100.
filtra. S. Nr I. do wstrzykiwań.

3) Rp. *Thymoli*
Hetoli āā 0,02
Solve in aqua callida 50.
dein post refrigerationem adde:
Stovaini 0,15
Atoxyli 0,25
Gujasanol 5.
Tuberal Dr Thamm 1.
Natri chlorati 0,9
Aq. destill. steril. ad 100.
filtra. D. S: Nr II. do wstrzykiwań.

Pigułki w powyższy sposób przyrządzone mają tę własność, iż z nich zwolna przy ciepłocie ciała wydzielają się pojedyncze składniki w przewodzie pokarmowym i przez to działają powoli odkażająco na treść przewodu pokarmo-

wego, a tem samem i prątki gruźlicze. Płyny zaś oba przeznaczone do wstrzykiwań podskórnych posiadają własność bakteryobójczą w znacznym stopniu, a zarazem działają na skład krwi, powodując zwiększenie się ilości ciałek czerwonych krwi, zwiększenie się ilości hemoglobiny i leukocytozę neutrofilną [1]).

Pigułki zażywali chorzy przez cały czas leczenia — i później po 2—3 miesięcznej przerwie; wstrzykiwania podskórne wykonywałem zrazu codziennie, atoli później co czwarty dzień, gdyż przerwa dwudniowa prawie zawsze okazywała się korzystną i konieczną ze względu na przebieg kliniczny choroby. Wstrzykiwania wykonywałem w tkankę podskórną zapomocą dwugramowej strzykawki Lieberga, odkażając dokładnie za każdym razem strzykawkę i igłę w 5% rozczynie wodnym kwasu karbolowego. Igły należy często ostrzyć, gdyż prędko tępieją, a w razie tępej igły zabieg jest boleśniejszy. Miejsce wstrzykiwania na skórze należy oczyścić dokładnie 1‰ rozczynem wodnym sublimatu i następnie zmyć wyskokiem 96% i natrzeć eterem w celu znieczulenia chwilowego, a po wstrzyknięciu pokryć plastrem 5% salicylowym wielkości 5-koronówki. Wówczas, jeśli igła jest ostrą i szybko wykonane są wstrzyknięcia, chory prawie nie doznaje zrazu bolu; dopiero po chwili występuje krótkotrwałe uczucie pieczenia. Do wstrzykiwań używałem na przemian płynu Nr I. i Nr II. Ponieważ oba płyny powyższe po dłuższym czasie brunatnieją nieco wskutek częściowego wydzielania się gwajakolu z gujasanolu, zapobiedz można temu w ten sposób, iż sporządza się w większej ilości n. p. 1 litra te płyny bez gujasanolu (wówczas dobrze się przechowują bez zmiany) i następnie w razie potrzeby przed rozpoczęciem wstrzykiwań dodaje na 100 gm tychże po 5 gm gujasanolu. Naówczas płyny nietylko nie ulegają zmianie, ale i nie wywołują u chorych uczucia silniejszego pieczenia.

W ten sposób wykonałem 5,276 wstrzyknięć podskórnych u 183 chorych gruźliczych (83 m., 100 k.) i nie zauważyłem nigdy żadnego ubocznego ujemnego działania ze względu na sam zabieg. Za każdym razem wstrzykiwałem pełną dwugramową wstrzykawkę. Wyniki przedstawiają się następująco:

I. Gruźlica narządu oddechowego. Ogólna ilość chorych wynosiła 155 (77 m., 78 k.). Wstrzykiwania wykonywano w tkankę podskórną pleców. Chorzy znajdowali się w okresie nacieku (II.) ograniczonego do szczytów płucnych α) i w okresie rozpadu (III.) miąższu płucnego β).

α) W drugim okresie gruźlicy płuc leczyłem 71 chorych, t. j. 27 m. i 44 k. i to w ciągu roku:

1906 (8 m., 24 k.) 32 chorych,
1907 (10 m., 13 k.) 23 chorych,
1908 (9 m., 7 k.) 16 chorych.

U 38 chorych (12 m., 26 k.), t. j. 53,5% można było wykazać niewątpliwe obciążenie gruźlicze ze strony ojca lub matki; u 30 chorych (13 m., 17 k.), t. j. 42,2% wywiady wątpliwe, a u 3 chorych (2 m., 1 k.), t. j. 4,2% stanowczo ujemne co do obciążenia gruźliczego dziedzicznego.

Wiek poszczególnych chorych, leczonych w tymże okresie gruźlicy płuc przedstawiał się następująco:

od 13—20 lat	leczono chorych	18	(8 m., 10 k.),
» 20—30 »	» »	30	(9 » 21 »),
» 30—40 »	» »	18	(7 » 11 »),
» 40—50 »	» »	4	(2 » 2 »),
» 50—60 »	» »	1	(1 » — »).

Gruźlica trwać miała:

od 6 tyg. do 6 mies.	u 8	chorych	(5 m., 3 k.),
od 6 mies. do 1 roku	u 42	»	(11 » 31 »),
od 1 roku do 2 lat	u 9	»	(2 » 7 »),
3 lata	u 7	»	(4 » 3 »),
kilka lat do 6	u 5	»	(5 » 0 »).

Przeważnie leczono chorych inteligentniejszych, gdyż tylko 15 (5 m., 10 k.) ze stanu wyrobniczego, a zresztą:

rękodzielników	11	(7 m., 4 k.),
uczniów i uczennic	8	(2 » 6 »),
księży i zakonnic	13	(4 » 9 »),
nauczycielek	4	(— » 4 »),
żon obywateli	4	(— » 4 »),
urzędników i ich żon	7	(2 » 5 »),
przemysłowców i kupc.	4	(3 » 1 »),
literatów i artystów	4	(3 » 1 »),
kelnerów	1	(1 » — »).

Wogóle wykonałem w tym okresie choroby 1,903 wstrzyknięć podskórnych; największa ilość wynosiła w pojedynczym przypadku 64, a najmniejsza 8; średnio jednak wskazaną jest ilość około 30 wstrzyknięć. Poszczególnie wykonałem wstrzyknięć:

po 8—15	u 6	chorych	(3 m., 3 k.),
» 15—20	» 30	»	(13 » 17 »),
» 20—30	» 17	»	(6 » 11 »),
» 30—40	» 8	»	(3 » 5 »),
» 40—50	» 8	»	(2 » 6 »),
» 50—64	» 2	»	(— » 2 »).

Ze względu na zmiany anatomiczne i kliniczne u 44 chorych (13 m., 31 k.) można było stwierdzić tylko objawy nacieku szczytów płucnych *(infiltratio apicum)*; u jednej 19-letniej chorej oprócz zmian naciekowych w szczycie płuca prawego i objawy nieżytu krtani, jednak bez wybitnego tła swoistego (*infiltratio apicis d. laryngitis catarrhalis*), a u 26 chorych (14 m., 12 k.) obok nacieków w szczytach płucnych i albo przebyty lub istniejący krwotok płucny *(infiltratio apicum, haemoptoe)*. W przeważnej liczbie przypadków chorzy nie gorączkowali i okazywali dość dobre odżywienie ogólne.

Wszyscy chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze i już po 8—10 wstrzykiwaniach doznawali znacznej ulgi w oddychaniu. Zazwyczaj po tej ilości wstrzyknięć ustępywały poty, zmniejszał się kaszel i odpluwanie; ustępowała i gorączka, apetyt się poprawiał, siły wracały. Sen był zawsze dobry. Niekiedy po wstrzykiwaniach następował odczyn w postaci lekkiego wzniesienia się ciepłoty ciała, większej ilości rzężeń i silniejszego kaszlu, co jednak było przemijające. Krwioplucie stanowiło przeciwwskazanie do rozpoczynania wstrzykiwań; zazwyczaj dopiero w 3 tygodniu po ustaniu krwotoku chorzy poddawali się wstrzykiwaniom

[1]) Powyższych środków leczniczych dostarczała apteka krajowego szpitala św. Łazarza. Panu H. Muthsamowi, magistrowi farmacyi i zarządcy apteki szpitalnej, składam na tem miejscu podziękowanie za chętną pomoc i sumienne wykonywanie leków.

Oprócz wstrzykiwań chorzy ciągle zażywali pigułki. W tym okresie choroby — po ukończeniu leczenia — w 4 przypadkach (2 m., 2 k.) zauważono znaczne polepszenie, a u 67 chorych (25 m., 42 k.), zmiany fizyczne w płucach prawie zupełnie ustąpiły, gdyż naówczas stwierdzono w miejscu poprzedniego nacieku na klatce piersiowej zaledwie wypuk krótszy i szmery oddechowe zaostrzone bez rzężeń. Mocz nigdy nie zawierał białka. Badania plwocin co do prątków pod koniec leczenia nie wykonywano, gdyż ilość prątków według mego doświadczenia nie stanowi kryteryum prognostycznego, lecz tylko dyagnostyczne dla sprawy gruźliczej w płucach. Natomiast badanie krwi stwierdzało już po 10—16 wstrzykiwaniach znaczne zwiększenie się ilości ciałek czerwonych we krwi, zwiększenie się ilości hemoglobiny i leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną, co przemawia za podrażnieniem tkanki leukoblastycznej i erytroblastycznej szpiku kostnego. W 48 przypadkach (20 m., 28 k.) stwierdzić można było przybytek na wadze — niekiedy bardzo znaczny — gdyż w przeciągu 28 dni po 10 wstrzyknięciach o 5 kg, jak to powyżej przytoczona tabela bliżej wyjaśnia:

Liczba porz.	Imię i nazwisko	Wiek	Zatrudnienie	Rozpoznanie kliniczne	Ilość wstrzyknięć	Przybytek na wadze kg	Choroba od
1	E. S.	22	uczennica	Infil. pulm.	60	14	2 lat
2	J. Z.	28	ślusarz kol.	„ Heamopt.	30	10 1/2	8 miesięcy
3	K. K.	18	wyrobnik	„ —	28	10	12 miesięcy
4	H. Ż.	19	szarytka	„ Laryngitis	20	10	3 lata
5	L. G.	18	uczeń szkoły handlowej	„ apic.	36	9	kilku tyg.; brat † na ostrą gruźlicę w szpit.
6	J. R.	18	wyrobnik	„ „	20	8	roku
7	H. K.	28	obywatelka	„ „	45	8	2 lat
8	T. K.	20	wyrobnik	„ Haemopt.	20	7	1 roku
9	J. Cz.	14	wyrobnik	„ „	14	6	kilku miesięcy
10	X. B.	31	misyonarz	„ „	50	5	kilku lat
11	S. K.	23	wyrobnik	„ „	20	5	kilku lat
12	J. M.	26	dziennikarz	„ Enteritis	10	5	6 tyg.; przybytek na wadze w ciągu 28 dni
13	J. M.	28	szarytka	„ Haemopt.	35	5	pół roku
14	T. N.	30	wyrobnica	„ „	28	5	1 roku
15	W. K.	19	drukarz	„ „	38	4 1/2	3 lat
16	S. W.	29	zakonnica	„ —	20	4	9 miesięcy
17	M. S.	29	szwaczka	„ Haemopt.	47	4	6 tygodni
18	S. K.	36	fotograf	„ „	47	3	3 lat
19	S. G.	24	szwaczka	„ —	30	3	pół roku
20	J. O.	20	szwaczka	„ —	30	3	2 lat; 2 siostry † na gruźlicę w szpitalu
21	J. B.	22	naczycielka	„ Haemopt.	45	3	6 tyg.; siostra chora na gruźlice
22	Z. Sz.	16	uczennica	„ „	20	3	pół roku
23	R. Ch.	18	ślusarz kol.	Infil. pulm.	20	3	6 tygodni
24	W. N.	16	ślusarz kol.	„ Haemopt.	20	2,700	6 tyg.; ojciec † w szpitalu na gruźlicę
25	A. B.	32	wyrobnik	„ —	36	2	6 tygodni
26	J. R.	30	manipul.	„ Haemopt.	20	2	2 lat
27	K. M.	24	wyrobnica	„ „	46	2	4 miesięcy
28	K. S.	13	uczennica	„ —	32	2	1 roku
29	S. S	45	handlowiec	„ Haemopt.	8	1,200	kilku lat
30	E. B.	13	uczennica	„ „	17	„	2 lat
31	Z. L.	22	eksped. poczt.	„	20	„	kilku miesięcy
32	J. S.	40	służąca	„	30	„	pół roku
33	S. W.	26	wyrobnica	„	27	1	pół roku
34	A. S.	31	ż. adwok.	„ Haemopt.	20	„	kilku lat
35	K. C.	32	wyrobnica	„ „	9	„	roku
36	E. W.	25	szwaczka	„ —	20	„	5 miesięcy
37	M. A.	42	nauczyc.	„ —	20	„	2 lat
38	M. G.	34	ż. werkm.	„ —	28	0,7	3 lat
39	J. S.	23	nauczyc.	„ —	20	„	3 lat
40	K. K.	48	wyrobnik	„ Haemopt.	30	0,5	6 tygodni
41	A. S.	32	literat	„ —	20	„	1 roku
42	W. R.	27	ż. rysown.	„ —	35	„	pół roku
43	M. G.	19	szwaczka	„ —	30	„	2 lat
44	W. P.	33	ż. aktora	„ —	20	0,4	1 roku
45	J. W.	23	uczennica	„ —	64	0,3	6 miesięcy
46	N. A.	25	zakonnica	„ —	25	0,2	10 lat

U pozostałych 23 chorych (7 m., 16 k.) nie można było zauważyć przybytku na wadze, a nawet i w nielicznych razach stwierdzono nieznaczny ubytek pomimo zresztą wcale korzystnego ogólnego wyniku leczenia. Taki stan pomyślny u chorych w tym okresie zwykł się utrzymywać przez kilka miesięcy, poczem wstrzykiwania powtarzano.

Dla objaśnienia kilka przykładów:

1) J. B., lat 22, nauczycielka prywatna, obciążona dziedzicznie, dość dobrze odżywiona. Od 6 tygodni chora; krwioplucie, dreszcze, poty, gorączka 40° C., uporczywy kaszel. Badaniem stwierdzić można stłumienie w obu szczytach, zwłaszcza w szczycie lewym; tamże szmery oddechowe oskrzelowe, rzężenia nieliczne. W plwocinach skąpe prątki Kocha. Chora otrzymała 45 wstrzyknięć w 58 dniach i opuściła szpital w stanie dobrym z przybytkiem 3 kg na wadze. Po 1 1/2 roku badana: zupełnie zdrowa.

2) Ks. B., lat 31, misyonarz. Od kilku lat chory; krwioplucie, poty, dreszcze, gorączka, kaszel. Odżywienie mierne, bardzo znaczne osłabienie i niezdolność do pracy. Oba płuca zajęte w częściach górnych, zwłaszcza prawe. Chory otrzymał w ciągu 6 miesięcy 50 wstrzyknięć; następnie przez 1 1/2 roku co tydzień jedno wstrzyknięcie w tkankę podskórną klatki piersiowej; prócz tego zażywał ciągle pigułki. Po 6 mies. chory czuje się wcale dobrze; nie kaszle, nie gorączkuje i nie poci się. Zmiany fizyczne w płucach ustąpiły i tylko w szczycie płuca prawego wypuk krótszy z przodu do 3. żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki przy zaostrzonych szmerach oddechowych; brak rzężeń. W czasie powyższego leczenia w ciągu pół roku przybytek o 5 kg na wadze, co stale się utrzymuje. Obecnie chory jest tak zdrów, iż może spełniać swe obowiązki duszpasterskie z całą gorliwością.

3) J. M., lat 26, dziennikarz, od 6 tygodni chory. Odżywienie mierne: kaszel, poty, dreszcze, wysoka gorączka, krwioplucie, brak łaknienia, czasami biegunka. Przyjęty do szpitala okazuje ciepłotę ciała pod wieczór 39,6° C., a badaniem stwierdzić można nacieki w obu szczytach płucnych, zwłaszcza w prawym. Po 10 wstrzyknięciach i przy zażywaniu pigułek w ciągu 28 dni bardzo znaczne polepszenie; ciepłota dochodziła najwyżej pod wieczór 37,9° C. na krótki czas, poty i dreszcze ustąpiły, kaszel i odpluwanie skąpe, apetyt się poprawił; chory w tym krótkim czasie przy wikcie szpitalnym zyskał 5 kg. na wadze. Chory z powodów prywatnych opuścił szpital.

(Dok. nast.).

Ze szpitala powszechnego w Samborze.

Przebicie powłok brzusznych z następowem wypadnięciem trzew.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki, sekundaryusz szpitala.

Następujący zajmujący przypadek mieliśmy niedawno sposobność spostrzegać w szpitalu samborskim:

Dnia 21/9 1908 po południu przywieziono do szpitala gospodarza J. M., z Z., pow. samborskiego; podał on, że dnia poprzedniego po południu na polowaniu dzik postrzelony przebił mu kłem brzuch.

Stan obecny: Chory około 40-letni, dobrze zbudowany, bez gorączki, tętno wolne, słabo napięte.

W prawem podżebrzu od żebra 12-go wzdłuż łuków żebrowych ciągnie się przez brzuch rana prawie do pępka, drążąca przez całą grubość powłok aż do jamy otrzewnej. Z rany tej zwisają trzewia, mocno rozdęte, a mianowicie: okrężnica wstępująca, poprzeczna i kilka pętli jelita biodrowego. Okrężnica

wstępująca i poprzeczna pokryta złogami włóknika. Po odsunięciu trzew widać brzeg wątroby nieuszkodzony. Cała rana wraz z jelitami pokryta była brudną szmatą.

W uśpieniu chloroformem po odpowiedniem oczyszczeniu wypadniętych jelit fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i powłok brzusznych takimże rozczynem i 1°/₀₀ sublimatem, począłem wprowadzać trzewia z powrotem do jamy brzusznej. Gdy już prawie byłem u celu zabiegu, operowany dostał tak gwałtownych wymiotów, że jelita mimo moje usiłowania z siłą zaczęły ponownie wypadać z rany. Chory zesiniał, a tętno było zaledwie wyczuwalne. Po dwu strzykawkach oliwy kamforowej tętno nieco się polepszyło i już bez uśpienia ze względu na groźny stan operowanego, starałem się po raz drugi wepchnąć trzewia do jamy brzusznej, co mi się w końcu z trudem udało.

O ile to było możliwe, bardzo starannie wymyłem ranę wacikami wyjałowionymi i 1°/₀₀ sublimatem, zeszyłem otrzewnę i warstwę mięśniową, a następnie skórę. Po ukończeniu tego wstrzyknąłem jeszcze raz kamforę i poleciłem chorego przenieść na salę.

Wbrew mojemu przekonaniu, że chory dnia następnego nie dożyje, przez pierwszych 5 dni — prócz wymiotów (przez dwa dni barwy fusowatej) — był przebieg pooperacyjny wprost znakomity, zupełnie bezgorączkowy. Tętno pełne, 80 na minutę.

Szóstego dnia począł chory skarżyć się na pieczenie w ranie, a ciepłota podniosła się do 38° C.; wobec tego postanowiłem zmienić opatrunek. Dookoła rany silne zaczerwienienie i obrzęk, a w miejscu najniższem rany sączy się ropa. Odgłos w okolicy rany bębenkowy — a w jamie brzusznej żadnego nacieku otorbionego nie można było wykazać. Puściłem kilka szwów skórnych i zobaczyłem po wytarciu ropy wacikiem, że szwy na otrzewnej doskonale się trzymały, a ropa sączyła się tylko z warstwy mięśniowej i skórnej.

Przy codziennej zmianie opatrunku chory przestał gorączkować, a ropa ustała się wydzielać.

Pierwszy stolec był za lewatywą, a obecnie chory oddaje stolec już sam i ma się zupełnie dobrze.

Przypadek ten podaję do wiadomości, by zachęcić Szan. Kolegów do ogłaszania podobnych ran brzusznych z wypadnięciem trzew, jako bądźcobądź bardzo ciekawych ze względu na zejście, a również dlatego, że wykonanie zabiegu nawet w 24 godzin po zranieniu może dać wynik pomyślny.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1909, ułożony przez Doc. Dra L. K. Glińskiego, znajduje się już na półkach księgarskich. Kształt zewnętrzny, druk, oprawa kalendarza nie odbiegły od typu osiemnastu jego poprzedników. Wręcz inaczej ma się rzecz z treścią: nowa Redakcya dołożyła wiele usiłowań, dodajmy, uwieńczonych powodzeniem, ażeby część informacyjną i naukową nietylko uzupełnić, ale przez wprowadzenie nowych działów, rozszerzyć i pogłębić. I tak: wznowiony i przerobiony »Spis środków lekarskich«, zawartych w »Podręczniku terapeutycznym«, znakomicie ułatwia oryentacyę; zgodnie z postępem lecznictwa »Podręcznik terapeutyczny« został przejrzany i uzupełniony nowymi nabytkami wiedzy i doświadczenia klinicznego; »Najwyższe dawki środków leczniczych« zostały ułożone podług ostatniego wydania farmakopei austryackiej. — Do całkowicie nowych działów należą: »Ważniejsze dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych« (zestawione przez Doc. Dra Drobę); »O odkażaniu podczas i po chorobach zakaźnych« (podane przez tegoż autora); »Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach); »Sposoby wykonywania sztucznego oddychania«; »Ocena stopnia niezdolności do pracy skutkiem wypadków« (przez Dra Jankowskiego); »Tabela porównawcza zdrojowisk krajowych ze zdrojowiskami niemieckiemi i innemi zagranicznemi« przytoczona według Dra Dobrzyckiego. (Z »Tabeli« tej każdy lekarz łatwo będzie się mógł zoryentować, jakiemi zdrojowiskami krajowemi, względnie zagranicznemi, można zastąpić zdrojowiska pruskie). Do dalszych działów bądź wznowionych, bądź przerobionych i uzupełnionych należą: »Sztuczne kąpiele lecznicze«; »Tablica oznaczająca wzrost i wagę człowieka w różnych latach życia«; »Schematyzm lekarski«; wreszcie informacye o opłatach pocztowych i telegraficznych i t. p. Prócz tego zawiera kalendarz działy znane z lat dawniejszych.

Nad wszelkie zalecenia nowowydanego »Kalendarza« wymowniej przemawia o jego wartości informacyjnej i naukowej wyżej przytoczony spis działów nowych, oraz przerobionych i uzupełnionych, zwłaszcza, że działy te zostały opracowane przez wybitnych specjalistów; rękojmią zaś sumiennej ścisłości jest osoba samego wydawcy, Doc. Dra Glińskiego, któremu należy się uznanie, że pomimo swoich poważnych zajęć naukowych, był powolny wezwaniu zarządu Towarzystwa lek. krakowskiego i podjął się wydawnictwa, które wiele wymaga żmudnej pracy, a tak mało przynosi zadowolenia umysłowego.

Dr. A. Kwaśnicki.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Sauerbruch. **O życiu wspólnem** (*parabiosis*). (*Zjazd lek. i przyr.* Kolonia, 22. IX. 1908). S. omawia wyniki swych doświadczeń nad łączeniem ze sobą dwóch osobników zwierzęcych. Połączenie takie daje się uzyskać i wtedy spostrzegać można wiele ciekawych zjawisk. N. p. po obustronnem wycięciu nerek u jednego z połączonych osobników, osobniki te żyją znacznie dłużej, niż pojedyncze po wycięciu nerek, w końcu jednak ginie zwierzę operowane, a potem drugie. Śmierć następuje dopiero w 30—40 dni. Przy sekcyi spotyka się wybroczyny podopłucne i przekrwienie jelit u obu zwierząt. Nerki pozostałe u drugiego zwierzęcia są wybitnie powiększone. Zwierzęta, złączone sztucznie ze sobą, mimo to, że pochodzą z tego samego miotu i mimo że są karmione jednako, przedstawiać mogą znaczne różnice we wzroście i wadze, tak jak gdyby jedno żyło kosztem drugiego. — W dyskusyi oświadczył Wallstein (Halle), że pracuje nad łączeniem zwierząt różnych (n. p. kozy i owcy) w nadziei uzyskania nowych danych co do odporności ustroju.

K. A.

Conradi. **Łatwy sposób kliniczny hodowania ziarniaków nagminnego zapalenia opon.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 28). Autor centryfuguje płyn mózgowo-rdzeniowy i zlewając górne warstwy, ogrzewa je przez 1—2 godziny do 60° C. Następnie dodaje 1 część płynu do 3 części obojętnej pożywki agarowej przy 40° C. i wylewa rozczyn na płytki. Szczepiąc otrzymany z centryfugowania osad i wstawiając szalkę zaszczepioną w szalkę z wodą, otrzymuje bardzo bujne i charakterystyczne kolonie ziarniaków zapalenia opon. *Dr Skórczewski.*

Heyde. **O znaczeniu beztlenowców przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Medizinische Klinik* 1908, Nr 44). Rola beztlenowców w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego dotąd była lekceważona, a zupełnie niesłusznie. Badania H. przemawiają właśnie za tem, że beztlenowce odgrywają w tej sprawie, jeżeli nie większą, to przynajmniej taką samą rolę, jak prątek okrężnicy i paciorkowce. To nieuwzględnienie beztlenowców pochodzi zapewne stąd, że badania takie są dosyć żmudne. — Haim starał się dowieść, że obraz kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego zależy od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących tę sprawę, beztlenowców jednak wcale nie uwzględnił. A jednak wywołują one właśnie najcięższe postacie choroby, bo spotyka się je przy zgorzeli wyrostka i jego przedziurawieniu. W przypadkach takich spotykał H. w 98% beztlenowce i to w ilości, przeważającej ilość innych drobnoustrojów. Głównie spotyka się tu dwa typy beztlenowców: gnilne (cuchnienie ropy) i fermentujące. Tak zwane chemiczne zapalenie otrzewnej nieraz bywa wywołane w rzeczy samej przez beztlenowca. *K.*

Doc. Werner. **O wpływie czerwieni szkarłatowej na nowotwory myszy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 44). W. przeprowadził badania nad wpływem czerwieni szkarłatowej na nowotwory, sztucznie zaszczepione u myszy. Czerwień ta, jak stwierdził Fischer, pobudza silnie nabłonek do bujania. Wstrzyknięcie czerwieni w rozczynie olejnym zgęszczonym w nowotwór, wywołuje po kilku dniach żywe bujanie komórek i rozrost guza. Nie można jednak wstrzykiwać dużych ilości, albowiem wtedy powstają śmiertelne zatory. Wstrzyknięcie rozczynu w pobliże nowotworu wywołuje rozrost jego w stronę barwnika. Inaczej przedstawia się sprawa przy wstrzykiwaniach rozczynów wyskokowych. Rozczyny wyskokowe zgęszczone wywołują wy-

bitne kurczenie się tkanki, a w następstwie obumieranie i oddzielanie się części nowotworu. Objawy te spostrzega się jeszcze wyraźniej przy wstrzykiwaniu rozczynów 50%. Rozczyny 20% wywołują niewielką martwicę w miejscu wstrzyknięcia, natomiast ze strony przeciwnej nowotwór rośnie szybciej. Nadmienić należy, że sama oliwa i wyskok nie wywierają podobnych skutków. *K.*

Prof. Ribbert. **W sprawie powstawania marskości wątroby.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Autor stara się dociec przyczyny nierównomiernego rozłożenia ognisk marskich w wątrobie. Dochodzi do przekonania, że dzieje się to wskutek niemieszania się krwi, zawierającej ciała dla wątroby szkodliwe, a pochodzącej prawdopodobnie z żołądka i jelit cienkich, z krwią pochodzącą z jelita grubego i śledziony. Objaśnia to prawami fizycznemi o niemieszaniu się płynów jednogatunkowych bieżących; n. p. woda z dwu zlewających się rzek płynie zazwyczaj osobno, a jedynie na granicy zlewania nieco się miesza, również doświadczenie z wodą płynącą z dwu rurek szklanych w jedną (zabarwiona jedna karminem) daje podobny wynik. Stąd też krew w wątrobie, będąc nie pomieszana, działać będzie swymi szkodliwymi składnikami jedynie w pewnych miejscach, a w innych nie będąc trującą, lub będąc nieznacznie trującą, nie wywoła zmian zanikowych. Autor sądzi, że spostrzeżenia te tłómaczą dostatecznie obraz nierównomierny marskiej wątroby. *Dr Skórczewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Watermann i Boddaert. **Wykrywanie wydzielin nadnercza we krwi i w moczu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 25). Autorowie na podstawie badań chemicznych dochodzą do przekonania, że nie zostało dotąd udowodnionem, iż we krwi chorych na zapalenie nerek znajduje się zwiększona ilość adrenaliny; raczej przyjąć należy, że doświadczenia kliniczne, opierające się na próbie barwnej z chlorkiem żelazowym i na próbie Ehrmanna, świadczą raczej o obecności ciał, pochodzących od katechiny przyswędkowej. Te ciała bowiem, jak i kwas salicylowy, hydrochinon, rezorcyna, dają podobne w tych próbach wyniki. Za słusznością zapatrywań autorów świadczyłyby ujemne wyniki badań klinicznych Schlayera co do zawartości adrenaliny w surowicy krwi, wykonanych zapomocą działania jej na żywą ściankę naczyniową. Znajdowanie ciał przyswędkowych w większej ilości we krwi chorych na nerki, jest dość prawdopodobne. *Dr Skórczewski.*

Prof. Albers-Schönberg. **Gruźlica szczytów w obrazie rentgenowskim.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Obraz szczytów płuc na zdjęciu rentgenowskiem pozwala upewnić się w wątpliwych przypadkach początkowej gruźlicy, jednak tylko bardzo dobre rentgenogramy mogą tutaj rzecz rozstrzygać. Autor podaje szereg wskazówek, jak należy je zdejmować, a więc poleca; okrągłą blendę 13 cm. w średnicy; lampa powinna być nowa i miękka, płyty Schleussnera, czas ekspozycyi od $1/2$ do 1 minuty. Chorego rentgenuje A. w pozycyi leżącej, a blendę opiera o brodę. Prawidłowy obraz szczytów pozwala śledzić przebieg naczyń, jako rozgałęziające się cienie na jaśniejszem tle. W razie zaciemnień obrazu szczytów siatka naczyń ginie. Silnie od dołu odgraniczone zaciemnienie szczytu odpowiada klinicznie naciekowi plamy, odpowiadają ogniskom raczej wyleczonym, a smugi zrostom. Stwierdzić dalej można jako cienie złogi wapnia, a jako plamy jasne jamy w płucu. Czasem można stwierdzić ponad szczytem jasny pasek około 2 mm. szeroki, który ma pochodzić od nizkiego ustawienia szczytów płuc. Strzedz się należy wysnuwania wniosków z obrazów przeeksponowanych i naświetlonych przez lampę za twardą, dalej mogą wywołać pomyłkę twardzina skóry, asymetrya klatki piersiowej, powiększenie gruczołów, guzy i t. p. *Dr Skórczewski.*

Schlayer. **O wartości prześwietlania promieniami Roentgena dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Ponieważ prześwietlanie promieniami Roentgena dawało wyniki niepewne, używał autor jedynie zdjęć fotograficznych z płuc, wykonanych u chorego leżącego przy użyciu blendy o 15 cm w średnicy. Lampy używał S. miękkiej, a obrazy najlepsze otrzymywał przy nieco krótkiej ekspozycyi. Wśród 600 fotografowanych 350 chorych, podejrzanych o gruźlicę płuc, było badanych klinicznie. W 85% obraz Roentgena stwierdził wybitne zmiany szczytowe. Z tych 85% u 28% badanie kliniczne stwierdziło toczącą się sprawę gruźliczą, u 30% pouczyło o tem wstrzyknięcie tuberkuliny, natomiast u 25% trzeba było przyjąć gruźlicę nieczynną. U 6% chorych, gdzie osłuchiwanie lub też wstrzykiwanie stwierdziło czynną gruźlicę, zdjęcia rentgenowskie dały wynik ujemny. We wnioskach stwierdza S. z jednej strony wartość kontrolną zdjęcia rentgenograficznego, z drugiej strony niemożność wyłączenia gruźlicy nawet w razie ujemnego wyniku rentgenografii. *Dr Skórczewski.*

Baumann i Groedel. **Dwa przypadki choroby płuc w następstwie urazu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 21). Przy upadku z roweru potłukł sobie chory autorów prawą stronę klatki piersiowej. Odrazu wystąpił gwałtowny ból, krwioplucie, po godzinie dreszcz, i rozwinęło się typowe, 6 dni trwające zapalenie płuc urazowe. Powstanie choroby ułatwić mogła zmiana gruźlicza w szczycie. Autor przypuszcza ze względu na natychmiastowe krwioplucie zranienie samego miąższu płucnego. Rozpoznanie potwierdzał i obraz rentgenowski. Natomiast u drugiego chorego, gdzie również po urazie przy mocowaniu się wystąpił gwałtowny ból i gorączka, a gdzie objawy kliniczne, jakoteż obraz rentgenowski pozwalały przypuszczać prócz wysięku w jamie opłucnej prawej, naciek zapalny w płucu prawem, obdukcya zwłok stwierdziła rzadkie złamanie pierwszego żebra pod obojczykiem, wielki krwiak, ugniatający cały szczyt płuca i dający w obrazie rentgenowskim złudzenie nacieku płuca, dalej zapalenie opłucnej, osierdzia i posocznicę. *Dr Skórczewski.*

Prof. Zia Noury Pascha i Doc. Haydar Bey. **Wąglik migdałków.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 33). Autorowie spostrzegali przypadek wąglika, gdzie punktem wyjścia choroby był prawy migdałek. Choroba rzekomo wystąpić miała na drugi dzień po napiciu się wody z brudnego dzbana i w przeciągu 2 dób nastąpiło zejście śmiertelne. Z powodu ogromnej rzadkości autorzy opisują ten przypadek; w piśmiennictwie znaleźli tylko 2 przypadki podobne. Zastanawiają się, czy z klinicznego obrazu można bez badania bakteryologicznego rozpoznać chorobę. Sądzą, że znamiennym objawem będzie tu rozlany obrzęk bez zaczerwienienia na szyi, i brak albo nizkie wznoszenie się gorączki. Mało znamienne natomiast jest wejrzenie samego obrzękłego migdałka z wrzodem, pokrytym szczupłym wysiękiem. *Dr Skórczewski.*

Schulz i Chiarolanza. **Doświadczenia nad przeciwzaczynem** (antyfermentem) **rozpuszczającym białko.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 30). Autorowie badali wpływ przeciwzaczynowy (antyfermentatywny) płynów fizyologicznych i patologicznych, jakoteż zawiesiny roztartych narządów co do zdolności strawiania białka przez zaczyn zawarty w ropie. Posługiwali się uproszczoną nieco metodą Müllera-Jochmanna, polegającą na poddaniu płytki surowicy Löfflerowskiej działaniu kropli z ropy w rozmaitych rozcieńczeniach, i mieszaniny ropy rozcieńczonej z płynem badanym. Zagłębienie, powstałe w miejscu kropli na płytce po 24 godz. działaniu przy 55^0 C., świadczyć będzie o obecności zaczynu rozpuszczającego białko, względnie o zahamowaniu jego działania przez przeciwzaczyn. I tak: surowice krwi chorych na zapalenie płuc, nerek, dychawicę, krztusiec, padaczkę, na wady serca, alkoholików, dalej zawiesiny roztartego gruczołu przyusznego, podszczękowego, podjęzykowego, nerek, gruczołu tarczowego, gr. chłonnych, mięśni i nowotworów, zwłaszcza raków, okazywały wybitną zdolność hamowania proteolizy. Płyn natomiast mózgowo-rdzeniowy, zawiesina roztartej wątroby, płuc, miała nieznaczną zdolność hamującą; zdolność ta wzrastała w płynach wysiękowych i przesiękowych ze wzrostem zawartości białka. Doświadczenia kontrolne stwierdziły względną dokładność doświadczeń, zwłaszcza przy użyciu płytek równocześnie zrobionych. *Dr Skórczewski.*

Halász. **Laktozurya trawienna przy chorobach żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 19). Podając 150 gr cukru mlecznego naczczo, czy to u człowieka zdrowego, czy u chorego na choroby innych narządów, nie żołądka, nie wywołamy pojawienia się cukru mlecznego w moczu. H. stwierdził to u 45 chorych. Natomiast analogicznie do dawnych spostrzeżeń laktozuryi u osób, skazanych na dyetę mleczną, u osesków z przewlekłym nieżytem jelit, u matek po odstawieniu dziecka od piersi, spostrzegał autor cukier mleczny w moczu po dodaniu 150, a nawet 120 gr naczczo u 23 chorych z rozszerzeniem żołądka, wywołanem przez zwężenie nowotworowe odźwiernika. Autor przypuszcza, że czynnikiem, wywołującym laktozuryę, jest raczej rozszerzenie żołądka, niż obecność ciał z nowotworem w związku pozostających, a niszczących zaczyn fizyologiczny, rozkładający cukier mleczny. *Dr Skórczewski.*

Cook. **Dyeta białkowo-tłuszczowa przy leczeniu niedomogi ruchowej żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr* 1908, Nr 19). Przed 8 laty, opierając się na zmniejszającem wydzielanie soku żołądkowego działaniu tłuszczów i na usunięciu węglowodanów z pokarmów w celu uniknięcia ich fermentacyi gazotwórczej, polecił Strauss podawać u ludzi, dotkniętych niedomogą ruchową żołądka, dyetę mięsno-tłuszczową. U 4 chorych z niedomogą ruchową żołądka (w tem dwa przypadki w następstwie zwężenia odźwiernika) stosował autor rzeczoną dyetę z ograniczeniem dowozu płynu i to tylko drogą dwu 300 gr wodnych lawatyw dziennie z dodatkiem cukru i soli. U chorych tych oznaczał zdolność ruchową żołądka sposobem Straussa-Levy, polegającym na podaniu pewnej ilości pieczywa ze stałą zawartością tłuszczu i oznaczeniu w wydobytej całej zawartości żołądka po 1. godzinie ilości tłuszczu w drodze refraktometrycznej. U wszystkich chorych stwierdził C. bardzo znaczne polepszenie podmiotowe, wzmożenie się zdolności ruchowej żołądka, natomiast wydymając żołądek, nie stwierdził anatomicznego zmniejszenia się rozszerzonego żołądka. *Dr Skórczewski.*

Liebmann. **W sprawie leczenia przewlekłego zaparcia stolca.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 39). Przy stosowaniu opaski brzusznej u kobiet z powodu nerki wędrującej, przekonał się L. niejednokrotnie, że to podtrzymanie powłok wpływało zarazem bardzo korzystnie na istniejące równocześnie przewlekłe zaparcie stolca. Zaczął też L. polecać opaskę przy samych zaparciach i otrzymywał często skutek bardzo wybitny, nawet w tych przypadkach, gdzie stolec dotąd udawało się wywołać jedynie środkami przeczyszczającymi. To korzystne działanie opaski tłómaczy sobie L. podniesieniem kiszki grubej przez opaskę ku górze, a przez to usuwaniem zagięć i załamań, zatrzymujących w drodze kał. *K.*

Westenrijk. **W sprawie leczenia mąką owsianą.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 36). Autor opisuje ciężki przypadek cukrzycy z kliniki Noordena, leczony w 2—3-dniowych okresach rozmaitemi dyetami, jakoto: ścisłą, owsianą, jarzynową, pszeniczną, owsianą i zredukowaną mięsną. Dyeta owsiana okazała się za pierwszym razem niezbyt wyraziście korzystną, za drugim razem jednakże była znakomicie znoszona i skuteczna. Zwłaszcza jednak odbijał korzystnie okres leczenia mąką owsianą, przy którym wprowadzano do ustroju 68% węglowodanów, od okresu pszenicznego, przy którym wprowadzano 64% węglowodanów. *Dr M. Blassberg.*

Gnezda. **Melanurya przy gruźlicy jelit.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 27). Do ogłoszonych w latach ostatnich spostrzeżeń melanuryi przy zapaleniu otrzewnej, gruźlicy jelit i zapaleniu nerek dołącza autor przypadek gruźlicy jelit z równoczesnem zapaleniem nerek. Melanuryę, a właściwie melagenuryę spostrzeżono tuż przed śmiercią po zabiegu operacyjnym. Melanina, otrzymana z moczu, zawierała siarkę i żelazo. Autor, opierając się na doświadczeniach Wadsacka, przypuszcza, że w danym wypadku zapalenie nerek było pośrednią przyczyną melanuryi, ponieważ kłębki nerkowe, odznaczające się przepuszczalnością dla białek, przepuszczają również i melanogen. W 2 przypadkach, ogłoszonych przez Senatora, stwierdzono takie zapalenie nerek. *Dr Skórczewski.*

Roepke. **W sprawie cholerowatego zatrucia rybami** (*Ichthyismus choleriformis*). (*Archiv f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). R. opisuje zatrucie, które się pojawiło u 114 chorych i 25 osób personalu służbowego w szpitalu po spożyciu ryb. R. dzieli chorobę według czasu trwania na 3 postacie; lekką 1—2 dni, średnią do 4 dni, oraz ciężką do 4 tygodni. Klinicznie objawia się zatrucie to w postaci ostrej choroby gorączkowej, przy której stale występują bole głowy, brzucha, oraz biegunka. Gorączka miewała typ trojaki: 1) nagłe wzniesienie się i przełomowy spadek w ciągu 12 godzin, 2) nagłe wzniesienie się i nagły spadek w ciągu 24 godzin; 3) nagłe wzniesienie się do najwyższej ciepłoty w dniu zatrucia i schodkowate zejście krzywej ciepłoty dnia następnego. W żadnym przypadku nie zauważono dalszych złych następstw. Jako najlepszy środek poleca R. kalomel obok leczenia objawowego. *Schudmak.*

Schwarz. **Leczenie promieniami Röntgena choroby Basedowa.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1908, Nr 38). Leczenie choroby Basedowa zapomocą promieni Röntgena podjął pierwszy w r. 1905 chirurg Beck z Nowego Jorku. Praca S. oparta jest na dawniejszych przypadkach, oraz na 40 własnych spostrzeżeniach. Terenem działania promieni X przy chorobie Basedowa jest gruczoł tarczowy. Promienie te mają ogólną własność obniżania czynności gruczołów. Tak też i naświetlanie gruczołu tarczowego przedewszystkiem obniża chorobliwie wzmożone wydzielanie wewnętrzne. W ten sposób zmniejsza się stan hypertyreoidyzmu, czyli zatrucia wydzieliną gruczołu tarczowego, które według Moebiusa stanowi istotę choroby Basedowa. W niektórych przypadkach następuje nadto pod wpływem naświetlania promieniami Röntgena zmniejszenie się samego przerosłego gruczołu, a zatem zmniejszenie się ilości jego wydzieliny wewnętrznej. Promienie Röntgena musimy zatem uważać przy chorobie Basedowa za działające i usuwające wprost przyczynę cierpienia. Skuteczność naświetlania stanowi zarazem dowód, popierający teoryę Moebiusa, tłómaczącą istotę choroby Basedowa. Zapomocą promieni Röntgena dają się w chorobie Basedowa objawy nerwowe usunąć zawsze, a przyspieszenie tętna prawie zawsze, stan odżywienia poprawia się w dwóch trzecich, wysadzenie oczu w połowie, a wole w jednej piątej przypadków. Gdy leczenie chirurgiczne daje 80—90% pomyślnych wyników, przy 6—12% śmiertelności wskutek operacyi, to leczenie promieniami Röntgena daje 90% pomyślnych wyników, a przytem nie jest, zdaniem S., niebezpieczne i jest bezbolesne. *Dr M. Blassberg.*

Neurologia.

Prof Aschaffenburg. **Sztuczne omamy słuchowe przy obłędzie opilczym.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Autor starał się wywołać omamy słuchowe przy obłędzie opilczym zapomocą wmawiania choremu rozmowy przy użyciu telefonu domowego. W wielu przypadkach udawało mu się takie omamy wywołać. Wywołać je jednak znacznie trudniej, niż omamy wzrokowe przy ucisku na gałki oczne. Autor wypowiada zapatrywanie, iż omamy bywają wywoływane przez pobudkę obwodową, a nie powstają wewnątrz układu ośrodkowego. Stąd też tłómaczy łatwość wywołania omamów wzrokowych przez ucisk gałek, a względną trudność przy użyciu telefonu domowego, który prócz szmerów przy mówieniu, nie daje żadnych odgłosów, mogących stanowić bodziec obwodowy. *Dr Skórczewski.*

Bernheim. **O niemocie.** (*Revue de med.* 1908, Nr 9). Autor zwalcza zarówno klasyczne zapatrywanie, jak i rewolucyjne poglądy paryskiego neurologa Mariego na niemotę, rozwija zaś na podstawie dawnych swoich prac i nowych swych spostrzeżeń własne zapatrywania na niemotę. Według B. niema w mózgu ośrodka ani dla pamięci wyrazów, ani dla artykulacyi fonetycznych, ani dla pamięci słuchowej i wzrokowej. Pewne okolice mózgu pozostają wprawdzie w pewnym wybitniejszym związku z zaburzeniami mowy dźwiękowej i pisanej, atoli zaburzenia te mogą istnieć bez zajęcia lub przy nieznacznych zmianach tych okolic i mogą istnieć bardzo charakterystyczne różne odmiany niemoty przy odmiennej topografii anatomo-patologicznej. Według B. należy bowiem uwzględnić, oprócz zmian makroskopowych i mikroskopowych, także i zmiany dynamiczne, niedostępne dla naszych środków badania. Ten dynamizm mózgowy w znacznej części przypadków wchodzi w grę w różnym stopniu, zależnym od indywidualności i nie zawsze pozostaje w związku z rozległością i topografią widocznych uszkodzeń. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Westphal. **Leczenie kurczów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Baczną uwagę zwrócić należy na przyczynę, wywołującą kurcze padaczkowe, jak polipy nosa, blizny głowy, pasorzyty przewodu pokarmowego. Usunięcie ich może usunąć i kurcze. W. poleca chorym życie spokojne bez wzruszeń i nadmiernej pracy, odżywienie przeważnie roślinne bez ostrych przypraw i nadmiaru soli, wzbrania używania wyskoku, mocnej kawy i herbaty. Za jedyny lek wskazany uważa W. brom w rozczynach, przez długie miesiące zażywany w ilości 2—3 gr. dziennie, zwiększając do 56 gr.; — poleca i jego przetwory: bromipinę i bromalinę. Leczenie makowcowo-bromowe Flechsiga ma skutecznie łagodzić i usuwać na pewien czas napady kurczów. Chory zażywa przez 7 tygodni od 0,05 makowiec 3 razy dnia, po tym czasie zwiększając dawkę do 1 gr. dziennie. Wtedy odstawiamy makowiec, a podajemy brom w dawkach 6—8 gr. dziennie. — Przy kurczach w przebiegu kiły, zatrucia wyskokiem, ołowiem, mocznicy, rzucawki poporodowej, cukrzycy, miażdżycy zastosować należy leczenie odpowiednie danemu cierpieniu. Bardzo ważną rolę w usuwaniu padaczki Jacksonowej odgrywa zabieg operacyjny. — Podczas napadu leczenie jest zbędne, zwrócić należy uwagę na ułatwienie krążenia i na przeszkodzenie mimowolnemu uszkodzeniu się chorego. Przy napadach częstych (*status epilepticus*) wodnik chloralu 2—3 gr. wewnętrznie, dobrze w połączeniu z morfiną. Histeryczne kurcze leczyć można bardzo wielu sposobami, jednak zawsze działającą będzie sugestya. Takie również działanie przy-

pisuje W. kozłkowi (*trac valerianae*), zapaliczce (*asa foetida*), castoreum. Leczeniu histerycznych kurczów hipnozą sprzeciwia się, również nie uznaje sposobu leczenia Freuda.

Dr Skórczewski.

H. Hochhaus. **Choroby mózgu wywołujące zejście śmiertelne bez tła anatomicznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 39). Autor podaje 7 spostrzeżeń u chorych z ciężkimi objawami mózgowymi i porażeniami za życia, zakończonych zejściem śmiertelnem, u których obdukcya zwłok nie stwierdziła zmian, przypuszczanych w mózgu. W pięciu przypadkach stwierdzono rozległą miażdżycę, w dwóch z nich blizny po przebytych udarach, w jednym świeżą niewielką wybroczynę w okolicy pochewki dolnej, nie tłómaczącą jednak zejścia, w dalszym przypadku posuniętą wadę serca. Przypadki te możnaby wytłómaczyć zmianami w krążeniu mózgowem, jakie mogły istnieć za życia tych osobników, trudniej natomiast wytłómaczyć sobie obecność porażeń i objawów mózgowych w przypadku marskości wątroby. Niezrozumiały jest natomiast przypadek zejścia śmiertelnego u mężczyzny zupełnie prawidłowego po uprzednich ciężkich objawach mózgowych z niedowładem ręki lewej, u którego obdukcya przyczyny objawów tych nie stwierdziła. Przypadek ten należałby według klasyfikacyi Nonnego do guzów mózgu wrzekomych.

Dr Skórczewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy przykurczeniach biodra na tle kurczowego porażenia rdzeniowego, zwłaszcza u dorosłych, poleca Prof. Walzberg (Minden) przecięcie ścięgna mięśnia lędźwiowo-biodrowego (*ileopsoas*) przy krętarzu małym z cięcia podłużnego, biegnącego wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia krawieckiego, na 8—10 cm poniżej górnego przedniego kolca miednicy. *K.*

Przy resekcyi stawu biodrowego poleca Ahrens włożyć płat z mięśnia pośladkowego wielkiego w staw. Uzyskuje się przez to wcale dobrą ruchomość stawu. *K.*

Po resekcyach stawu kolanowego poleca Polini celem przyspieszenia zrośnięcia się kości zastoinę podług Biera. *K.*

Biodro szpotawe (*c. vara*) uważa Ortloph (Monachium) za bardzo częsty wczesny objaw zmiękłnienia kości. *K.*

Rozwijający się obecnie coraz więcej sport piłki nożnej usposabia bardzo do ostrych wysięków w stawie kolanowym. W leczeniu poleca Hartleib na zasadzie doświadczenia na sobie samym, leczenie gorącem powietrzem, opatrunek uciskowy i miesienie, a przedewszystkiem nie za wczesne wstawanie, gdyż nawroty następują tu bardzo łatwo. Należy zezwolić na wstanie dopiero wtedy, gdy już wszelkie objawy i wysięk zupełnie ustąpią. *K.*

Zboczenia przegrody nosowej poleca operować Prof. Kretschmann od strony jamy ustnej cięciem, biegnącem pod przyczepem wargi górnej. Przez to zabieg może być znacznie pewniejszy wskutek doskonałego dostępu do pola operacyjnego. *K.*

Przy przepuklinach uwięźniętych, nie dających się odprowadzić, poleca Rabl (Australia) jako ostatnią próbę przed operacyą wstrzykiwania atropiny w dawkach (1—6 mg!) na raz. W ten sposób udało mu się usunąć w 4 przypadkach przepukliny uwięźnięte, nie dające się już odprowadzić. *K.*

Skuteczność pierwotnego szwu pęcherza zależy podług Rennera (Bonn) w pierwszym rzędzie od stanu pęcherza i składu moczu. To też o ile możności powinno się przed operacyą leczyć pęcherz i wpływać na poprawę moczu (dyeta, płukania, środki odkażające mocz). Pęcherz najlepiej otwierać próżny, lub napełniony tlenem. *K.*

Uretroteleskop podał Kaufmann z Frankfurtu. Narzędzie to przez odpowiednie skombinowanie soczewek dozwala oglądać (każdemu oku, nawet krótkowidza), dokładne powiększone obrazy części przedniej i tylnej cewki moczowej. *K.*

Nerkę i wątrobę ruchomą umocowuje Gobiet zapomocą płytek magnezyowych, albowiem same szwy często przecinają miąższ tych narządów. *K.*

Przy białaczce wrzekomej (forma śledzionowa) uważa Remi (Neapol) wycięcie śledziony za bardzo pewny i trwały środek leczniczy. *K.*

Zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej wprawdzie w połowie przypadków, podług Viscontiego, nie mogą wstrzymać wybuchu choroby, jednakże przebiega ona wtedy łagodnie. Surowicy należy wstrzykiwać 20 cm³, a w tydzień znowu 20 cm³, prócz tego energicznie leczyć miejscowo i ranę zasypywać surowicą »suchą«. *K.*

Wystąpienie typowej choroby Basedowa po ostrem nieropnem zapaleniu tarczycy w krótkim czasie spostrzegał Apelt. *K.*

Operacyi wola przy chorobie Basedowa nie uważa Riedel (Jena) za niebezpieczniejszą, niż wola zwykłego. Wynik zależy od stanu serca i płuc, które i przy zwykłym wolu mogą być zagrożone. R. operuje tylko w znieczuleniu miejscowem i oszczędza tętnicę górną po jednej stronie, przy której zostawia 1/5 płatu. Z 30 operowanych stracił jednego na zapalenie płuc. *K.*

Promieniotwórcze wody, a wól. Répin (Akad. Umiej. w Paryżu, pos. 12. X. 1908) zbadał 14 źródeł w Sabaudyi, gdzie wól występuje nagminnie, i stwierdził w nich wybitną promieniotwórczość (*radioactivitas*), zależną od radiothorium. R. sądzi, że silna promieniotwórczość jest właściwością wszystkich wód, dobywających się ze znacznych głębokości, w których wody stykają się ze skałami wybuchowemi. Może i powstawanie wola jest w związku z promieniotwórczością wód, gdyż nagminnie występuje on głównie w okolicach, gdzie formacye geologiczne są urozmaicone, a warstwy poprzemieszczane. Pod tym względem ciekawe też jest jedno ze spostrzeżeń Répina; w okolicach Bourg d'Oisans z 4 osób, używających wody ze źródła promieniotwórczego, 3 mają wole, u czwartej wól się rozwija; reszta ludności, używająca wody rzecznej, nie jest wolem dotknięta. (Wobec endemii wola u nas byłoby pole do sprawdzenia badań R.). *C.*

Przy silnych zakażeniach polecają Schatzky i Grjasnow z Moskwy śródżylne wstrzykiwania azotanu srebra (1: 10,000) do 500 cm. Po wstrzyknięciu występuje odczyn w postaci podniesienia ciepłoty, liczby tętna i oddechu, dreszcze, poty i w końcu spadek gorączki. *A.*

Tak zwana „phagocytyna Dra Zernika“ (podług fabryki czysty nukleinian sodowy) zawiera według ostatnich badań zakładu farmakologicznego w Berlinie w 1 cm³ 0·0028 arsenu. Według przepisu zaś ma się wstrzykiwać dziennie 2 flaszeczki po 1 cm³!! *K.*

Podawanie lekarstw przez wdychiwanie poleca Heryng. Niektóre działają przez to znacznie pewniej, n. p. piramidon, jodek sodu, strofantus i t. p. *K.*

Moszcz winny, jako napój niezawierający wyskoku i działający taksamo, jak świeże winogrona, poleca gorąco Grossmann (Berlin) tam, gdzie wskazane jest leczenie winogronowe, a zwłaszcza w gruźlicy, skazie moczanowej, gośćcu, nerwicach i t. p. Moszcz jest także bardzo dobrym środkiem mlekopędnym. Moszcz przechowywa się bez dostępu powietrza celem zapobieżenia fermentacyi. Leczenie winogronowe staje się nieraz plagą dla chorych, zmuszonych ciągle ssać, żuć i wypluwać skórki i pestki. *K. A.*

Otrucia kwasem szczawiowym podług Winogradowa (Kijów) cechują: uporczywe wymioty, małe i rzadkie tętno, bezmocz, obrzęki, zapalenie pęcherza, zmiany czucia skórnego (z jednej strony zmniejszenie, z drugiej przeczulica), zmniejszenie się krzepliwości krwi. Leczenie: płukania żołądka, olejek rącznikowy, *calcaria saccharata* i podawanie wód mineralnych, obfitujących w bezwodnik kwasu węglowego. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 4. listopada 1908 r.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki.

Obecnych członków 39.

W myśl uchwały Komitetu Towarzystwa lek. krakowskiego przedstawia Prezes Prof. Dra Kosińskiego z Warszawy na członka honorowego Tow. krak. celem oddania Mu hołdu w Jego roku jubileuszowym. Wniosek ten przeszedł jednomyślnie.

1) Prof. Kader przedstawił przypadek **rozszczepu podniebienia i warg,** oraz przypadek **słoniowaciny nogi.** W tym ostatnim przypadku jako jedyny radykalny środek radzi Prof. K. podwiązywanie tętnicy udowej. W dyskusyi nad tem zabierają głos Prof. Lewkowicz, Prof. Ciechanowski oraz Prezes Borzęcki, który nadmienia, że miesienie i kąpiele w po-

dobnych przypadkach czasem prowadzą do polepszenia. — Prof. Kader w odpowiedzi zaznacza, że więcej niż po miesiącu spodziewałby się po zakładaniu opasek uciskowych.

2) Kolega Owsiński przedstawia przypadek **wyjęcia macicy z powodu pęknięcia** jej wśród porodu. Prelegent opowiada przebieg ciąży i porodu, jak również opisuje sam zabieg wyjęcia macicy. W przypadku tym, mimo to że część położników i chirurgów radzi drenowanie jamy brzusznej, prelegent zaszył na głucho.—Nad tym szczegółem wywiązała się ożywiona dyskusya, w której zabierali głos kol. Ciechanowski, Dobrowolski, Kader, Rosner, Wojciechowski i prelegent.

3) Dr Rydel wypowiedział odczyt: **O obustronnem porażeniu twarzy** z demonstracyą chorych. (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

III. ogólne posiedzenie z dnia 25. IV. (8 V.) 1908 r.

Obecnych członków 24, gości 8.

Przewodniczy wiceprezes Prof. Ziemacki.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Inż.-chemik p. W. Dzierzgowski wygłosił rzecz **O katalazie przewodu pokarmowego (żołądka i jelit).** (z pokazami odczynów chemicznych; praca wykonana w pracowni chemicznej Instytutu medycyny doświadczalnej). Podawszy na wstępie pojęcia zasadnicze co do oksydaz, co do katalazy, filokatalazy, antykatalazy, mowca zaznacza, że dotąd obecność katalazy była stwierdzona w płucach, wątrobie i nerkach. Otóż mowca chcąc przekonać się, czy istnieje katalaza przewodu pokarmowego, wykonał doświadczenia oddzielnie z żołądkiem i oddzielnie z jelitami. W obydwóch razach do doświadczeń używał zosobna błony śluzowej i ściany; siekał je drobno, sporządzał wyciąg wodny, a potem strącał wyskokiem. Osad oddzielał od cieczy zapomocą cedzenia i przekonał się, że ciecz nie posiada żadnego działania chemicznego, ma je zaś wyłącznie tylko osad, ponieważ po dolaniu do osadu wody utlenionej następował jej rozkład: wydzielał się tlen. Mniejwięcej 1 grm tego proszku z osadu przy działaniu wody utlenionej wyzwalał do 6000 ctm. sz. tlenu. Badania wykonano na zwierzętach: jak króliki, świnki morskie i inne, a także i na materyale ludzkim. U zwierząt, głodzonych przedtem, ilość tlenu była znacznie większa. Zaznaczywszy różnicę między działaniem zaczynów (fermentów), a innymi odczynami chemicznymi, mowca wypowiada zdanie, iż fermenty należą do ciał proteinowych.

Na zasadzie całego szeregu wyników z dokonanych doświadczeń mowca zestawia główniejsze wnioski:

1) Badania przewodu pokarmowego co do zawartości katalazy dały wyniki dodatnie.

2) Katalaza znajduje się w żołądku i kiszkach tak u człowieka, jak i u rozmaitych zwierząt, ptaków i ryb.

3) Przewód pokarmowy człowieka i zwierząt różnią się li tylko co do zawartości katalazy.

4) Katalaza znajduje się w przewodzie pokarmowym nietylko w ustroju prawidłowym, lecz i w czasie głodzenia tegoż.

5) Katalaza powstaje w zaraniu życia, t. j. jeszcze w czasie tworzenia się płodu.

Dyskusya: Doc. Orłowski zapytuje prelegenta o skład chemiczny tego fermentu i zaznacza, iż Rosenfeld otrzymywał oksydazy krystaliczne. Niekażdy ferment składa się z białka, ponieważ w niektórych fermentach znajduje się mangan, żelazo i inne metale, wobec czego mowca jest stanowczo przeciwny temu, ażeby zaliczać fermenty wyłącznie do ciał proteinowych. — Prelegent zgadza się na to zapatrywanie. — Przewodniczący w imieniu zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za ciekawy odczyt.

Przewodniczący Prof. Ziemacki przed wygłoszeniem własnego odczytu zaprasza za zgodą zgromadzenia na przewodniczącego p. Szymona Dzierzgowskiego.

II. Prof. Ziemacki wygłosił rzecz: **W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich, oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych.** Mowca zaznacza, iż w tym kierunku istnieje już dobrze opracowany artykuł pióra Dra Stefana Rudzkiego. Kierując się myślą przewodnią tej pracy, należy i nam tu na brzegach Newy spełnić ciążący na nas obowiązek obywatelski i społeczny, aby podnieść produkcyę krajową i dopomódz do usunięcia z obiegu środków pochodzenia niemieckiego, albowiem środki niemieckie nie mają żadnej przewagi i są czasami droższe od środków innego pochodzenia, jak n. p. szwajcarskich i francuzkich.

Dyskusya: Doc. Orłowski przypomina, że przed kilku laty, w roku 1902—1903, otrzymało »Koło lek. pol.« odezwę lubelskiego Towarzystwa lekarsk. Wtedy wybrano komisyę, która dotąd nie odbyła ani jednego posiedzenia. — Dr Wierciński wyraża zdanie, iż tak ważną sprawę należy podnieść na zebraniu liczniejszem, gdy będą obecni także farmaceuci. Należałoby przedtem wydrukować spis porównawczy wszystkich środków i wód mineralnych różnego pochodzenia, coby uwidoczniło tę różnicę, jaka rzeczywiście istnieje. — Prof. Ziemacki zapytuje, czy wogóle zgromadzenie uważa za odpowiednie obecnie już przystąpić do akcyi czynnej, chociażby w zasadzie. Wnosi, by wybrać komisyę, która będzie czynniejszą, niż poprzednia, nie z członków komitetu, ponieważ ci są obarczeni różnemi innemi czynnościami. — Dr Zakrzewski zaznacza, iż wtedy, gdy zbierała się pierwsza komisya, stosunki do Niemców nie były tak silnie zaostrzone, jak to jest obecnie. Dlatego też obecna komisya spełni swe zadanie chyba goręcej, niż poprzednia. — P. Szymon Dzierzgowski zauważa, iż lekarzom w Rosyi będzie zatrudno wyrugować z obiegu środki niemieckie dlatego, ponieważ aptekarze nie mają jednego i tegosamego środka z różnych fabryk. Nie można tu myśleć o szerszem działaniu, jak to jest w kraju. Otóż komisya, która będzie obrana, powinna to mieć na względzie. Do komisyi powinno być powołane liczne grono farmaceutów. — Doc. Sowiński podnosi, iż od słów do czynu bywa daleko. My lekarze możemy bawić się w przepisywanie środków francuzkich, szwajcarskich, a pp. aptekarze, nie posiadając ich, będą naturalnie wydawać niemieckie. Otóż powinniśmy przyciągnąć szeroki ogół aptekarzy i tylko działając wspólnie z nimi, można uzyskać jakieś wyniki pomyślne w tej sprawie. — Dr Wierciński zaznacza, iż zadaniem naszem nie powinno być bojkotowanie przemysłu niemieckiego, lecz popieranie przemysłu polskiego. — Doc. Sowiński i Dr Zakrzewski zgodnie wnoszą, ażeby komitet sam utworzył komisyę, zapraszając te osoby, które uzna za właściwe. — Wniosek ten przyjęto i uchwalono, ażeby komisya wypracowała do jesieni program akcyi czynnej.

W administracyjnej części posiedzenia 1) wybrano na członków korespondentów: Dra Franciszka Chłapowskiego z Poznania, Dra Heliodora Święcickiego z Poznania, i inż. technika Stanisława Towtkiewicza; członkami rzeczywistymi obrano: Dra Władysława Ratulda, lekarza-dentystę, A. Totwena, lek.-dent. Annę Andrzejkowicz, lek.-dent. Adama Wikszemskiego, lek.-dent. Edwarda Łokuciewskiego, lek.-dent. Mauryc. Pożaryskiego. 2) Uchwalono zaopatrzyć salę posiedzeń w czarną tablicę drewnianą i pulpit dla odczytów. Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w dniu 24. września 1908.

1) Dr Żurawski, delegowany przez Towarzystwo na Zjazd przeciwgruźliczy w Washingtonie, jako przedstawiciel Towarzystwa lek. pol. w Chicago, oraz Towarzystw lekarskich i przeciwgruźliczych polskich z Europy, które nadesłały upoważnienia, — zdaje sprawę ze swej misyi. Na Zjeździe zaproponowano naszemu delegatowi tylko częściowe uznanie reprezentacyi polskiej, ponieważ zaproszenia do udziału w pracach Zjazdu były rozsyłane nie do ciał narodowych lub poszczególnych narodowości, lecz do rządów. Uznano Dra Żurawskiego oraz Dra Fronczaka, któremu również Towarzystwa krajowe nadesłały upoważnienia, za reprezentantów polskiej nauki i jako Polaków zamieszczono ich w spisie delegatów. Nie przyznano im jednak prawa oficyalnego reprezentowania narodu polskiego w rzędzie przedstawicieli poszczególnych rządów wobec faktu, że państwo polskie, ani rząd nie istnieją. Nasi delegaci zgodzili się na takie częściowe przyznanie prawa reprezentacyi i weszli w skład Zjazdu jako delegaci. Kiedy jednak odmówiono im udziału w przyjęciu urzędowem reprezentantów obcych narodowości przez rząd (prezydenta) Stanów Zjednoczonych, cofnęli swe uczestnictwo w Zjeździe, złożywszy protest na ręce sekretarza kongresu. Takim sposobem zaznaczyli delegaci prawa polskiej narodowości, jako odrębnej.

Zebranie wyraziło Drowi Żurawskiemu wotum zaufania i podziękowanie za pracę i sprawozdanie.

2) Dr Żurawski złożył następnie sprawozdanie o pracach Zjazdu przeciwgruźliczego: Część naukowa Zjazdu ustaliła

sprawę tożsamości lasecznika gruźliczego u zwierząt i u ludzi, co ma ogromne znaczenie w sprawie higieny zapobiegawczej. Co do leczenia swoistego przeważało zdanie, że przyszłość jego leży w leczeniu czystą tuberkuliną. Zjazd doszedł do przekonania, że sanatorya europejskie przewyższają amerykańskie pod względem leczenia, a także urządzeń. — Organizacya Zjazdu samego była wadliwa. Wysłano zaproszenia do rządów, a nie do ciał naukowych; niektóre rządy wysłały delegatów zupełnie nieznanych w świecie naukowym ze swych prac, którzy jednak reprezentowali rząd ze względu na swe wysokie urzędnicze stanowisko.

3) Towarzystwo Lekarzy Polskich otrzymało od Dra Sokołowskiego z Warszawy trzy tomy jego dzieł oraz szereg monografii, za co uchwalono wysłać mu podziękowanie.

4) Rozpatrywano uchwałę Związku Polek, który ustanowił opłatę za badanie 75 c. Postanowiono nie zgodzić się na uchwaloną płacę, oraz polecić Dr Olgert-Kaczorowskiej, by przedstawiła tę sprawę Zarządowi Związku Polek.

4) Uznano działalność Uniwersytetu Ludowego w Chicago za godną poparcia, uchwalono zalecić poszczególnym członkom zapisywanie się do tej instytucyi oświatowej, oraz wyznaczono 10 dolarów Uniwersytetowi Ludowemu tytułem wniesienia T. L. P. do spisu członków wspierających.

5) W sprawie powziętego przez Kasę Ludową projektu utworzenia przy tej kasie lecznicy ze zniżoną opłatą tylko dla członków kasy i z normalną opłatą dla publiczności — powzięło zebranie następującą uchwałę: »Działalność lecznicy ze zniżoną ceną odbiłaby się niekorzystnie na materyalnym bycie reszty członków Towarzystwa, którzy nie będą brali udziału w lecznicy przy Kasie Ludowej«.

Wobec tego Dr Szymański w porozumieniu się z obecnymi Dr Żurawskim i Dr Czakim oraz w imieniu Dra Kalińskiego, t. j. lekarzy, którym Kasa Ludowa powierzyła urządzenie i prowadzenie lecznicy, podał do wiadomości, że propozycyi tej nie przyjmą.

W dyskusyach zabierali głos Drowie: Stupnicki, Szwajkart, Napieralski, Bożyncz, Olgiert-Kaczorowska, Stobiecka, Gierałtowski, Xelowski, Czaki, Dobija, R. Ostrowski, Żurawski i Szymański.

6) Odczyt Dra Czakiego: **O konserwatywnem leczeniu w ginekologii** odłożono do przyszłego posiedzenia, mającego się odbyć dnia 31 b. m. Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 6. XI. posiedzenie Wydziału dla szpitalnictwa, na którem Dr Wanda Szczawińska z Paryża miała odczyt o domu dla dzieci-ozdrowieńców w Medan pod Paryżem, a Dr Jakimiak przemawiał w sprawie konkursów przy obsadzaniu posad ordynatorów w szpitalach, poczem uchwalono zwrócić się przez Zarząd Stowarzyszenia do magistratu m. Warszawy, aby nadal przy obsadzaniu posad ordynatorów stosowano prawo z r. 1862. — Na posiedzeniu Wydziału spraw bytu lekarskiego postanowiono, że wszelkie dodatkowe czynności przy chorym, n. p. wstrzykiwania podskórne, powinien wykonywać młodszy lekarz, a nie felczer. — 11. XI. otwarto uroczyście nowy lokal Stowarzyszenia. (Med. i Kron. lek. 46). *R.*

Założenia Związku lekarzy okręgowych, miejskich i gminnych, nie radzi Dr Gilnreiner (Głos lek. 22) czynić zależnem od liczby napływających zgłoszeń, do których wzywa komitet lekarzy okręgowych (por. »Przegląd lek.« 46.), ale przystąpić odrazu do utworzenia Związku, potrzebnego nietylko ze względów zawodowych, lecz także społeczno-higienicznych. *R.*

W sprawie Zjazdu lekarzy okręgowych prosi nas Dr Zasacki o zaznaczenie, że streszczenie jego referatu na Zjeździe lekarzy okręg. w Nrze 46 »Przeglądu lek., podane według »Głosu lek.«, a przedewszystkiem rzekomy wniosek, jakoby »należało się starać o zastosowanie pensyjnej ustawy państwowej do lekarzy okręgowych« nie jest zgodny z rzeczywistością. Dokładne sprostowanie podano w Nrze 22, a referat sam w Nrze 21 »Głosu lekarzy«. Streszczenie dokładne tego referatu znajduje się także w Nrze 45 »Przeglądu lekarskiego«.

W Sejmie nie zostały załatwione z powodu odroczenia sesyi następujące, gotowe już sprawozdania: komisyi sanitarnej: o wniosku posła Tertila w sprawie ustanowienia przy Wydziale krajowym osobnego organu dla spraw zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, oraz o petycyi Jana hr. Potockiego o pomoc kraju dla przemysłu zdrojowego; o memoryale Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie reformy i zaprowadzenia ulepszeń sanitarnych dla chorych gruźlicą dotkniętych, a w szpitalach krajowych leczonych; o petycyi lwowskiego Towarzystwa ginekologicznego w sprawie kursów wakacyjnych dla położnych; o przedłożeniu Wydziału krajowego w sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem; o wniosku p. Cieńskiego w sprawie zwalczania gruźlicy, oraz komisyi szkolnej o wniosku posła Dra Kurowca w sprawie zaprowadzenia stałych lekarzy szkolnych w szkołach średnich. *R.*

Wprowadzenie lekarzy szkolnych w rządowych szkołach średnich w Galicyi, którego domagał się w ostatniej sesyi sejmowej poseł Dr Kurowiec, poparła sejmowa komisya szkolna w swem sprawozdaniu o wniosku Dra Kurowca. Komisya wniosła, by Sejm, uznając konieczność jak najrychlejszego zorganizowania lekarskiej szkolnej służby zdrowia w całej Galicyi, a przedewszystkiem wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w szkołach średnich, wezwał ponownie (jak już raz w r. 1905) rząd, aby z najbliższym rokiem szkolnym ustanowił lekarzy szkolnych w szkołach średnich. *R.*

Projekt ustawy lekarskiej (Ärzteordnung [1]), której od szeregu lat domagają się Izby lekarskie austryackie, a któraby obejmowała wszystkie postanowienia prawne, dotyczące zawodu lekarskiego, znosząc zarazem mnóstwo rozproszonych, obowiązujących dotąd (nieraz od przeszło 100 lat) rozporządzeń i reformując instytucyę Izb lekarskich, — będzie podobno wkrótce już przedłożony austryackiej Radzie Państwa. Przeszedł on mianowicie już przez narady w komisyach ministeryalnych i w Najwyższej Radzie Zdrowia, a czeka go jeszcze tylko zbadanie przez ministeryalne biura prawnicze.

Podstawą projektu ustawy nie jest w głównym zarysie nic innego, jak szkic, opracowany przez Izby lekarskie, uchwalony przez wiec Izb w r. 1902 i wniesiony potem do parlamentu w postaci wniosków poselskich, ostatni raz 28. VI. 1907 przez posłów Drów Dietziusa, Michla i tow. — Projekt Izb dzieli się na pięć rozdziałów: 1) Warunki wykonywania praktyki lekarskiej, 2) prawa i obowiązki lekarzy, 3) izby lekarskie, 4) rady honorowe, 5) postanowienia końcowe, i był swojego czasu dobrze znany ogółowi lekarzy; nie będzie jednak od rzeczy przypomnieć dziś główne jego szczegóły. Prawo praktyki według projektu Izb uzyskuje się przez wpisanie na listę lekarzy, do czego potrzeba obywatelstwa i dyplomu austryackiego, oraz roku praktyki w szpitalu po doktoracie (§. 1). [§. 2 projektu określa warunki, pod jakimi mogą praktykować cudzoziemcy]. O wpisanie na listę ma się lekarz sam postarać u odpowiedniej Izby (§. 3), która w pewnych przypadkach ma prawo wpisania odmówić (karna utrata dyplomu, obłąkanie i t. p.) (§. 4), a której prezes odbiera od wpisanego uroczyste przyrzeczenie przestrzegania ustawy (§. 5). Dopiero Izba donosi władzy politycznej o wpisaniu lekarza na listę (§. 7) i ogłasza o niem publicznie. Lekarz obowiązany jest opłacać wkładki do Izby i donosić jej do dni 14 o zmianie adresu; do Izb należeć muszą także lekarze wojskowi i rządowi, nie podlegając jednak sądowi Rady honorowej, do której zresztą nie mogą być wybrani (§. 9). Lekarzowi nie wolno ordynować w kilku miejscach z wyjątkiem tych przypadków, gdy to jest obowiązkiem służbowym lub warunkiem kontraktowym (§. 10). Poza okręgiem Izby wolno czasowo praktykować tylko: w zastępstwie kolegi, przy naradach lekarskich (konsyliach), w zdrojowiskach, na zasadzie zobowiązań kontraktowych lub umowy między Izbami (§. 11). Lekarz ma prawo, ale niema przymusu (z wyjątkiem zobowiązań kontraktowych) wystawiania świadectw, w których określić musi ich cel, ale nie potrzebuje wymieniać nazwy choroby. Za świadectwa lekkomyślne karze Rada honorowa (§. 12). W nagłych przypadkach ma lekarz (pod karą dyscypl.) obowiązek udzielić swej pomocy, z wyjątkiem tych przypadków, gdy go wzywający raz już wprowadził w błąd (§. 13); za taką pomoc wolno żądać zapłaty (§. 14); zresztą (poza §. 13) nie może być lekarz zmuszony do udzielenia pomocy (§. 15).

---

[1] Zdawałoby się najprościej przetłómaczyć »Ärzteordnung« wyrazem »ordynacya« w podobnem znaczeniu, jak mówi się o innych ordynacyach stanowych. Wszelako utarte wyrażenie »ordynacya lekarska« oznacza już zgoła co innego (przepis, zarządzenie lekarza); »Ärzteordnung« wypadnie przeto oddać wyrazem »ustawa lekarska« lub »o lekarzach«.

Posady w kasach chorych, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. wolno przyjmować tylko za kontraktem, przedłożonym przed podpisaniem Izbie (§. 16). Wolno odstąpić od leczenia chorego, wyraźnie mu to zapowiedziawszy i zostawiwszy czas na wyszukanie innego lekarza; doraźnie wolno odstąpić, (również wyraźnie to oznajmiając), gdy chory lub jego otoczenie nie słuchają zarządzeń lekarza, potajemnie wzywają drugiego lekarza, lub obrzucą lekarza obelgami (§. 18). §. 19 nakłada bezwzględny obowiązek tajemnicy lekarskiej; o tem, co chory lekarzowi powierzył, wolno lekarzowi w sądzie i wobec władz odmówić zeznań (§. 20). O chorobach zakaźnych (prócz gruźlicy przewlekłej) musi lekarz donosić władzom, za co ma być wynagradzany (§. 22). Wynagrodzenie za leczenie (honoraryum) wolno lekarzowi z góry sobie wymówić: Izby mogą wydawać obowiązujące taryfy minimalne (§. 24). Ubliżające godności stanu zajęcia uboczne są zakazane (§. 25).

Rozdział o Izbach lek. wprowadza ogromne zmiany w dotychczasowym zakresie działania i znaczeniu tych instytucyi, które nazwane są w projekcie Izb »władzą zawodową« (Standesbehörde). Zakres obrad i uchwał Izb obejmować ma nietylko wszystko, co dotyczy interesów, znaczenia, urządzeń dobroczynnych stanu lekarskiego, ale także to, co dotyczy rozwoju higieny publicznej i urządzeń sanitarnych; w tych sprawach mogą Izby występować z wnioskami do władz. Wiece Izb są ogólną reprezentacyą całego stanu lekarskiego (§. 29). Władze mają obowiązek zasięgać zdania Izb w całym zakresie ich działania; do krajowych Rad zdrowia wysyłają Izby po 2 delegatów (§. 30). Dalsze §§. (31—39) określają ustrój Izb i ich Wydziału, przepisy o wyborach do Izb i t. p. Ze szczegółów zasługuje tu na uwagę przepis, że Wydział Izby ma się składać z prezesa, 1 do 2 jego zastępców, 3 do 6 (najwyżej) członków. Wydział Izby ma prawo karać lekarzy za uchybienie obowiązkom wobec Izby (bez odwołania) — upomnieniem i grzywną od 10—100 K. (§. 40). — Rady honorowe mają być od Izby zupełnie oddzielone; wybiera je Izba z ogółu lekarzy, do niej przynależnych; do Rady hon. nie może należeć żaden członek Wydziału Izby. Rady hon. są sądami polubownymi i władzami dyscyplinarnemi, mogącemi wdrażać sprawy przeciw lekarzom samodzielnie (prócz lekarzy wojskowych i rządowych, którzy Radom hon. nie podlegają) (§. 42). — Rady honorowe mogą nakładać następujące kary: *a*) przypomnienie, *b*) ostrzeżenie, *c*) nagana na piśmie, *d*) grzywna do 1000 K., *e*) czasowe lub zupełne wykreślenie z listy lekarzy (a przez to odebranie prawa praktyki) (§. 43). (Jak wiadomo, §. 43 e) uchwalony został na wiecu Izb w r. 1902 większością głosów; mniejszość, złożona z 6 Izb, wśród nich wschodnio-gal., żądała wykreślenia tego punktu). Kary mogą być zaostrzone przez *a*) odebranie praw wyborczych w Izbie, *b*) ogłoszenie nazwiska skazanego i treści wyroku w organie Izby (§. 44). Grzywny, wpływające do kasy Izb, mogą być ściągnięte przez egzekucyę przez władze polityczne (§. 45). Wyrok wykreślenia z listy może zapaść tylko po 3-krotnych karach poprzednich. — §§. 47—55 określają procedurę Rad honorowych (między innymi postanawiają, by przy każdej rozprawie występował »oskarżyciel« z grona Wydziału Izby; oskarżony ma prawo mieć »obrońcę« — lekarza). Od wyroku Rady, jeśli grzywna wynosi ponad 100 K., można się odwołać do Wydziału Izby; przy zasądzeniu na wykreślenie z listy lekarzy wolno się odwołać do Senatu dyscyplinarnego Izb przy ministerstwie spraw wewn. (§. 58), który to senat składa się z 3 członków, wybranych na wiecu Izb, z jednego sędziego — prawnika i jednego urzędnika, mianowanych przez ministra (§. 59). Postanowienia końcowe oddają nadzór nad Izbami politycznym władzom krajowym, dając im prawo w razie przekroczenia ustawy lub zakresu działania uchwały Izby zawieszać, a nawet Izbę rozwiązywać (§. 62) i w takim razie wyznaczać komisarzy rządowych dla zarządu Izbą (§. 63); — wreszcie ministrowi zastrzeżono prawo wydania rozporządzeń wykonawczych do ustawy (§. 65).

Ten pierwotny projekt ustawy oddany został przez rząd do zaopiniowania Najwyższej Radzie Zdrowia. Osobny komitet tej Rady, złożono z Prof. Chrobaka, dyr. Dra Muchy, Prof. Jakscha, sekretarzy ministeryalnych Dra Daimera i Illinga, z dobraniem posłów Dra Dietziusa, Jägera i Wintera, oraz prezydentów Izb lekarskich wiedeńskiej i dolno-austr. Prof Fingera i Dra Lista, opracował zmiany projektu na zasadzie referatu Dra Daimera.

Zmiany te, pominąwszy drobniejsze szczegóły formalne, dotyczą punktów następujących: W ustawie należałoby ściśle określić pojęcie »praktyki lekarskiej«, gdyż z powodu braku takiej definicyi zdarzało się, iż Najwyższy Trybunał interpretował to pojęcie inaczej, niż Izby lekarskie i Najwyższa Rada Zdrowia. Ustalenie tej definicyi wyjaśni odrazu, kto ma prawo do tytułu »lekarza«. Zdaniem Izb lekarskich pojęcie »praktyki lekarskiej« mieści w sobie wykonywanie wogóle zawodu lekarskiego i każdą czynność, podjętą na zasadzie dyplomu. Wprowadzenia obowiązkowego roku praktyki szpitalnej, jako warunku uzyskania prawa praktyki (§. 1), referent odradza, natomiast zwraca uwagę, czy nie należałoby jako warunku udzielenia prawa praktyki żądać dowodu sprawności fizycznej i umysłowej. Należałoby dalej w ustawie uregulować sprawę tytułu »specyalistów«. Lekarze, rozpoczynający praktykę, powinni się zgłaszać do władz politycznych, a te dopiero donosić o tem Izbom (odwrotnie, niż w pierwotnym projekcie). Władze powinny też być zawiadamiane o utracie prawa praktyki przez lekarza; przy tej sposobności zwraca referent uwagę, że odebranie prawa praktyki jest dla lekarza znacznie cięższą karą, niż n. p. dla adwokata. Zarówno tytuł lekarza, jak i prawo jego do wykonywania praktyki powinnyby w ustawie zyskać ochronę prawną; należałoby przeto w ustawie określić pojęcie »partactwa« i nałożyć na władze obowiązek wkraczania z urzędu (nawet bez zażalenia strony poszkodowanej) przeciw partaczom; prawo leczenia należy przyznać wyraźnie tylko lekarzom. Należy jednak rozważyć, czyby nie trzeba ograniczyć prawa stosowania w praktyce ogólnej nowych, niewypróbowanych jeszcze leków i sposobów. Obowiązek (przymusowej) pomocy lekarskiej należy nałożyć na lekarza tylko w tych miejscowościach, gdzie niema drugiego lekarza. Za pomoc, udzieloną w przypadkach nagłych, powinien nietylko lekarz mieć prawo »żądać wynagrodzenia« (§. 14), ale i strona powinna mieć »obowiązek je zapłacić«. Określając przypadki, w których lekarz może odstąpić od leczenia, powinna ustawa (§. 18) zapobiedz, aby to nie zdarzało się z powodów błahych, i dlatego należy ściślej określić »nieposłuszeństwo zarządzeniom« lekarza (mogące przecież pochodzić z nieświadomości) i pojęcie »obrazy«. W zakresie obowiązku tajemnicy lekarskiej wprowadza referent ograniczenia; lekarz nie powinien być zwolniony od zeznań przed sądem, powinien też donosić o sprawach, ważnych dla dobra publicznego. Obowiązek donoszenia powinien dotyczyć nietylko chorób zakaźnych, ale także niektórych zawodowych (§. 22). Za doniesienia o chorobach zakaźnych nie można lekarzom przyznać wynagrodzenia, bo obowiązek donoszenia nakłada ustawa sanitarna, oprócz lekarzy na tak wiele osób, któreby także za to trzeba wtedy wynagradzać, że państwo nie miałoby na to dostatecznych środków. Co do taryf lekarskich, to referent uważa taryfy średnie za właściwsze od taryf minimalnych. Należałoby dalej rozważyć, czy ustawa nie powinnaby zwolnić lekarzy: od obowiązków opiekunów sądowych, sędziów przysięgłych, znawców sądowych, zakazać zaś: sprzedawania i kupowania praktyki, porad listownych, jarmarcznej reklamy, wydawania świadectw o środkach tajnych, dawania prowizyi pośrednikom i wogóle używania pośredników (faktorów) w praktyce. Sprawę zgody chorych na operacye należy także ustawowo określić dla ochrony lekarzy przed zdarzającemi się potem wymuszeniami. O błędach lekarskich powinny orzekać zawsze i wyłącznie tylko Wydziały lekarskie z pominięciem zwykłych znawców sądowych.

Do rozdziału o »reprezentacyi« (nie »władzy«) zawodowej, (Izbach) należy włączyć §§. 1, 3—7, 9—10 pierwotnego projektu ustawy (t. j. postanowienia o zgłaszaniu praktyki i t. d.; referent proponuje tu zresztą różne zmiany formalne), którego zasadniczych postanowień co do Izb referent zresztą nie zmienia, zalecając jedynie obmyśleć środki, któreby skutecznie nakłoniły lekarzy do udziału w wyborach do Izb.

W rozdziale czwartym należałoby oprócz postanowień o Radach honorowych i postępowaniu dyscyplinarnem uwzględnić wzajemny stosunek lekarzy i chorych, stosunek lekarzy do kas chorych i t. p. Aby zapobiedz różnicom w wyrokach Rad honorowych przy Izbach i sądów honorowych wojskowo-lekarskich i t. p., należałoby zastrzedz n. p. udział delegatów Rad w tych sądach, lub tworzyć w odpowiednich przypadkach Rady honorowe wspólne. Karę dyscyplinarną z §. 43 e) (utrata prawa praktyki) należy dokładnie rozważyć z uwzględnieniem motywów mniejszości Izb, które się przeciw temu §. oświadczyły. Grzywny powinnyby wpływać do funduszów dobroczynnych, istniejących przy Izbach. Odwołanie powinno skazanemu przysługiwać przeciwko każdemu wyrokowi Rady.

Referat ten, szczegółowo streszczony nietylko przez prasę lekarską niemiecką, ale w głównych punktach podany nawet przez dzienniki polityczne wiedeńskie, był przedmiotem wyczerpujących obrad Najwyższej Rady Zdrowia w d. 7. i 8. X. b. r.

Dzienniki zapewniają, że został on w ogólnym zarysie przez Najw. Radę Zdrowia przyjęty i że uchwalono do niego poprawki, odpowiadające życzeniom ogółu lekarzy. *R.*

Rządowi weterynarze powiatowi mają być uważani za organa kontrolne po myśli § 2. ustawy o środkach spożywczych z 16 stycznia 1896 Dz. p. p. l. 89 z r. 1897, w przypadkach wykonywania nadzoru co do środków spożywczych i używek pochodzenia zwierzęcego. (Okólnik c. k. Namiestnictwa z 9 listopada 1908 l. 145677/VII b.). *T.*

Zmianą taryfy sądowo-lekarskiej w Austryi zajmował się Wiec Izb lekarskich, odbyty niedawno w Pradze, na zasadzie referatu, przygotowanego w Izbie lwowskiej przez Prof. Dra Sieradzkiego, a ogłoszonego obecnie przez autora celem obudzenia dyskusyi publicznej (Głos lek. 20). W projekcie swoim zbiera Prof. S. wynagrodzenie za »badanie sądowo-lekarskie osób« w jeden ustęp, zamiast dotychczasowego nieuzasadnionego rozdziału według rodzaju przestępstwa lub celu badania; należytość dzieli na 3 stopnie: 1) po 3 K. za czynności najprostsze, które ile możności ściśle określa i ogranicza, 2) 5—10 K., 3) 25 K., próbując przytem uwzględnić także lokalne stosunki zarobkowania lekarzy, a proponując połowę honoraryum za badania powtórne, aby zachęcić sądy do zarządzania ponownych oględzin. Należytość za sekcye podnosi Prof. S. znacznie, usuwa zaś zwrot za środki odkażające i t. p. Stara się dalej Prof. S. uwzględnić w projekcie taryfy najważniejsze nowoczesne metody badań sądowo-lekarskich, określić nieuregulowane dotąd wynagrodzenie za badania psychiatryczne, wprowadza jako nową zasadę wynagrodzenia, długość czasu, straconego przy komisyi, dalej rozróżnienie między wyjazdem w okręgu sądu, do którego przynależy lekarz, a sądu obcego, i oznaczenie w tym drugim przypadku wynagrodzenia według stanowiska lekarza. Dalej ogranicza Prof. S. w swym projekcie ilość przypadków, w których wyższa instancya sądowa zatwierdza wymiar należytości, i żąda w przypadkach spornych wysłuchania Izby lek., jako znawcy; w końcu dodaje uwagę o ryczałtowem wynagrodzeniu lekarzy.

Główne punkta projektu Prof. S. są następujące: 1) *a*) Badanie uszkodzonych cieleśnie w przypadkach najprostszych (obrażenia nieliczne i powierzchowne, dające się ocenić przeważnie oglądaniem zewnętrznem) 3 K, *b*) w przypadkach wymagających szczegółowego badania 5—10 K., *c*) przy szczególnie dokładnem badaniu lub dłuższem, naukowo uzasadnionem orzeczeniu 10—25 K. 2) Przy wymiarze należytości pod 1. *b*) *c*) należy uwzględnić także miejscowe stosunki zarobkowe lekarzy według taryfy, zatwierdzonej przez Izbę lek. Specyalistom nie można przyznać mniej, niż 20 K. 3) Za ponowne badanie połowa pierwszego wynagrodzenia. 4) Za badanie w nocy (9—7) wynagrodzenie podwójne. 5) Sekcya zwłok lub płodu 25 K. 6) Orzeczenie na zasadzie sekcyi 5—25 K. 7) Zewnętrzne oględziny zwłok lub płodu z orzeczeniem 6 K. 8) Obecność i dorada przy oględzinach i ekshumacyach za każdą zaczętą godzinę 10 K. (w nocy podwójnie). 9) Obecność i czynności przy rozprawach za każdą zaczętą godzinę 10 K. (w nocy 20 K.). 10) Studyum aktów 3—20 K. 11) Orzeczenie na podstawie cudzego wywodu 5—10, resp. 10—20 K. 12) Badanie gołem okiem narzędzi, plam, leków itp. z orzeczeniem 3—5 K. 13) Badania specyalne (drobnowidowe, chemiczne, biochemiczne, bakteryologiczne i t. d.) 10—50 K. (w projekcie wyszczególniono 7 rodzajów takich badań ze ściślejszem określeniem wynagrodzenia). 13) Badanie stanu umysłowego: *a*) jednorazowe 1—2-godzinne 20—30 K., *b*) każde następne 10—20 K., *c*) krótkie odwiedziny 3—5 K., *d*) wywód i orzeczenie, stosownie do trudności przypadku, 30—200 K., w przypadkach nadzwyczajnie mozolnych nawet więcej. 15) Stawienie się na wezwanie nadarmo 3 K. 16) W większych miastach, przy czynnościach pod 1, 14, 5, 7, 8, zwrot za fiakra. 17) Komisye zamiejscowe, oprócz kosztów podróży, dyet i należytości taryfowych za dokonaną czynność: *a*) w okręgu sądu, do którego znawca należy, za każdą zaczętą godzinę 5 K., *b*) w okręgu sądu obcego 10—20 K. 18) Każdy z wezwanych razem znawców ma prawo do pełnej należytości. 19) Trybunał II-giej instancyi zatwierdza tylko wymiar ad 13, 14, 17. Przy zażaleniach lekarzy na wymiar może sąd zasięgnąć zdania Izby lek. 20) Ryczałtowe wynagrodzenie ma być obliczone według wydatków danego sądu w poprzedniem trzechleciu; lekarz nie może opuścić więcej niż 20% z tak obliczonej średniej.

Z powodu tego projektu uważa Dr Markl (»Głos lek.« 21) następujące zmiany za konieczne: Z taryfy powinno być usunięte postanowienie, że sędzia może według uznania przyznać wyższe lub niższe wynagrodzenie według tego, czy czynność była »więcej lub mniej szczegółowa«. Sędzia tego ocenić nie może, jaka była czynność lekarza, a takie ogólnikowe określenie bywa nieraz przyczyną niemiłych konfliktów. Rodzaj czynności i wysokości wynagrodzenia powinny być ściśle i dokładnie w taryfie podane; i tak n. p. za badanie sińców, podbiegnięć krwawych, starć naskórka, blizn, oparzeń I. stopnia 3 kor., za badanie ran, złamań, zwichnięć 6 kor., za badanie ogólnego stanu zdrowia, celem stwierdzenia odbytego porodu i t. p. żmudniejsze badania 10 K. i t. d. Niektóre należytości należy koniecznie podwyższyć, n. p. za orzeczenie, oparte na wyniku sekcyi zwłok, w każdym przypadku 10 K., za oględziny zewnętrzne z orzeczeniem kor. 10 (zamiast projektowanych 6) i t. p. — Podobne żądania podnosi również Dr Połochajło (»Głos lek.« 22). *R.*

Taryfy lekarskie wchodzą w użycie i we Włoszech. Lekarze w Rzymie ustanowili taksę zasadniczą na 3—25 lirów. Wizyta lekarza trwać może najdłużej pół godziny. Jeżeli trwa dłużej, to każde następujące pół godziny liczy się za nową wizytę. Odnosi się to taksamo do wszelkich czynności przy chorym (odwożenie do zakładów i t. p.). Osobno oprócz wizyty należy honorować wszelkie zabiegi, jak wstrzykiwania, wypuszczanie i badanie moczu, badania narzędziami, mięsienie i t. p. Podwójnie muszą być honorowane: wizyty nocne, wizyta pierwsza z badaniem szczegółowem, wizyty w oznaczonej przez samego chorego godzinie i wizyty w dnie świąteczne (o ile nie są one niezbędnie konieczne, lecz sam chory ich się domaga). Każda porada, udzielona innej osobie w domu chorego, ma być osobno wynagradzana. Poniżej minimalnej taksy wolno liczyć honoraryum tylko wtedy, gdy lekarz odwiedza chorego kilka razy dziennie. *X.*

Sprawa podziału honoraryum między lekarza domowego i chirurga weszła w Anglii, za wzorem Francyi, na porządek dzienny. »Lancet« proponuje, by honoraryum to składał chory w ręce lekarza domowego, a ten następnie rozdzieli je sam. W Anglii, zarówno jak i we Francyi, wywołał tę sprawę fakt częstego krzywdzenia lekarza domowego na korzyść chirurga. *X.*

Lek »Augenwol«, wyrabiany przez firmę »Augenwol-Gesellschaft« w Berlinie (okólnik c. k. Nam. z 9 listopada 1908 l. 142767/VII b. stosownie do reskr. c. k. Ministerstwa spr. w. z 17. X. 1908 l. 27339) musi być uważany za lek tajny i wprowadzanie go w obrót w Austryi jest zakazane. *T.*

Jak ostrożnie postępować należy przy orzeczeniach o odszkodowanie, ilustruje fakt, opisany przez Prof. Lewina z Berlina. Pewien robotnik zajęty był w pewnej chemicznej fabryce już od 34 lat. Ostatnich 25 lat spędził przy wyrabianiu apomorfiny i dopiero w ostatnich czasach zastępczo pracował przy wyrobie morfiny. Zaraz już po kilku dniach pracy zaczerwieniały mu i obrzękły obie kończyny górne i wystąpił nieznośny świąd. Po kilku dniach leczenia cierpienie ustąpiło i robotnik stanął do pracy w dziale wyrobu teobrominy. Cierpienie zjawiło się na nowo i mimo leczenia występowało stale przy pracy, tak, że w końcu robotnik ten stał się zupełnie niezdolnym do pracy. Wniósł więc do towarzystwa ubezpieczeń prośbę o udzielenie renty, towarzystwo jednak prośbie odmówiło, wobec czego robotnik wniósł skargę sądową. Znawcy w wywodzie swym odrzucili zupełnie związek cierpienia z wykonywaną pracą, twierdząc, że nie jest im wcale znanem, by morfina wywierała taki wpływ na skórę. Prof. Lewin stanął w obronie poszkodowanego i przedewszystkiem udowodnił, że znane są przypadki wybitnego i ostrego działania morfiny na skórę, orzeczenie więc znawców dowodzi tylko, »że oni sami o tem nie wiedzą«. W czasie dochodzeń poszkodowany umarł, a sąd przyznał rodzinie odszkodowanie, przychylając się do zdania Lewina. — W orzeczeniach powinni lekarze wyrażać się bardzo oględnie. Jest wiele chorób urazowych, mało nam jeszcze znanych; zresztą nie każdy ma zawsze odpowiednie piśmiennictwo pod ręką. *K.*

Śmiertelność w Prusiech wynosiła w r. 1907 18 na tysiąc mieszkańców (w r. 1906 — 18·8), gdy w r. 1876 dochodziła jeszcze 26·3‰. Najkorzystniejsze wyniki osiągnięto w obwodzie (wiejskim) berlińskim, gdzie śmiertelność w r. 1907 wynosiła 14·8‰, najgorsze stosunki były w obwodzie wrocławskim (23·5‰). Wszystkie obwody z ludnością polską miały w r. 1907 śmiertelność większą od średniej w całem państwie pruskiem, i tak np. Poznań i Bydgoszcz 19,1, Lignica 20,9, Opole 22,4. W r. 1907 zmniejszyła się wyraźnie śmiertelność wśród dzieci do lat 5, nie wyłączając osesków. *R.*

Mór dobija się znów do wrót Europy. Kilka przypadków zaszło w Liverpoolu.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8. do 14. XI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1); Brody (Dubie 3); Buczacz (Krasiejów 1, Trościaniec 1); Peczeniżyn (Kosmacz 1); Tarnopol (Tarnopol 1, chory przewieziony z Augustówki, p. Brzeżany). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 50 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 4 (2), błonicy 1 (1), płonicy 1 (—), odry 7 (3), duru brzusznego —. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 57 † 9 (6 † 3), duru brzusznego 1 † — (1 † —). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † 1), płonicy 42 † 2 (—), odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franciszek Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin), Doc. Dr Wład. Szumowski, Lwów, Zyblikiewicza 35 (Mittheilungen zur Geschichte der Medizin u. d. Naturwiss., prace wydane we Lwowie i Warszawie).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dn. 18. X. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przypadek zwężenia przełyku, leczony zapomocą gastrostomii i rozszerzania od dołu, i dwa przypadki przeszczepienia ścięgien, Prof. Piltz przedstawił przypadek postępującego samoistnego zaniku mięśni, Dr Radliński modyfikacyę operacyi przepukliny udowej, a Dr Mazurkiewicz miał wykład p. t. »Stosunek psychiatryi do psychologii«. W dyskusyach przemawiali: Prof. Bochenek, Dr Gertler, Prof. Kader, Prof. Piltz i Dr Wojciechowski.

— Sprawa szerszej akcyi przeciwgruźliczej w Krakowie zbliża się do urzeczywistnienia. W r. z. założył Prof. Jaworski przy ambulatoryum kliniki lekarskiej pierwsze dyspensatoryum. Po odczycie Dra Janiszewskiego »O opiekach dla chorych gruźliczych« w maju r. b. wybrało Towarzystwo lekarskie krakowskie dla tej sprawy komisyę, do której weszli: Dr Bielański, Prof. Ciechanowski, Doc. Droba, Doc. Gliński, Prof. Jakubowski, Dr Janiszewski, Prof. Jaworski, Dr Korolewicz, Prof. Kostanecki, Dr Kwaśnicki, Dr Landau Jan, Prof. Lewkowicz, Prof. J. Nowak, Dr Schaitter, Prof. Pareński. Komisya ta, doszedłszy do wniosku, że najkorzystniejszem dla powodzenia sprawy będzie utworzenie w Krakowie oddziału »Towarzystwa walki z gruźlicą«, istniejącego we Lwowie, przyjęła na zasadzie referatu szczuplejszego grona (Prof. Ciechanowski, Prof. Kostanecki, Dr Korolewicz, Dr Schaitter) projekt potrzebnych w tym celu zmian statutu lwowskiego Towarzystwa, opracowany w porozumieniu z r. dw. Drem J. Merunowiczem, a otrzymawszy od Towarzystwa lek. krak. mandat dalszego samodzielnego prowadzenia sprawy, przedstawiła ten projekt lwowskiemu »Towarzystwu walki z gruźlicą«. W październiku otrzymała komisya o swym projekcie zmian statutu ze Lwowa uwagi, nad któremi obradowała ponownie w d. 12. XI. b. r. Obecnie są w toku ostateczne rokowania, które niewątpliwie doprowadzą wkrótce do zupełnego porozumienia się; wobec tego można mieć nadzieję, że oddział »Towarzystwa walki z gruźlicą« powstanie w Krakowie jeszcze w r. b., do czego komisya, zajmująca się tą sprawą, wszelkiemi siłami zdążać będzie.

— Kurs psychiatryczny dla sędziów, urzędników prokuratoryi i więziennych, urządzony z polecenia ministerstwa sprawiedliwości, rozpocznie się w Krakowie 16. XI. b. r. Kierownikiem kursu jest Prof. Piltz; oprócz niego wykładać będą: Prof. Wachholz, Dr Jankowski i Dr J. Mazurkiewicz.

— Przenoszącego się po 23-letniej pracy lekarskiej i społeczno-obywatelskiej na stały pobyt do Lwowa Dra Szymona Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego, żegnały szerokie koła m. Brzeska w d. 7. X., składając mu podziękowanie za działalność na polu publicznem, w Wydziale powiatowym brzeskim, na stanowisku prezesa »Sokoła« i w zakresie filantropii społecznej.

— W dzienniku »Naprzód« (314) poruszono, że chorym, zdążającym po poradę do szpitali, klinik i t. d. powinny być udzielane ulgi cen jazdy koleją. Aby zapobiedz nadużyciom, mieliby lekarze w odpowiedni sposób poświadczać, że chory, któremu przyznano ulgę ceny jazdy, stawił się istotnie do leczenia.

— Na mające powstać w Zakopanem schronisko (uzdrowisko) krakowskiego Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej ofiarował p. F. Macharski 2000 K.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w d. 26. X. następującemi sprawami: 1) Uchwalono, pomimo prośby pow. Kasy chorych w Kołomyi, nie cofać ostrzeżenia co do tej Kasy i podjąć się pośrednictwa między Kasą a Drem A. pod warunkiem, że zarząd Kasy zobowiąże się zastosować do orzeczenia Izby. 2) Przyjęto do wiadomości umowę lekarza z Kasą chorych w Drohobyczu. 3) Uchwalono poprzeć u Wydziału krajowego starania Dra R. w S. o podwyższenie emerytury. 4) Prezydent zawiadomił, że do Związku Towarzystw lek. w Wiedniu odesłano 1487 K. 5) Wydano orzeczenie w jednej rozprawie honorowej, wyznaczono 3 terminy do rozpraw ustnych i uchwalono wystąpić sądownie przeciw autorowi zażalenia na lekarza ze względu na ubliżający całemu stanowi ton listu. Z powodu notatki dziennikarskiej uchwalono zawezwać jednego z lekarzy do wytłómaczenia się ustnego.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 14. XI. b. r. posiedzenie, na którem obradowano nad sprawą lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich, wydano opinię w sprawie zakładu wodoleczniczego i zakładu mechanoleczniczego we Lwowie, oraz w sprawie taks szpitalnych w Dolinie i Sokalu.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w dniu 14. XI. 1908 zajmowano się sprawą epidemii płonicy, stwierdzając, że wprawdzie epidemia złagodniała, lecz wymaga jeszcze ciągle wytężonej czujności organów sanitarnych i publiczności. Następnie przyjęto ogólny plan parku Jordanowskiego na Żelaznej Wodzie, na który miasto przeznacza przestrzeń 18-morgową i uchwalono zaznaczyć, że sprawa parku jest pilna i wymaga jaknajrychlejszego załatwienia.

— Fizykat wypracował i przedłożył magistratowi projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia.

— »Tygodnik lekarski« otwiera, stosownie do wezwania Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, opartego na uchwałach X. Zjazdu, łamy swoje dla zagadnień terminologicznych i, acz w skromniejszym zakresie, dla spraw zawodowych. Zapowiada zarazem, że sprawą łączenia się pism lekarskich, poruszoną na X. Zjeździe w uchwale sekcyi prasowej, zajmie się w terminie późniejszym.

— Zmarły niedawno w 40 r. ż. w Pernitz pod Wiedniem ś. p. Dr Ludwik Nazarkiewicz, kierownik i współwłaściciel sanatoryum Gries pod Bozen, zapisał, jak donoszą dzienniki, znaczny legat Towarzystwu lekarzy galicyjskich (mianowicie udział swój w sanatoryum i grunta budowlane).

Warszawa. Nowo zawiązane Towarzystwo »Higiena praktyczna im. Bolesława Prusa« wybrało do zarządu (do którego zaproszono oczywiście przedewszystkiem samegoż p. Aleksandra Głowackiego [Prusa]) z lekarzy: Prof. Dra Kosińskiego, Dra Cylkowa, Tchórznickiego, J. Zawadzkiego, Kowalską.

— W zakładzie dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią otwarto dn. 15. XI. b. r. uroczyście nowy pawilon im. ś. p. Dra Jonschera. Koszta budowy pawilonu, obliczonego na 40 chorych, w kwocie 25,000 rb., pokryto ze składek publicznych.

— Inspektor szpitali domaga się od magistratu wprowadzenia lepszych urządzeń dezynfekcyjnych w szpitalu zakaźnym św. Stanisława w Warszawie.

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, utrzymujące schronisko w Drewnicy, otrzymało i przyjęło dwa zapisy: ś. p. Lebediewowej (4000 rb.) i b. p. Reichmanównej (3000 rb.).

— Dr Julian Majkowski obchodził w r. b. półwiekową rocznicę pracy lekarskiej. Urodzony 23. XII. 1833 na Mazowszu, studyował medycynę w Dorpacie, a ukończywszy ją »cum eximia laude«, praktykował naprzód w Pabjanicach, potem przez 15 lat w Grójcu jako lekarz szpitala, który w r. 1863 z powodu ciągłych walk w okolicy zamienił się w szpital polowy. Od roku 1875 pracuje w Warszawie; od r. 1879 przez lat 16 prowadzi szpital św. Mikołaja w Busku, gdzie założył »Towarzystwo przyjaciół Buska«, między r. 1901—1905 praktykuje w Radomiu, gdzie organizuje Towarzystwo lekarskie. Przez cały czas (od r. 1860 do 1904) pracował Jubilat na polu piśmiennictwa lekarskiego, ogłaszając prace swe głównie w »Medycynie«, której jest współwłaścicielem i członkiem redakcyi. To też pismo to, umieszczając w Nrze 46 życiorys Jubilata, ogłasza dla uczczenia jubileuszu konkurs imienia Jubilata (z 2-ma nagrodami po 100 rb.) za najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny, (nie przekraczające 1½ arkusza druku), umieszczone w łamach pisma w ciągu roku 1909.

Przy wręczeniu jubileuszowego numeru w dn. 16. X. przemawiali, podnosząc zasługi Jubilata i składając Mu życzenia (do których i my nasze dołączamy) Dr Arnstein, Guranowski, Sadowski, Wojciechowski i J. Zawadzki. Jubilat ofiarował 200 rb. na ponowienie konkursu w r. 1910.

Z różnych stron. »Spolek českých lekařů« w Pradze mianował, jak donoszą »Narodni listy«, członkiem korespondentem Prezesa Towarzystwa lek. krakowskiego Dra Eugeniusza Borzęckiego, a członkami honorowymi: Dr Augusta Kwaśnickiego i Prof. O. Bujwida z Krakowa, Prof. Ant. Gluzińskiego i r. dw. Prof. Rydygiera ze Lwowa, Dra Stanisława Kurtza z Warszawy.

— Rząd austryacki wniósł do Izby panów projekt ustawy o chorobach zakaźnych.

— Zdrojowiska austryackie wiążą się w jednolitą organizacyę dla obrony wspólnych interesów. W połowie grudnia ma być ułożony projekt statutu, a potem mają być zaproszone do przystąpienia do organizacyi zarządy zdrojowisk. (W dotychczasowych przedwstępnych układach nie uczestniczyło żadne ze zdrojowisk galicyjskich.

— Kasa wsparć przy »Wiener medizinisches Doktorenkollegium« dobiegnie z końcem r. b. 50 lat istnienia. Przez ten czas rozdzieliła kasa między 1490 wdów i 704 sierot wogóle 248.000 k.

— W Prusach zarządziło ministerstwo obowiązkowe odkażanie mieszkań, opuszczonych przez suchotników, przed wprowadzeniem się nowych mieszkańców; koszta ponosić mają gminy, powiaty, kasy chorych i t. p. zakłady ubezpieczenia.

— We Francyi zawiązał się komitet, gromadzący środki na schronisko dla lekarzy, podupadłych materyalnie lub nieuleczalnie chorych.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu utworzono stypendyum im. Dr Bolesława Fischera, z którego przedewszystkiem mają prawo korzystać synowie lekarzy z Kowieńskiego.

— Wydział gospodarczy VII Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich uzyskał nareszcie zezwolenie władz na odbycie się Zjazdu od 28. XII. b. r. do 6. I. 1909. Wobec jednak tego, że pozwolenie to wydano tak późno, musiał Wydział gospod. uchwalić ponowne odroczenie Zjazdu na rok i wnieść o to znów prośbę do ministerstwa!

— »Gazeta lek.« (44) podaje za »Ruskim Wraczem« (41) następujące zasady nowej ustawy uniwersyteckiej w Rosyi: Rektor, prorektor i dziekani — z wyboru, zatwierdzani przez ministra; po dwukrotnej odmowie zatwierdzenia — nominacya z urzędu; zupełna autonomia w sprawach naukowych; dyplomy uniwersyteckie nie dają żadnych praw służbowych bez złożenia egzaminów państwowych; towarzystwa studenckie w uniwersytecie niedozwolone; wiece poza uniwersytetem podlegają przepisom ogólnym; płace profesorów mają być zwiększone, zwyczajnych do 4.000, nadzwyczajnych do 3.000 rb. rocznie.

— Dla państwowego komitetu uzupełniających studyów lekarskich (Reichsausschuss f. d. ärztliche Fortbildungswesen) przeznaczył cesarz niemiecki ze swoich funduszów dyspozycyjnych 10.000 Mk.

Redakcya otrzymała: Brudziński: Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi (za r. 1907) »Czas. lek.« 1908. — Rektor Prof. Mars: 1) Przemówienie... na uroczystem otwarciu roku akad. 1908/9 w uniw. lwowskim. 2) Przemówienie... jako sprawozdawcy Komisyi sanitarnej (w sejmie) w d. 22. X. 1908. — Wachholz: 1) Zur Kasuistik der sog. Fleischvergiftungen. »Med. Klinik«. 1908. 2) Zur Kasuistik der Fremdkörper im Mastdarm. »Aerztl. Sachverstztg.« 1908. 3) Wątpliwy stan umysłowy nałogowej oszustki »Now. lek.« 1908. 4) Dzieci jako ofiary znęcania się rodziców. »Przegl. lek.« 1908. — Sztromajer: Towaroznawstwo apteczne. Podręcznik dla drogistów i aptekarzy. Płock 1908. str. 305. (Warszawa. E. Wende i Sp.). — Hornowski: O nowotworach serca. »Tyg. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. listopada o godzinie 6 wieczór w klinice położniczej.** Na porządku dziennym przedstawienie szeregu przypadków chorobowych z kliniki Prof. Rosnera.

Rok XLVII. Kraków, dnia 28. listopada 1908. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Sposoby Esbacha i Brandberga oraz metoda wagowa ilościowego określania białka w moczu.

Opracowali
Dr St. Serkowski i sł. med. Zieleniewski.

Wartość klinicznych sposobów ilościowego oznaczania białka w moczu w porównaniu z metodą wagową jest o tyle sprawą dla każdego lekarza ważną, że sposobami tymi posiłkuje się prawie każda pracownia, każda klinika i szpital, korzystają z nich nawet lekarze przy łóżku chorego. Porównanie wartości dwóch sposobów — Esbacha i Brandberga z metodą wagową, stanowi treść niniejszej pracy.

Opisywać tu znanych sposobów Esbacha ani też Roberts-Stolnikowa (zmodyfikowanego przez Brandberga) nie będziemy: zbyt znane są bowiem one każdemu lekarzowi.

Wiedząc z doświadczenia, że ciężar właściwy do pewnego stopnia wpływa na spoistość, a co za tem idzie i na objętość osadu przy odczynie Esbacha tak, jak wpływa też i ciepłota, naprzód doprowadzaliśmy mocz do stałego ciężaru 1,010. Przy nadmiernie wysokiej zawartości białka (poczynając od 0,8) w moczu, ustawiano kilka prób Esbacha, rozcieńczając mocz odpowiednio dwu- do wielokrotnie.

Do oznaczania metodą wagową braliśmy 10 do 25 cm³ moczu, zależnie od wyniku próby Hellera: przy znacznej ilości białka brano 10 cm³ moczu i rozcieńczano go wodą przekroploną w celu uniknięcia zbytniego zgęszczenia płynu przy strącaniu białka; o ile zaś ilość białka była nieznaczna, brano 25 cm³ przesączu. Więc 10—25 cm³ badanego moczu wlewaliśmy do zlewki i ogrzewali na kąpieli do zupełnego strącenia białka, przyczem w razie oddziaływania zasadowego lub słabo-kwaśnego dolewaliśmy kroplami 2%-go kwasu octowego (CH_3COOH). Po ostudzeniu płyn przesączaliśmy przez dokładnie uprzednio wysuszony przy 100 do 105° C i zważony sączek, przemywaliśmy osad wodą przekroploną, wyskokiem i eterem.

Następnie dokładnie wysuszony sączek z osadem ważono (A), a dla odliczenia ilości substancyi nieorganicznych sączek z osadem wyżarzano w platynowym (poprzednio też wyżarzonym i zważonym) tygielku, poczem następowało ponowne ważenie (B).

Liczby, oznaczające wagi A i B, obliczano na 1 litr moczu, a różnica między temi liczbami odpowiadała ilości białka *pro mille*.

Poniżej przytoczone dane, zestawione w postaci tablicy, są wynikiem oznaczeń, wykonanych przez nas od czerwca do września r. b. (Tabl. I.).

Przegląd tego zestawienia jest ze wszech miar ciekawy i pouczający. Uważając za najbardziej miarodajną metodę wagową, widzimy, że najbardziej do niej zbliżony jest sposób Brandberga; gorsze natomiast wyniki daje sposób Esbacha, choć jeden jak i drugi nieraz naraża na niespodzianki. Zdarza się nieraz, że przy sposobie Esbacha (pomijając nie ścisłe wykonanie podziałek w tych przyrządach) jednakową otrzymuje się ilość białka w rozcieńczonym, jak i nierozcieńczonym moczu. Największe różnice między sposobem Esbacha a metodą wagową spostrzega się przy małej (poniżej 1,0‰) i dużej (powyżej 4,0—5,0‰) zawartości białka; przy średnich ilościach (1,0 do 4,0) różnice te bywają niezbyt wybitne. Dlatego też — jak się przekonaliśmy na moczu jednej i tej samej osoby, badanym wielokrotnie — nieznaczne wahania białka w przebiegu miąższowego przewlekłego zapalenia nerek możliwe są do uwydatnienia najlepiej według metody wagowej; gorzej sposobem Brandberga, a sposób Esbacha w tych przypadkach odbiega nieraz tak dalece to w jedną, to w drugą stronę (w moczu jednej i tej samej osoby), że częstokroć posiłkować się tym sposobem i z niego wnioski wysnuwać byłoby co najmniej sprawą ryzykowną.

Ponieważ najbardziej rozpowszechnionym jest sposób Hellera jakościowego oznaczania białka i na nim oparty jest też sposób Brandberga ilościowego oznaczania, więc nie od rzeczy będzie uczynić tu uwagę i przestrogę o możliwości omyłek przy użyciu — jako odczynnika — kwasu azotowego. W błąd wprowadzić mianowicie może pierścień na granicy moczu i odczynnika, który pochodzi nie od białka, lecz od azotanu mocznika w moczach nasyconych i tworzy się po pewnym czasie (zapobiedz temu można przez rozcieńczenie moczu); przy zetknięciu również nasyconego moczu z kwasem azotowym wypaść może też kwas moczowy w postaci bądź mętnego pierścienia ponad granicą zetknięcia płynów, bądź też ogólnego zmętnienia przy nadmiarze kwasu moczowego. W celu usunięcia tej możliwości należy ostrożnie ogrzewać probówkę do 40° lub też uprzednio rozcieńczyć mocz pół na pół wodą.

Liczba porz.	Esbach	Esbach przy ciężarze właściwym 1,010	Brandberg	Wagowo	Ciężar właściwy przy + 15° C.	
1	3,0‰	2,0‰	4,5‰	4,6502 + popiół 0,024	1,020	mocz
2	1,10	1,10	1,5	1,104 + popiół 0,016	1,010	"
3	2,50	1,0	3,5	3,656 + popiół 0,0120	1,020	"
4	-	8,0 (6-krotnie rozcieńcz.)	63,5	55,74	1,020	wysięk
5	1,25	1,0	1,5	1,584 + popiół 0,016	1,012	mocz
6	0,75	0,6	1,0	0,920 + popiół 0,036	1,015	"
7	0,75	0,75	1,0	0,856 + popiół 0,046	1,010	"
8	0,75	0,5	0,8	0,796 + popiół 0,044	1,016	"
9	1,0	0,6	1,5	1,406 + popiół 0,040	1,015	"
10	12,0	8,0	16,0	16,298 + popiół 0,068	1,015	"
11	4,5	3,25	4,5	5,070 + popiół 0,072	1,013	"
12	0,25	0,20	0,3	0,336 + popiół 0,028	1,020	"
13	1,25	1,0	2,0	2,208 + popiół 0,030	1,013	"
14	0,25	0,20	0,3	0,244 + popiół 0,020	1,018	"
15	0,75	0,5	1,0	1,192 + popiół 0,016	1,016	"
16	8,0	4,5	10,5	9,758 + popiół 0,084	1,018	"
17	1,0	0,75	1,5	1,630 + popiół 0,042	1,015	"
18	2,5	2,5	3,5	3,404 + popiół 0,056	1,010	"
19	1,5	1,25	3,5	2,856 + popiół 0,024	1,015	"
20	3,5	—	5,5	5,175 + popiół 0,055	1,005	"
21	0,5	0,25	0,5	0,402 + popiół 0,022	1,028	"
22	0,25	0,20	0,5	0,402 + popiół 0,024	1,023	"
23	2,25	2,0	2,5	2,108 + popiół 0,020	1,015	"
24	2,10	2,0	2,5	2,180 + popiół 0,036	1,013	"
25	—	1,9 / 1,75	2,0	1,720 + popiół 0,048	1,010	"
26	0,75	0,5	1,5	1,116 + popiół 0,020	1,015	"
27	0,5	0,5	0,8	0,684 + popiół 0,028	1,018	"
28	18,0	—	24,5	20,570 + popiół 0,060	1,027	"
29	4,5	3,5	6,5	6,140 + popiół 0,044	1,013	"
30	1,75	1,5	2,5	2,188 + popiół 0,068	1,015	"
31	0,3	0,25	0,5	0,400 + popiół 0,048	1,010	"
32	—	1,0	1,3	1,092 + popiół 0,060	1,010	"
33	3,5	3,0	5,0	4,892 + popiół 0,044	1,012	"
34	0,6	0,5	1,3	1,072 + popiół 0,080	1,015	"
35	2,0	—	2,5	2,148 + popiół 0,088	1,005	"
36	0,6 / 0,5	—	0,8	0,664 + popiół 0,044	1,009	"
37	0,9	—	1,2	1,044 + popiół 0,036	1,007	"
38	1,5	1,0	3,0	2,720 + popiół 0,064	1,021	"
39	32,5!	—	45!	42,124 + popiół 0,120	1,026	"
40	0,25	0,1	0,5	0,432 + popiół 0,028	1,033	"
41	0,75	0,5	1,5	1,352 + popiół 0,032	1,024	"

Liczba porz.	Esbach	Esbach przy ciężarze właściwym 1,001	Brandberg	Wagowo	Ciężar właściwy przy + 15° C.	
42	1,5‰	1,25‰	2,7‰	2,312 + popiół 0,048	1,012	mocz
43	1,0	0,75	1,8	1,628 + popiół 0,024	1,017	"
44	0,3	0,25	0,7	0,602 + popiół 0,028	1,020	"
45	0,5	0,3	1,0	0,816 + popiół 0,032	1,019	"
46	0,25	0.25	0,5	0.396 + popiół 0,028	1,010	"
47	4,0	2,5	5,5	4,876 + popiół 0,088	1,015	"
48	0,3	0,25	0,7	0,608 + popiół 0,036	1,023	"
49	2,0	—	2,7	2,320 + popiół 0,064	1,005	"
50	—	8,5	18	16,020 + popiół 0,10	1,022	"
51	1,5	1,0	2,3	2,208 + popiół 0,056	1,023	"
52	0,3	0,2	0,5	0,404 + popiół 0,028	1,022	"
53	0,5	0,3	1,0	0,740 + popiół 0,044	1,020	"
54	32,5	—	37,5	36,060 + popiół 0,380	1,015	wysięk
55	1,25	1,0	1,5	1,476 + popiół 0,068	1,013	mocz
56	2,0	1,5	2,5	2,564 + popiół 0,080	1,021	"
57	12,0	8,0	18,5	17,132 + popiół 0,124	1,017	"
58	—	0,5	0,5	0,620 + popiół 0,044	1,010	"
59	0,3	0,25	0,3	0,312 + popiół 0,020	1,016	"
60	18,75 (1/5-3,75)	—	26,5	24,560	1,020	"
61	4,5	4,0	8,3	8,612	1,012	"
62	7,0	5,5	12,0	11,584	1,015	"

Kilka cyfr opuszczonych w powyższej tablicy oznacza, że nie określano bądź z powodu nadmiernie małej ilości moczu, bądź też ciężar był mniejszy, niż 1,010.

Kwas azotowy strąca też mucynę i temu podobne związki, ale odróżnienie w tych wypadkach nie nastręcza trudności choćby dlatego, że pierścień tworzy się znacznie wyżej na pół do 1 cm ponad zwykłem miejscem tworzenia się pierścienia białkowego. Zmętnienie powstać może też pod wpływem kwasów żywicznych, o ile mocz zawiera balsam kopaiwiany, styraks, terpentynę w postaci soli rozpuszczalnych (przekonać się można o ich obecności zapomocą innych odczynów). W przypadkach obecności albumozy[1]) tworzy się mętnawy pierścień, o ile na kwas azotowy nalewamy chłodny mocz; ogrzany zaś daje dopiero po ostygnięciu osad, który znów rozpuszcza się przy nagrzewaniu, barwiąc mocz na żółto.

Na granicy moczu z kwasem tworzą się dosyć często pierścienie zabarwione, wskutek utlenienia barwników moczowych przez kwas azotowy; natężenie i zabarwienie zależy od właściwości i ilości barwnika: tak, mocze z nadmierną zawartością indykanu lub urorozeiny dają barwę fioletową lub czerwonoróżową; w obecności barwników żół-

[1]) O znaczeniu semiotycznem w moczu albumozy i rzeczywistej lub rzekomej albumozuryi znaleźć można w »Semiotyce moczu« St. Serkowskiego, 1904, str. 20.

ciowych powstaje pierścień różnobarwny (odczyn Gmelina). Pierścienie tego rodzaju są przeźroczyste i z łatwością dają się odróżnić od pierścieni białkowych.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie leczenia gruźlicy.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

β) W (III.) okresie rozpadowym gruźlicy płuc stosowałem powyższe leczenie u 84 chorych (50 m., 34 k.) w ciągu ostatnich 3 lat. U 40 chorych (21 m., 19 k.), t. j. 47,6% można było na pewno wykazać obciążenie gruźlicze ze strony ojca lub matki; u 20 chorych (14 m., 6 k.), t. j. 23,9% wywiady wątpliwe, u 24 chorych (15 m., 9 k.), t. j. 28,6% stanowczo ujemne co do obciążenia dziedzicznego. Wiek poszczególnych chorych objaśnia zestawienie:

Leczono chorych:

od 14—20 lat 10 (2 m., 8 k.),
» 20—30 » 37 (29 » 8 »),
» 30—40 » 19 (9 » 10 »),
» 40—50 » 16 (8 » 8 »),
» 50—60 » 2 (2 » — »).

Czas trwania choroby podawali chorzy na kilka miesięcy lub kilka lat; a według zatrudnienia należało chorych:

do klasy wyrobniczej 37 (25 m., 12 k.),
do stanu rękodzielniczego 16 (13 m., 3 k.),
do stanu duchownego 4 (3 m., 1 k.),
do stanu wieśniaczego 7 (7 k.),
do młodzieży uczącej się 5 (3 m., 2 k.),
do stanu urzędniczego 3 (2 m., 1 k.),
do stanu nauczycielskiego 3 (3 k.),
do stanu służebniczego 4 (2 m., 2 k.),
do stanu kucharskiego 3 (1 m., 2 k.),
do stanu obywatelskiego 1 (1 k.),
ze świata artystycznego (aktor) 1 (1 m.).

Wogóle w tym okresie choroby wykonałem 2,387 wstrzykiwań podskórnych; średnio po 25—30 w pojedynczym przypadku; największa ilość wynosiła 60, a najmniejsza 10.

Wszyscy chorzy okazywali zmiany chorobowe rozpadowe, już daleko posunięte lub bardzo szybko postępujące, przeważnie przy ogólnem wyniszczeniu, rozpływnych potach i wysokiej gorączce. U 64 chorych (38 m., 26 k.) można było stwierdzić rozległe zmiany gruźlicze w płucach i jelitach (*Tuberculosis destructiva pulmonum. Enteritis tuberculosa*). U 11 chorych (8 m., 3 k.) gruźlica krtani (*Laryngitis tbc.*); u 7 chorych (2 m., 5 k.) silny krwotok płucny (*Haemoptoe*); u jednego chorego gruźlica nerek (*Tuberculosis renum*) stanowiły powikłania obok rozległych zmian w przewodzie oddechowym, a poniekąd i pokarmowym. To też i wyniki leczenia nie przedstawiają się tak pomyślnie, jak w poprzedniej grupie przypadków chorobowych. Mimo to w przypadkach nie okazujących dążności do szybkiego i ostrego przebiegu i wysokiej gorączki, — a zwłaszcza przy stanie bezgorączkowym — uzyskano wcale pomyślne wyniki leczenia. U 4 chorych (3 m., 1 k.) stwierdzić można było bardzo znaczne polepszenie, prawie wyzdrowienie; u 31 chorych (18 m., 13 k.) znaczne polepszenie; u 19 chorych (13 m., 6 k.) polepszenie; a natomiast wybitne pogorszenie u 30 chorych (16 m., 14 k.), z zejściem śmiertelnem u 17 chorych (9 m., 8 k.). Zwłaszcza u chorych, cierpiących na zapalenie gruźlicze krtani z owrzodzeniami lub objawy gruźlicy o przebiegu gwałtownym t. z. galopujących suchot, gruźlicy prosówkowej, można było zauważyć zawsze niekorzystne bardzo zaostrzenie się sprawy chorobowej. W jednym przypadku u kleryka w przebiegu leczenia wystąpiło śmiertelne powikłanie z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych (*Meningitis basilaris*); chory ten jednak na rok poprzednio okazywał przypady, wskazujące na ogniskowe zmiany w mózgu. W przypadkach krwotoku wstrzymywano leczenie wstrzykiwaniami na 3—4 tygodni.

Na szczególniejszą uwagę zasługują następujące przypadki:

1) A. S., lat 50, kucharka, dobrze odżywiona; od kilku lat ciągle kaszle i pluje; przebyła 16 krwotoków płucnych, ostatni przed 10 dniami. Przyjęta na oddział 26. IX. 1907 r. Badanie stwierdza rozległe zmiany w płucu lewem, a mianowicie z przodu po stronie lewej klatki piersiowej 4. żebra, a z tyłu do pół łopatki wypuk stłumiony, tamże szmery oddechowe oskrzelowe i rzężenia dźwięczne. Stan bezgorączkowy. Chora otrzymała 50 wstrzyknięć w ciągu 6 miesięcy i zażywała pigułki. Opuściła szpital w stanie bardzo dobrym; rzężenia w płucu lewem ustąpiły i tylko skąpe świsty słyszalne przy głębokim wdechu, a w miejscu przytłumienia utrzymuje się tylko wypuk krótszy, wdech i wydech zaostrzony. Chora prawie nie kaszle i nie odpluwa; sen i apetyt doskonały; przybytek na wadze 1 kg 700 gr. Obecnie chora służy i czuje się zupełnie dobrze.

2) K. B. S., lat 34, misyonarz, dość dobrze odżywiony, dziedzicznie nie obciążony. Chory od 11 lat; kaszle, poci się, od czasu do czasu pluje krwią, gorączkuje i ma dreszcze. Badaniem stwierdzić można w obu górnych częściach płuc objawy rozpadowe. Chory otrzymał 30 wstrzyknięć, a następnie przez 2 lata co tydzień jedno wstrzyknięcie, — tudzież zażywał przez kilka miesięcy pigułki. Stan chorego coraz bardziej się poprawiał, kaszel ustąpił prawie, odpluwanie skąpe. Obecnie chory czuje się bardzo dobrze; w płucach można stwierdzić objawy zagęszczenia; ogólny przybytek na wadze 8 kg. Chory oddaje się zupełnie pracy zawodowej.

3) S. K., lat 46, wyrobnik. Od kilku lat kaszle i krwią pluje. Przed dwoma laty przebył zapalenie płuc; odtąd poty, dreszcze, kaszel silny, gorączka, kłucie w boku lewym. W szczycie płuca prawego wypuk krótszy, szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowyoh, świsty, furczenia, rzężenia dźwięczne. Z przodu po lewej stronie na klatce piersiowej odgłos stłumiony do 4. żebra, z głębi rzężenia dźwięczne; a z tyłu po całej lewej stronie stłumienie, a szmery oddechowe osłabione od grzebienia łopatki ku dołowi, a powyżej w szczycie rzężenia dźwięczne. Ciepłota ciała 38° C; poty rozpływne; kaszel; w plwocinach liczne prątki Kocha. Chory otrzymał 20 wstrzyknięć; po 10 przestał gorączkować, poty ustąpiły, kaszel, jak i odpluwanie mniejsze. Po 20 wstrzyknięciach stan ogólny chorego zupełnie zadowalniający; ciężar ciała zwiększył się o 700 gr; poprawiło się jego wyglądanie; poty, dreszcze, gorączka zupełnie ustąpiły. Apetyt dobry, kaszel nieznaczny. Badanie płuc stwierdza przytłumienie w miejscach poprzedniego stłumienia na klatce piersiowej i nieoznaczone szmery oddechowe prawie bez rzężeń.

4) J. T., lat 24, wyrobnik, od roku chory, obciążony dziedzicznie. Z powodu gruźlicy płuc urlopowany z wojska. Otrzymał 30 wstrzyknięć. Po 35 dniach okazuje przybytek na wadze o 1 kg. Objawy chorobowe, jak poty, dreszcze, gorączka ustąpiły; kaszel i odpluwanie nieznaczne; przy badaniu w miejscach poprzedniego stłumienia na klatce piersiowej można stwierdzić wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone bez rzężeń. Wogóle stan chorego tak się poprawił, iż pozostał on nadal w szpitalu jako posługacz.

5) S. S., lat 32, urzędnik naftowy. Od roku kaszel, poty, czasami dreszcze i gorączka; z tego powodu odbył leczenie klimatyczne na południu. Do szpitala przywieziony dnia 18. IX. 1907 wśród objawów: *Pneumopyothorax d. Infiltratio utriusque apic. pulm. Compressio pulmonis d. Dislocatio cordis. Bronchorrhoe purulenta.* Chory otrzymał 26 wstrzyknięć i zażywał pigułki. Pod koniec trzeciego miesiąca czuje się znacznie lepiej, utracił poty, dreszcze, gorączkę; kaszle lekko, odpluwa znaczną ilość ropy nie cuchnącej, okazuje przybytek na wadze o 3 kg — i opuszcza szpital, udając się na wieś. Po 6 miesiącach za powtórnem przybyciem do szpitala wypuszczono choremu z jamy opłucnej prawej $1\frac{1}{2}$ litra płynu surowiczo-ropnego, zawierającego prątki Kocha i zastosowano 10 wstrzyknięć. Chory nie gorączkuje, czuje się wcale dobrze; gdy w czasie pierwszego pobytu w szpitalu z powodu silnej duszności i bolu w boku prawym nie mógł wykonać żadnego ruchu i ani na krok postąpić, to obecnie przechadza się swobodnie i z łatwością się porusza, nie doznając żadnych ubocznych przypadów, kaszel tylko nad ranem większy; odpluwanie skąpe, poty, gorączka, dreszcze nie pojawiają się. Objawy przedmiotowe ograniczają się do przytłumienia po całej prawej stronie klatki piersiowej i osłabionych tamże znacznie szmerów oddechowych.

II. Gruźlica błon surowiczych. Z powodu niej pozostawało w leczeniu 5 m. i 12 k., t. j. 17 chorych, a mianowicie stwierdzono:

u 2 chorych (1 m., 1 k.): Cond. ap. d. Exsud. pl. d
u 1 chorego (1 m.): Indur. ap. sin. Exsud. pl. sin.
u 1 » (1 m.): Haemoptoe. Exs. pl. d.
u 2 chorych (2 k.): Infiltratio apic. Exs. pl. sin.
u 2 » (1 m., 1 k.): Indurat. apicum. Exs. pl. Peritonitis tbc.
u 3 » (3 k.): Infiltratio apic. Peritonitis tbc. Enteritis tbc.
u 2 » (1 m., 1 k.): Induratio ap. Peritonitis tbc.
u 2 » (2 k.): Peritonitis tbc. Tuberculosis tractus genitalis.
u 1 chorej (1 k.): Phthisis pulmonum destruct. Peritonitis tbc.

U 5 kobiet można było wykazać obciążenie gruźlicze, zresztą wywiady co do dziedziczności niepewne. Przypadki gruźlicy błon surowiczych dotyczyły przeważnie osobników młodych, gdyż leczono od:

13—20 lat 7 chorych (7 k.),
20—30 » 7 » (2 m., 5 k.),
30—40 » 2 » (2 k.),
40—49 » 1 chorego (1 m.).

Czas trwania choroby podawali chorzy na kilka tygodni do 2 lat przed rozpoczęciem leczenia; w przeważnej liczbie na pół roku. Według zawodu leczono: księdza, urzędnika, nauczycielkę, 6 uczenic, 2 służące, 2 chorych (1 m., 1 k.) ze stanu rękodzielniczego i 4 chorych (2 m., 2 k.) ze stanu wyrobniczego.

Wstrzykiwania co trzeci dzień wykonywano w przypadkach gruźlicy opłucnej na klatce piersiowej w tkankę podskórną pleców, a w przypadkach gruźlicy jamy otrzewnej w tkankę podskórną powłok brzusznych. Wogóle wykonałem 530 wstrzyknięć; największa ilość w pojedyńczym przypadku dochodziła do 112, najmniejsza do 18, średnio do 30. U 2 kobiet tylko nastąpiło zejście śmiertelne. U 19-letniej dziewczyny R. B., obciążonej dziedzicznie, chorej od lat na: *Infiltratio ap. pulmonum. Peritonitis tbc. Ulc. tbc. intestinorum*, która otrzymała 36 wstrzyknięć, zejście śmiertelne nastąpiło w 4 miesiące po wyjściu ze szpitala. U 16-letniej uczenicy L. Szp., dobrze odżywionej, z rozpoznaniem klinicznem: *Condens. apic. Peritonitis tbc.*, u której po 18 wstrzyknięciach zauważono chwilowo nawet znaczne polepszenie — nastąpiła śmierć w kilka miesięcy wskutek zapalenia gruźliczego opon mózgowych. Natomiast w 5 przypadkach (1 m., 4 k.) stwierdzono znaczne polepszenie, a w 10 przypadkach (4 m., 6 k.) bardzo znaczne polepszenie tak dalece, iż chorzy mogli się oddawać swemu zajęciu. Stan ten korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy i dłużej. Wszyscy chorzy prócz wstrzykiwań zażywali pigułki. Na szczególniejszą uwagę zasługują następujące przypadki, które w krótkości przytaczam:

1) J. B., lat 36. Od lat 3 w leczeniu z powodu *Enteritis tbc. Peritonitis tbc. Infiltratio apicum.* Chory przeniesiony z oddziału chirurgicznego otrzymał 112 wstrzyknięć w ciągu roku. Po 20 wstrzyknięciach nastąpiła tak znaczna poprawa, iż chory sam się domagał wstrzykiwań. Obecnie bole w brzuchu ustąpiły, brzuch miernie wzdęty, a chory od pół roku oddaje się codziennemu zajęciu, spełniając posługi szpitalne.

2) Z. F., lat 26. Od 6 miesięcy bole w brzuchu, rozwolnienie, gorączka, trudność w oddechaniu, ból w boku lewym. Przed 6 tygodniami przebył laparotomią w klinice chirurgicznej, podczas której stwierdzono gruźlicę jamy otrzewnej i jelita ślepego. Badanie 12. VI. 1908 stwierdziło: *Res. post exsud. pleurit. sin. Adhaesiones pleuriticae d. Peritonitis tbc. Enteritis tbc.* (*Tuberculosis coeci*). *Cicatrix p. laparatomiam l. a. factam.* Chory bardzo wynędzniały, poci się, gorączkuje, ma silną czkawkę; tętno 120, miękkie, drobne. Po 18 wstrzyknięciach i przy pigułkach stan chorego w ciągu 45 dni znacznie się poprawia; gorączka się ogranicza do krótkotrwałego podniesienia się pod wieczór na 37,9° C. Chory czuje się silniejszym, może kilka kroków postąpić i zaznacza, iż stanowczo po każdem wstrzyknięciu czuje się lepiej. (Ostatnie wstrzykiwania na jego żądanie wykonywano co drugi dzień). Bole brzucha się zmniejszyły; czkawka rzadsza; tętno 90. Stolec następuje zapomocą lewatyw wśród nieznacznych bolów. Ze znaczną poprawą opuszcza szpital na 4 tygodnie.

3) J. P., lat 15, uczenica. Od lat 3 bole w brzuchu, wzdęcie, zaparcie stolca, stan podgorączkowy od czasu do czasu. Otrzymała w ciągu roku 40 wstrzyknięć. Gorączka ustąpiła, wyglądanie i siły znacznie lepsze; bole znacznie mniejsze, również i obwód brzucha zmalał; chora może odbywać obecnie przechadzki krótkie.

4) J. E., lat 16, uczenica, obciążona dziedzicznie. Od kilku lat chora na płuca i na kilka zawodów leczyła się klimatycznie. Przed kilku tygodniami przebyła zapalenie opłucnej. Badana w d. 1. V. 1906 okazywała: *Infiltratio apic. praecipue pulm. sin. Res. exsud. pl. sin. Peritonitis tbc.* Otrzymała 30 wstrzyknięć i zażywała pigułki. Stan jej znacznie się polepszył; przybytek na wadze 2 kg. Chora wyjechała na Kaukaz — i dotąd t. j. przez dwa lata czuje się zupełnie dobrze.

5) M. K., lat 28, żona wyrobnika. Od 6 miesięcy kaszel, poty, dreszcze, rozwolnienie, ból w brzuchu; przeniesiona w d. 7. VI. 1907 z oddziału położniczego na oddział I. B. po porodzie z rozpoznaniem: *Peritonitis tbc. Cond. apic.* Chora prócz pigułek otrzymała 20 wstrzyknięć i opuszcza szpital w stanie dobrym. Brzuch zmalał, poty i dreszcze ustąpiły; przybytek na wadze wynosił 1 kg 100 gr.

6) R. N., lat 23, służąca. Od roku chora. Rozpoznanie kliniczne: *Infiltratio apic. pulm. Peritonitis tbc.* Chora po 20 wstrzyknięciach w ciągu 2 miesięcy dokonanych, opuszcza szpital w stanie zadawalniającym.

7) A. P., lat 25, wyrobnica; przyjęta na oddział 13. I. 1906 z rozpoznaniem: *Peritonitis tbc. exs. Cond. ap. d. Tuberculosis tractus genitalis. P. laporatomiam.* Przed 3 miesiącami operowana w klinice położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. Od 3 tygodni wysoka gorączka, dreszcze, poty, wymioty, ból brzucha. Badanie stwierdziło: W szczycie prawym wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone, furczenia. Brzuch wzdęty, bolesny. Na powłokach brzusznych wzdłuż linii białej od pępka ku spojeniu łonowemu blizna po laparotomii. W dolnej części jamy brzusznej czuć przez powłoki brzuszne guz bolesny o powierzchni gładkiej, który sięga do pępka i przechodzi ku prawej okolicy lędźwiowej. Silne bole w brzuchu, czkawka, wymioty, ciepłota ciała 40° C., tętno nikłe. Chora oprócz zażywania pigułek otrzymała 29 wstrzyknięć w ciągu 100 dni pobytu szpitalnego. Po 7. wstrzyknięciu zmniejszyły się bole, dreszcze, brzuch mniej wzdęty, tętno 80,

wcale dobrze napięte, gorączka 38° C. Chora czuje się lepiej. Po 14. wstrzyknięciu, gorączka, poty i dreszcze zupełnie ustały. Chora opuściła szpital w stanie dobrym; brzuch niebolesny, miernie wysklepiony; przez powłoki brzuszne można było wyczuć pętle jelit pozrastane; brak wolnego płynu w jamie brzusznej. Po 2 latach chora ma się dobrze i oddaje się pracy, jako służąca.

III. Gruźlica gruczołów. W 2 przypadkach: u dziewczynki 14-letniej S. M., obciążonej dziedzicznie z rozpoznaniem: *Infiltratio apic. d. Haemophthysis. Lymphadenitis colli et axillae d.* — i u dziewczynki 15-letniej z rozpoznaniem: *Cond. ap. Lymphomata colli* stosowano z bardzo dobrym wynikiem powyższe wstrzykiwania w okolice gruczołów zajętych lub też w tkankę gruczołową obok podawania wewnątrz pigułek. Prócz tego zalecano okłady z octanu glinowego na powiększone gruczoły. W obu przypadkach choroba trwała niespełna rok. W pierwszym przypadku wykonano 55 wstrzyknięć podskórnych, a w drugim 30. Chore znosiły ten zabieg bardzo dobrze; gruczoły zmniejszyły się bardzo (niekiedy miejscowe zropienie); gorączka i zmiany w płucach ustąpiły; ciężar ciała powiększył się o 2 kg w ciągu 70 w przypadku pierwszym, a w drugim o 7 kg w ciągu 73 dni pobytu szpitalnego.

IV. Gruźlicę kości i stawów leczono w 9 przypadkach (1 m., 8 k.). U 2 kobiet można było wykazać przypadki gruźlicy w rodzinie; zresztą wywiady ujemne co do obciążenia gruźliczego dziedzicznego. Wiek chorych leczonych wynosił: 13 lat (1 k.), 20 lat (1 k.), 22 lat (2 k.), 29 lat (1 k.), 36 lat (1 k.), 60 lat (1 m., 1 k.); czas trwania choroby od kilku miesięcy do kilku lat. Wogóle wykonano w przebiegu gruźlicy kości i stawów 371 wstrzyknięć, przyczem największa ilość wynosiła 73, a najmniejsza 18. Wstrzykiwania wykonywano podskórnie w okolice stawu, zajętego sprawą gruźliczą. W razie przetok stosowano ssawki Klapp-Biera na przetokę codziennie na 20 minut celem odprowadzenia treści ropiastej i pobudzenia otrętwiałych tkanin ziarninowych do żywszego gojenia. Równocześnie stosowano i okłady z octanu glinowego na schorzałe stawy. Czas leczenia trwał 4—6 miesięcy. Ze względu na poszczególne przypadki usadowienia się sprawy gruźliczej w stawach i kościach rzecz przedstawiała się następująco:

U 2 k.	stwierdzono:	Apicitis d. Coxitis d.,
u 1 k.	»	Apicitis, arthritis fungosa cubiti,
u 1 k.	»	Indur. apic. multiplex. (Spondylitis. Gonitis s.).
u 1 m.	»	Spondylitis lumb. Psoitis sin.
u 4 k.	»	Gonitis fungosa.
u 1 k.	»	Tuberculosis multiplex. oss. (Pedis s. et manus d.).

W jednym przypadku u żebraka 60-letniego dotkniętego: *Indur. apic. Spondylitis lumbalis. Psoitis sin.* wykonano tylko 18 wstrzyknięć i z powodu wybitnego pogorszenia zaprzestano ich nadal stosować. W jednym przypadku u kobiety 29-letniej, okazującej *Induratio apic. Gonitis fungosa sin.* pomimo 65 wstrzyknięć, wykonanych w ciągu 5 miesięcy i pozornego polepszenia, nastąpiło zejście śmiertelne w 3 miesiące po opuszczeniu szpitala. Natomiast w 4 przypadkach nastąpiło znaczne, a w 3 przypadkach bardzo znaczne polepszenie tak dalece, iż chore mogły się oddawać zajęciu codziennemu. Polepszenie to utrzymywało się przez czas dłuższy. Stawy przez cały czas leczenia nie były opatrunkami unieruchomione; chorym polecono tylko leżenie w łóżku. Do leczenia powyższą metodą nadają się przypadki początkujących zmian gruźliczych w stawach.

Rozpatrując się bliżej w przytoczonych przypadkach nie da się zaprzeczyć, iż przy zastosowaniu powyższej metody leczniczej osiągnęliśmy bardzo zadowalniające i do dalszych prób zachęcające wyniki lecznicze u chorych, dotkniętych gruźlicą płuc w I. i II. okresie choroby, a nawet i przy rozpadowych zmianach miąższu płucnego, zwłaszcza, jeśli wówczas chorzy nie byli skłonni do wysokiej trawiącej gorączki, jak i do szybkiego t. z. galopującego przebiegu. W razie krwotoku płucnego wskazaną jest przerwa od 2—3 tygodni; toż samo w razie słabości miesięcznej przez czas krwawienia. Również i początkowe zmiany gruźlicze w kościach i stawach, jak i zmiany gruźlicze w gruczołach, na błonach surowiczych opłucnych i otrzewnej nadają się do tego sposobu leczenia; natomiast gruźlica opon mózgowych, krtani, tudzież rozległe wrzody jelitowe stanowią przeciwwskazanie. Pod wpływem podawania wewnętrznego chorym pigułek powyższych przez dłuższy czas (2—3 miesięcy) i stosowania równocześnie co czwarty dzień wstrzykiwań podskórnych w ilości 2 gm płynu naprzemian w Nr I. i Nr II. ustępywały zmiany fizyczne, jako też poty, dreszcze, gorączka; kaszel i odpluwanie były mniejsze. Chorzy odzyskiwali siły, okazywali przybytek na wadze i wogóle większą odporność przeciw rozwojowi gruźlicy.

Skład krwi ulegał zmianie, gdyż można było zauważyć zwiększenie się znaczne ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, tudzież leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną Nigdy nie wystąpiło powikłanie ze strony nerek, jak białkomocz, pomimo, iż ilość wstrzykiwań dochodziła i do 112 w jednym przypadku. Taki stan korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy; następnie trzeba było powtarzać leczenie kilkakrotnie co pewien okres czasu (3 miesiące), ograniczając zażywanie pigułek i stosowanie wstrzykiwań już tylko do czterech tygodni. Uwzględniając niezbyt korzystne warunki, jak pobyt w szpitalu i odżywianie szpitalne należy się spodziewać jeszcze lepszych i trwalszych wyników, skoro leczenie to znajdzie zastosowanie przez dłuższy czas i wśród sprzyjających higienicznych i klimatycznych warunków.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nerking i Schürmann. **Uśpienie śródżylne.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 46). Już dawno podejmuje się w chirurgii usiłowania, by uśpienie przez wdychiwanie, zastąpić innem, a to głównie z powodu częstych powikłań płucnych. Najodpowiedniejszą, bo najprędszą, byłaby droga śródżylna. N. i S. po próbach na zwierzętach doszli do przekonania, że uśpienie śródżylne uzyskać można szybko i pewnie przy wstrzykiwaniu uretanu z wodnikiem chloralu. Uretan rozkłada się we krwi na mocznik i grupę etylową, która właśnie działa usypiająco. Doświadczenia na królikach dowiodły, że przy użyciu 3—8 cm^3 20% rozczynu uretanu + 1—4 cm^3 rozczynu wodnika chloralu 5: 10 uzyskać można uśpienie spokojne, do 50 minut trwające. Wy-

stępuje ono bardzo szybko, bo nieraz już wśród wstrzykiwania, które powinno być wykonywane bardzo powoli, by serce przyzwyczaić. Uśpienie to nie wywołuje żadnych zmian w składzie krwi, ani wybitniejszych zmian w przemianie materyi, a jedynie zwiększa się tylko chwilowo ilość moczu i wydzielanie azotu w moczu i kale; podobnie zwiększa się wydzielanie chlorków przez pierwsze 4 dni po uśpieniu. *K.*

Verth. **O uśpieniu przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). V. (z kliniki Biera w Berlinie) podnosi dobre strony uśpienia przy sztucznie zmniejszonem krążeniu. Zużywa się przez to znacznie mniej chloroformu, a nawet sposobem kroplowym udaje się i najsilniejszych mężczyzn uśpić i utrzymać nadal w uśpieniu. Podwiązanie kończyn niema żadnego złego wpływu, należy tylko zatrzymywać w kończynach tę krew, która prawidłowo krąży. Często w 5—10 minut po podwiązaniu kończyn zjawiają się poty. Z uśpienia budzą się operowani nadzwyczaj prędko, bo bezwodnik kwasu węglowego, zawarty w zastoinowej krwi kończyn, drażni ośrodek oddechowy. W klinice Biera w toku są próby, czy przez zmniejszenie krążenia nie uda się również może zmniejszyć dawki skopolaminy przy zamroczeniu. *K.*

Barlach. **Wąglik i jego leczenie.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 44). W leczeniu wąglika istnieją dwa zupełnie różne zapatrywania. Jedni radzą postępować w każdym przypadku zachowawczo, twierdząc, że operacye doszczętne nietylko nie wstrzymują postępu choroby, nietylko nie pomagają, ale owszem wprost szkodzą, ułatwiając dalsze zakażenie, a nawet przejście zarazków do krwi. Z tego też powodu zwolennicy postępowania zachowawczego polecają spokój i leżenie w łóżku, okłady i spokojne ułożenie lub zawieszenie chorej części ciała, a wewnętrznie wyskok. Przeciwnicy ich znowu oświadczają się za jak najdoszczętniejszem postępowaniem. Robią więc wcześnie głębokie nacięcia, wycinają krostę wąglikową, lub też wypalają ją żegadłem Paquelina. B. miał sposobność spostrzegać wielką liczbę przypadków wąglika, albowiem w mieście, gdzie mieszka, bardzo rozwinął się przemysł garbarski. Próbował obu sposobów leczenia i przekonał się, że zachowawcze leczenie oddaje bardzo dobre usługi, ale nie można go stosować zawsze i wszędzie. Leczenie doszczętne daje wyniki dobre, ale gojenie przedłuża się przez to znacznie. Wobec tego wybrał B. drogę pośrednią. Każdego chorego kładzie zaraz do łóżka i po odczyszczeniu krosty kładzie na nią okład kwaśny lub sublimatowy. Leczenie to wystarcza do wyleczenia przypadków o lekkim przebiegu. Gdy zaś sprawa jest poważniejszą, krosta ma twardą podstawę, obrzęk okoliczny jest duży, wtedy celem usunięcia napięcia przecina B. krostę na krzyż i okrąża krostę żegadłem Paquelina. Bardzo dobre usługi oddały B. też wstrzykiwania nalewki jodowej ($^1/_2$—1 cm) na granicy części zdrowej i chorej. Sposób ten wystarcza zawsze i nigdy nie należy się uciekać do doszczętniejszych zabiegów; chorzy przychodzą prędko do zdrowia. *K.*

Frangenheim. **Działanie zastoiny (opaską) w doświadczeniu na zwierzętach.** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 87, Z. II.). Doświadczenia F., polegające na stosowaniu zastoiny przy sztucznie wywołanych zakażeniach na kończynach przemawiają za tem, że zastoina zupełnie nie wstrzymuje rozwoju sprawy zakaźnej, przeciwnie ropienie i nacieki po stronie leczonej zastoiną są zwykle znacznie większe, niż po stronie nie leczonej. Przy zapaleniu szpiku kostnego tworzą się pod wpływem zastoiny znacznie większe martwaki, przy ropnem zaś zapaleniu stawów często ropa ze stawu pod wpływem zastoiny przebija do części miękkich. Wogóle F. nie zauważył wcale korzystnego działania zastoiny, przeciwnie zawsze tylko pogorszenie. *K.*

Schönwerth. **O powikłanych złamaniach czaszki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 45). Przy złamaniach czaszki występuje utrata przytomności zaledwo w połowie przypadków i często trwa $^1/_2$—$^3/_4$ godziny. Złamanie w okolicy czołowej może nawet na razie nic wywołać żadnych ważniejszych objawów. Najczęściej towarzyszy złamaniu zwolnienie tętna, natomiast wymioty występują rzadko. Przy złamaniu czaszki powinno się zawsze dokładnie ranę rozszerzyć i obejrzeć stan kości; tego zabiegu nigdy się potem nie żałuje. Ewentualne ubytki następowe w kości, o ile nie są bardzo małe, należy zawsze pokrywać plastycznie. Wstrzykiwań parafiny S. nie doradza, albowiem parafina rozchodzi się w bliźnie, a raczej pod nią nierównomiernie, często zbija się w kulę i uciskać może potem na mózg. *K.*

Federschmidt. **Przyczynek do kazuistyki złamań kręgów szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). F. spostrzegał przypadek złamania 6. kręgu szyjnego. Chory w pewien czas potem zmarł; sekcya potwierdziła rozpoznanie. Zaraz po wypadku stracił chory przytomność; odzyskał ją po kilku minutach i wtedy skarżył się na silne bole w karku i prosił, by mu głowę ciągle podtrzymywano. Badanie stwierdziło tarcie (krepitacyę) w okolicy 5—6 kręgu szyjnego, utratę czucia aż po brodawki sutkowe, porażenie kończyn dolnych zupełne, a górnych częściowe (tylko mm. prostujących), porażenie pęcherza moczowego, znaczne zwolnienie czynności serca (t. 46). W przebiegu dalszym zjawiła się bardzo szybko wysoka ciepłota i odleżyny. Brzuch ciągle był bardzo wzdęty; sekcya stwierdziła, że żadnego zranienia w jamie brzusznej nie było. *K.*

Harras. **W sprawie zapobiegania gruźlicy płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 45). Dotychczasowe nasze zabiegi celem zapobiegania rozwojowi gruźlicy płuc skupiały się około dwóch punktów, a mianowicie wzmacniania i hartowania zagrożonego ustroju, a z drugiej strony około walki z prątkiem gruźliczym. Wiemy z doświadczenia, że osobnik zupełnie zdrowy nie tak łatwo ulega zakażeniu gruźlicą, a potrzeba do tego albo tak zwanego usposobienia dziedzicznego, albo też wyniszczenia inną chorobą, n. p. cukrzycą i t. p. Usposobienie do gruźlicy cechuje przedewszystkiem szczególna budowa klatki piersiowej, wywołująca podług teoryi Freunda zwężenie górnego otworu klatki piersiowej i ucisk szczytów płuc, a przez to ułatwiająca zakażanie się szczytów gruźlicą. Wywołująca tę zmianę budowy klatki piersiowej krótkość chrząstki pierwszego żebra występuje w całej pełni dopiero w wieku pokwitania wtedy, gdy w chrząstce tej zaczynają się zjawiać zmiany anatomiczne w postaci kostnienia i unieruchomienia. Zapobiegać temu można przez zabieg, polegający na przecięciu chrząstki i sztucznem stworzeniu stawu w żebrze. Dotyczasowe wyniki tej operacyi z powodu małego jeszcze doświadczenia nie pozwalają na żadne wnioski, gdyż wogóle liczba przypadków, nadających się do operacyi Freunda jest bardzo niewielka. Doświadczenia i badania autora i Harta stwierdziły, że krótkość chrząstki i wczesne jej kostnienie są rzadko zmianami pierwotnemi, lecz prawie zawsze następstwem skrzywienia kręgosłupa w górnej części piersiowej. Wiemy z doświadczenia klinicznego, jak często towarzyszy skrzywieniu kręgosłupa gruźlica płuc. Przy skrzywieniach kręgosłupa spotyka się zwykle jednostronne zmiany chrząstki i przedwczesne skostnienie. Te zmiany chrząstki nie nadają się jednak do leczenia operacyjnego, bo są wtórne, zależą od innych pierwotnych czynników. Tutaj natomiast wdzięczne pole działania otwiera się dla ortopedy, który lecząc skrzywienie kręgosłupa, ochrania zarazem dotkniętego skrzywieniem osobnika od przyszłego zakażenia gruźlicą. Leczenie ortopedyczne potrafi zmienić kształt wątłej klatki piersiowej, a nawet przywrócić kształt prawidłowy. Przyszłem zadaniem lekarzy szkolnych będzie też bezwątpienia zwracanie wczesnej i bacznej uwagi na kształt klatki piersiowej dzieci i wczesne zaradzanie złemu, nim zmiany się ustalą. Przy ćwiczeniach klatki piersiowej wielkie usługi oddaje obecnie maska Kuhna i coraz częściej ogłaszane są wiadomości o wyleczeniach płaskiej klatki piersiowej pod wpływem leczenia maską. Także leczenie krzywicy odgrywa ważną rolę w zapobieganiu gruźlicy, zwłaszcza z tego powodu, że w następstwie krzywicy występuje często skrzywienie kręgosłupa. *K.*

Dermatologia.

Leszczyński. **Nowe rozczynniki do zawiesin rtęciowych.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. XCII). Autor, wstrzykując jodypinę podskórnie, zauważył, że 10 cm wstrzyknięte w przeciągu kilku godzin uległo wessaniu bez żadnych bolów i nacieków, z drugiej zaś strony parafina, użyta do protezy nosa, latami leżała niezmieniona pod skórą. To dało autorowi powód do starań, by zastąpić parafinę, jako ciało zupełnie obce dla ustroju, jakiemś innem, zdolnem do wessania. Ponieważ w jodypinie rozczynnikiem jest olejek łogowy (*ol. sesami*), przeto postanowił L. użyć go do wstrzykiwań śródmiąższowych jako rozczynnika dla salicylanu rtęci. Po wstrzyknięciu bardzo rzadko zauważał L. nacieki, a nie zauważał prawie nigdy bolesności. Dla tych własności olejku łogowego postanowił autor użyć go jako rozczynnika do oleju szarego, który dotychczas sporządzano według rozmaitych przepisów. Wspólnie z chemikiem Drem Wewiórskim powiodło się jako najlepszy wypróbować skład następujący: *Ol. palmae 46·94. Ol. sesami 45·41. Hydrarg. 10,0.* W jednym centymetrze zawiesiny jest rtęci metalicznej 0·1. — Zalety oleju szarego tego składu są następujące: 1) Łatwa wessalność. 2) Dokładne roztarcie rtęci na drobne cząsteczki. 3) Spoistość wygodna: w ciepłocie pokojowej stała, a w ciepłocie ręki płynna masa, nie pozwalająca na szybkie opadanie cząsteczek rtęci. W połączeniu z rtęcią tłuszcze w tym przepisie

nie jełczeją. Wstrzyknięcie odbywa się w pośladki bez żadnych następowych bólów, co 5—6 dni ½ strzykawki Prawatza.
Dr Poliwka.

Jenssen. **Przyczynek do leczenia dymienic pachwinowych.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. XCII). Szerokie nacięcia dymienic starano się zastąpić bardzo małemi nakłuciami i przepłukaniem płynami przeciwgnilnymi, jak 0·6% rozczyn kwasu salicylowego, 5% kwasu karbolowego, ½%—1% azotanu srebrowego. — Autor postępował następująco: Nożykiem obosiecznym robił otwór 3—4 mm długi, przez który wygniatał ropę, a następnie przepłukiwał rozczynem (5%) kwasu karbolowego dopóty, dopóki płyn nie wypływał zupełnie czysty. W przypadkach bardzo wielkiej wrażliwości chorego posługiwał się J. »uśpieniem poddawczem» (sugestyą), każąc choremu silnie ściskać zębami kawałek miękkiego drzewa, zmoczonego w chloroformie. Po przepłukaniu i wyciśnięciu dymienic wstrzykiwał J. w ranę 10% rozczyn glicerynowy jodoformu, następnie zakładał opatrunek uciskowy. Opatrunek codziennie zmieniano, brzegi rany otwierano zgłębnikiem tępym. Chorzy w pierwszym dniu zwykle gorączkowali nawet po podaniu chininy, mimo to zachowywali się bardzo swobodnie; po wyleczeniu pozostawała mała blizna. Przypadków leczonych tą metodą było 195, z tego 128 zostało wyleczonych w 12 dniach, 27 przypadków w 32 dniach, licząc średnio. W 40 przypadkach nie można było osiągnąć wyleczenia. Za przyczynę tego uważa autor z jednej strony opadanie nacieku ropnego do worka mosznowego, uda, z drugiej strony bardzo wielką jadowitość zarazka, wywołującego obumarcie gruczołu, z którego można było wycisnąć codziennie strzępy tkanki obumarłej. W tych przypadkach robiono nacięcie, po którem do wyleczenia upływało średnio jeszcze 51 dni. *Dr Poliwka.*

Napp. **Leczenie kiły chininą.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 21). Zachęcony wynikami Lenzmanna, zaczął autor używać w swej praktyce chininy do leczenia kiły, jednak nie w postaci *chininum nucleinicum*, podanej przez Lenzmanna, lecz (również przez L. pomocniczo stosowanych) wstrzykiwań śródżylnych chlorku chininy (codziennie 0,5) w rozczynie 10%. Stosując to leczenie u 22 chorych, przeważnie w drugim okresie kiły, uzyskał N. u 18 chorych wyniki zupełnie zadowalniające i nie różniące się od wyników leczenia rtęcią; tylko w 4 przypadkach chinina zawiodła, a leczenie wstrzykiwaniami salicylanu rtęci usunęło zmiany kiłowe. N. uważa na podstawie dotychczasowych doświadczeń chininę za cenny nabytek w leczeniu kiły. Niewygodnem jest wykrystalizowywanie chininy z rozczynu przy ciepłocie pokojowej. *Dr Skórczewski.*

Hintz. **O leczeniu jodem i arsenem; kliniczne spostrzeżenia nad arsojodyną.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 29). Często w leczeniu kiły zachodzi potrzeba równoczesnego podawania jodu i arsenu. Dotąd posługiwano się w tym celu rozczynem Fowlera lub pigułkami azyatyckiemi, które podawano obok przetworów jodu. W najnowszych czasach wprowadzono w użycie pod nazwą arsojodyny pigułki, zawierające dwie krople rozczynu Fowlera i 0·12 jodku sodu. Autor podawał ten środek od trzech aż do trzydziestu pigułek dziennie i nie zauważył nawet przy najwyższych dawkach nigdy objawów zatrucia. U wielu chorych w czasie używania tego środka stwierdzono znaczny przybytek na wadze, bo do 8 klgr w ciągu miesięcznego leczenia. Jako zalety tego środka podnosi autor łatwe znoszenie przez chorych tak małych, jak i najwyższych dawek, jakoteż brak objawów ubocznego działania jodu i arsenu. *Stopczański.*

Porosz. **Przyczyny obrzęku prącia przy ostrym wiewiórze.** (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis,* 1908, T. XCII, Z. 2). Obrzęk napletka, względnie skóry prącia, nierzadko towarzyszy ostremu wiewiórowi. Równocześnie występuje także obrzęk błony śluzowej, szczególnie w ujściu cewki, tworząc wargowate wypuklenie ujścia. Autor oprócz przypadków tego rodzaju miał sposobność spostrzegać w okolicy wędzidełka guzkową zmianę zapalną, bolesną przy ucisku, wielkości ziarna grochu, powstałą w trzy dni po ostatniem spółkowaniu. Treść, wyciśnięta z tego guzka, zawierała obficie dwoinki, natomiast nie było wówczas żadnych objawów ze strony cewki moczowej i dopiero w tydzień później wystąpiła wydzielina z cewki moczowej. Po przejściu ostrego wiewióra mógł autor stwierdzić, że w cewce moczowej znajduje się otwór, który z początku był zakryty przez obrzękłą błonę śluzową. W tym przypadku zatem obrzęk w okolicy wędzidełka był objawem wiewiórowego zapalenia przewodu okołocewkowego, z którego następnie uległa zakażeniu cewka moczowa. *Stopczański.*

E. Galewsky. **Zawęźlanie się włosów** (*trichonodosis*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. 91, Z. 2 i 3). Kren, badając włosy systematycznie u wszystkich chorych klinicznych, doszedł do przekonania, że zmiany te można znaleść u bardzo wielu ludzi, zwłaszcza u pielęgnujących gorliwie swe włosy. Węzełki występowały przeważnie na środku i końcu włosa, na którym można było stwierdzić nadmierną kruchość i łamliwość. Węzełki, badane drobnowidowo, okazywały spłaszczenie na przekroju, ubytki w osłonce włosa, pęknięcia i rozwłóknienie istoty korowej. Jako przyczynę podaje K. częste odtłuszczanie włosa, przypiekanie go w łączności z czynnikami mechanicznymi. Autor, badając tę sprawę na licznym materyale ze swej praktyki prywatnej, zgadza się na wywody Krena, ale tylko w większości przypadków. Według niego zdarzają się bowiem przypadki, w których tłómaczenie Krena nie wystarcza. I tak miał sam sposobność leczyć chorego, u którego zmiany te wystąpiły na włosach kończyn i wzgórka łonowego, a wywiady nie mogły stwierdzić czynników etyologicznych Krena; z drugiej strony spostrzegał G. ludzi, którzy czesaniem, trefieniem uszkadzali swe włosy, a mimo to nie można było u nich stwierdzić ani jednego węzełka. Według G. konieczna tu jest pewna skłonność, która w niektórych przypadkach może się nawet dziedziczyć. Jako środki lecznicze zaleca G. maść chininową i brylantynę. *Dr Poliwka.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie d. 9 listopada 1908.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Stefana Kopcia p. t. **Badania doświadczalne nad rozwojem cech płciowych u motyli** (wykonaną w pracowni zoologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Garbowskiego). Doświadczenia Oudemansa i i. nad kastracyą motyli okazały, że, w przeciwieństwie do powszechnie znanych skutków kastracyi u zwierząt kręgowych, gdzie powstrzymuje ona rozwój cech płciowych wtórnych, rozwój różnic płciowych u dojrzałych owadów nie doznaje zmiany nawet i wówczas, gdy dokonano operacyi na wczesnych stadyach przeobrażenia. Powstaje tedy pytanie, co może być powodem tak rozmaitego zachowania się pod tym względem kręgowców i zwierząt niższych. Praca autora stanowi przyczynek do rozwiązania tego problemu, mającego zasadniczą doniosłość biologiczną. — Do doświadczeń swych wybrał autor gąsienice i poczwarki kilku krajowych prządkówek. Sprawdziwszy na obszernym materyale, że sama kastracya żadnych widzialnych skutków nie wywiera, starał się wykazać stopień niezależności w rozwoju poszczególnych cech i części składowych motyla tą drogą, iż w młode stadya wprowadzał krew lub plazmę gruczołów rozrodczych z okazów drugiej płci tego samego lub innego gatunku, albo też wszczepiał w kastrowane okazy zawiązki całych obcych gonad. Doświadczenia te, dokonane zapomocą stosownych metod, dowiodły, że i wówczas wygląd operowanych okazów bynajmniej się nie zmienia. I zawiązki gonad również rozwijają się w obcym ustroju w sposób typowy. Z drugiej strony istnieją pewne korrelacye gonad z otoczeniem, co wskazują wykryte przez autora zjawiska odradzania się, przerostu lub niedokształcenia wszczepionych gruczołów. Wobec tego uważa autor za przyczynę niezależności cech płciowych motyli od nadmienionych transfuzyi i przeszczepiań tę okoliczność, że stadya dojrzałe owych owadów powstają z t. zw. tarczek zarodkowych, rozwijających się w ciele gąsienicy i poczwarki jakoby na odżywczem, ale organicznie obcem podłożu. — Dalsza serya podobnych doświadczeń, zamierzonych przez autora na owadach o przeobrażeniu niezupełnem, zdoła dopiero bezpośrednio udowodnić przypuszczalną słuszność tej hypotezy.

2) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. G. G. Wilenki i Z. Motylewskiego p. t. **O działaniu sodu na cholesterynę w wyskoku amylowym** (wykonaną w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Bądzyńskiego). Przeprowadzając działanie sodu na cholesterynę w sposób podany przez Dielsa i Abderhaldena oraz Neuberga, autorowie otrzymali (oprócz ciała, które topiło się w temp. 115—125° C. i okazywało także w innych względach zupełne podobieństwo do związku, opisanego przez wyżej wymienionych uczonych pod nazwą α-cholesterolu, względnie dwuhydrocholesteryny) jako produkty odczynu dwa nieznane dotychczas związki

cholesterynowe; mianowicie związek, który krystalizował w igły i topił się w temp. 86—88° C, oraz inny, który krystalizował w blaszki i topił się w temp. 130°—133° C. Pierwszy z tych związków, *l-koprosteryna*, był bogatszy w wodór od cholesteryny, a ponieważ okazywał równocześnie nadzwyczaj wiele podobieństwa do koprosteryny, od której różnił się prawie tylko tem, iż skręcał płaszczyznę polaryzacyi w lewo, a nie jak koprosteryna w prawo, jest więc prawdopodobnie optycznym izomerem koprosteryny. Drugi związek, będąc optycznie nieczynny, był zresztą tak podobny do cholesteryny, iż autorowie uważają go za izomer cholesteryny i dają mu nazwę *γ-cholesteryny*. Ponieważ rzekomy α-cholesterol Dielsa i Abderhaldena względnie dwuhydrocholesteryna Neuberga, o której ten autor przypuszczał, iż jest identyczna z wykrytą przez Bądzyńskiego koprosteryną, okazała się w badaniu Willstättera izomerem cholesteryny, otrzymanie przeto przez autorów tej pracy związku pierwej wymienionego zbliża nas po raz pierwszy do syntezy koprosteryny.

3) Czł. Cybulski przedstawia pracę p. Witolda Gawińskiego p. t.: **O wydzielaniu kwasów proteinowych w moczu osób zdrowych oraz w przypadkach chorób** (wykonaną w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Bądzyńskiego). Wykrycie kwasów proteinowych przez St. Bądzyńskiego i współpracowników jego: Gottlieba, K. Panka i Stef. Dąbrowskiego; okoliczność, że związki te, jak można było wnosić z wydatków przy ich otrzymywaniu, wydzielają się w moczu w ilościach niemałych; ich charakter jako pierwszych przetworów białka w ustroju zwierzęcym i oparte na tem przewidywania, iż w wydzielaniu ich wyrażać się będzie cała ruchomość drobiny żywego białka w komórce zwierzęcej i zdradzać się będą rozmaite wpływy na proces przemiany materyi białkowej, których dotychczasowe badania moczu wykazać nie zdołały, — uczyniły poznanie stosunków ilościowych wydzielania kwasów proteinowych jednem z najpilniejszych zadań nauki o przemianie materyi zwierzęcej.

Za podstawę ilościowych określeń przyjęto w tej pracy całkowitą nierozpuszczalność soli barowych kwasów proteinowych w wyskoku absolutnym. Celem zamiany na sole barowe soli potasowcowych, mocz, zagęszczony w próżni, zaprawiano rozcieńczonym kwasem siarkowym (unikając nadmiaru kwasu) i większą ilością wyskoku. Ciecz wyskokową, odsączoną od strąconych siarkanów potasowcowych, po znacznem rozcieńczeniu wodą, strącano barytą; po usunięciu nadmiaru baryty kwasem węglowym, płyn odparowywano w próżni do gęstości syropu, który następnie dla wydzielenia mocznika wyciągano mieszaniną wyskoku i eteru (2:1). — Ilość syropu, która odpowiadała 100 cm³ pierwotnego moczu, odparowywano na szalce Hofmeistra z piaskiem morskim. Piasek utarty wraz z szalką wyciągano absolutnym wyskokiem w przyrządzie Soxhleta przez 3—5 godzin, poczem wyługowywano ciepłą wodą i po przesączeniu rozcieńczano do 100 cm³. Rozczyn ten, który autor nazywa syropem barowym, nie zawierał ani mocznika, ani kwasu hippurowego, a kreatyniny względnie kreatyny, jak wykazały w tym celu przeprowadzone badania ilościowe, tylko ślady. Ponieważ całą ilość azotu zawartą w tym syropie znaleźć można było w osadzie, strąconym zeń octanem rtęci, azot więc tego syropu należał w całości do kwasów proteinowych. Azot oznaczano w nim metodą Kjeldahla. Oznaczenia azotu w takich syropach barowych wykazały: 1° iż w moczu wydzielonym po mieszanej dyecie azot kwasów proteinowych stanowił 4·5—6·8% całej ilości azotu w moczu, t. j. większy odsetek tego azotu, niż przypada na kwas moczowy z kreatyniną łącznie; 2° iż kwasy te wydzielają się w znacznie, bo prawie o połowę mniejszej ilości po dyecie mlecznej (N: 2·9% całej ilości N); 3° w przypadkach (6) duru brzusznego ilość azotu kwasów proteinowych jest tak dalece zwiększona, że rzadko wynosi mniej niż 7·5%, a dosięga 9—14% całej ilości azotu, zawartego w moczu.

Obok oznaczeń azotu w wymienionych syropach barowych oznaczano także siarkę t. zw. »obojętną« i porównywano jej ilość z zawartością siarki obojętnej, znalezioną w moczu samym. Dosyć blizka zgodność tych dwóch wartości potwierdza dobitnie przewidywania, wyrażone dawniej przez Bądzyńskiego i współpracowników, iż cała albo prawie cała ilość siarki obojętnej należy do kwasów proteinowych, a zarazem stanowi sprawdzian metody, gdyż stwierdza, że cała lub prawie cała ilość kwasów proteinowych zostaje w syropie barowym.

Stosunek zawartości azotu w syropie barowym do zawartości siarki obojętnej N:S., w prawidłowym moczu po dyecie mieszanej lub przeważnie mięsnej jest prawie stały, albowiem wahał się w szczupłych granicach 5—7·29, co pozwala wnosić, iż określeń siarki obojętnej w moczu można będzie prawdopodobnie użyć także za podstawę oznaczeń ilościowych kwasów proteinowych.

(Dwie inne przedstawione prace przekraczają ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Sekretarz zawiadomił, że d. 26/X 1908 odbyło się dziesiąte zwykłe posiedzenie administracyjne **Komisyi bibliograficznej** Wydziału mat.-przyrodniczego, na którem sekretarz Komisyi zdał także sprawę z działalności całego wydawnictwa Katalogu Międzynarodowego Literatury Naukowej. Do października r. 1907 wyszły już wszystkie tomy roku piątego (za rok kalendarzowy 1905). Szybkość i punktualność wychodzenia tomów stale się poprawia. Co się tyczy objętości poszczególnych tomów — co jest pewną miarą rozpowszechnienia rozmaitych nauk — naczelne miejsce zajmuje zoologia, fizyologia, chemia i botanika. W piątym roczniku katalogi tych nauk zajmują od 1900 do 1000 stronic. Podobne rozmieszczenie nauk okazuje również Katalog Literatury Naukowej Polskiej, gdzie również przeważa zawsze fizyologia, chemia i zoologia. Zajmujące są dane o udziale rozmaitych krajów w ruchu naukowym, którego miarą może być liczba tytułów, nadesłanych w ciągu roku do Biura Centralnego. Od 1 marca 1906 do 28 lutego 1907 nadesłano do Katalogu Międzynarodowego tytułów (liczby zaokrąglone w tysiącach): Niemcy 117.000, Wielka Brytania 27.000, Stany Zjednoczone 25.000, Francya 21.000, Rosya 20.000, Austrya 6.000, Włochy 4.200, Holandya 2.100, Szwecya 2.100, Szwajcarya 1.600, Polska 1.400, Dania 900, Japonia 1.100. — Przewodniczącym Komisyi bibliograficznej na r. 1909 obrany został ponownie Prof. Dr Wł. Natanson, sekretarzem na dwulecie 1909—1910 ponownie Prof. Dr L. Bruner.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 11 XI 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 30.

Kolega Rutkowski prostuje protokół z posiedzenia w d. 21 X. o tyle, że w przypadku **wrzodu żołądka** wykonał **wycięcie odźwiernika** (a nie gastrostomię, jak mylnie wydrukowano w protokole; obacz nr. 46 »Przeglądu lek.«).

1) Kol. Kader przedstawia chorego, którego **operował w przypadku rozedmy płuc**. Operacya ta polega na modyfikacyi operacyi Freunda. Z lewej strony wykonał resekcyę chrząstek żeber, a z prawej resekcyę żeber samych. Wynik pooperacyjny był wprost wyśmienity. Jak sam chory podaje, w godzinę po operacyi ustąpiła duszność.

W dyskusyi zabiera głos kol. Blasberg, który zapytuje, w jaki czas po operacyi utrzymywał się jeszcze nieżyt oskrzeli.

Następnie wygłosili odczyty: 2) Kol. Lewkowicz: **O prosówce płonicznej** a 3) kol. Bujwid: **O seroprofilaktyce wodowstrętu** (rzeczy przeznaczone do druku). W dyskusyach zabierali głos kol. Eisenberg, Gertler, Krzyształowicz i Warzycki.

Sekretarz *Dr Cetnarski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie naukowe z d. 13 X. 1908.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes prym. Pisek zawiadamia obecnych o śmierci dra Nazarkiewicza w Bozen, który, chociaż zdala żył od kraju, pamiętał o nim, zapisując znaczny majątek Towarzystwu lek. gal. Obecni powstaniem uczcili pamięć zmarłego.

I. Dr Hornowski wygłasza część anatomiczną opracowanego wspólnie z prym. Opolskim odczytu: **O nowej postaci skazy krwotocznej.** Prelegent przedstawia makroskopowe i histologiczne dane z przypadku skazy krwotocznej u mężczyzny 42-letniego. Uderzają tu zmiany w naczyniach drobnych, a więc zgrubienia częściowe mięśniówki, zmiany szkliste, zwyrodnienie tłuszczowe, oraz jej martwica o charakterze zwyrodnienia woskowego Zenkera. Podobne zmiany we wszystkich mięśniach gładkich, a zatem nie mających osłonki. Nadto w naczyniach, głównie przewodu pokarmowego, zmiany w tk. sprężystej. Skaza w danym przypadku wobec ujemnego wyniku badania krwi za życia, śledziony po śmierci, nie jest pochodzenia bakteryjnego. Czynnik przyczynowy wyszedł z przewodu pokarmowego (największe zmiany), pierwotnie działał na włókna spręży-

ste, potem na mięśnie, wiodąc do tworzenia się wybroczyn. Czynnika przyczynowego nie należy wreszcie szukać w układzie nerwowym, ani w nadnerczach (badanie o wyniku ujemnym).

II. Prof. Biernacki: **W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej.** Na podstawie bardzo znacznego materyału, bo około $1^{1}/_{2}$ tysiąca przypadków, zauważa prelegent, że typowa podagra, jako choroba napadowa, jest rzadka; u chorych na dnę mamy zazwyczaj przewlekle istniejące bóle w stawach kolanowych, piętach, czy kończynach górnych, a także w palcu dużym stopy, — bóle, przy których zasadniczo nie ma zniekształtnienia, właściwego dla zniekształtniającego zapalenia stawów *(artr. deformans)*. Prelegent omawia cały szereg innych objawów, zarówno ze strony przewodu pokarmowego, jak układu nerwowego. Ogólną cechą skazy omawianej jest zmienność (kameleonizm) objawów. Tak popularne zwiększenie kwasu moczowego wcale nie jest częste, stalszym natomiast bywa zwiększony ciężar właściwy moczu, oraz liczne szczawiany w osadzie. Szereg objawów bólu ze strony okolicy wątroby, mięśni, serca itd. należy odnieść, jak się B. niejednokrotnie przekonał, do nadzwyczajnej bolesności końców żeber, która może rozpromieniać się na dalsze okolice. Rozpoznawczo ważne jest, że nawet przy zupełnym braku wrażeń bólowych na klatce piersiowej w liniach mostkowych, stwierdza się w punktach, odpowiadających liniom stawów żebrowo-mostkowych, silną bolesność, o której chorzy nic nie wiedzieli. Tę przymostkową bolesność stwierdził B. w 70—75% badanych przypadków. Na objaw ten, zwłaszcza przy braku innych w początku choroby, kładzie B. nacisk. Jestto prawdopodobnie następstwo małej ruchomości tych stawów, która ułatwia wskutek słabej »wentylacyi« odkładanie się w nich soli kwasu moczowego.

Dyskusya: Prof. Panek nie zgadza się z prelegentem, jakoby pojęcie skazy moczanowej nie dało się obecnie utrzymać, względnie, aby ją należało odnieść wyłącznie do dny z jej znamiennymi objawami klinicznymi. Skaza moczanowa istnieje jako taka nawet bez objawów dny, a pod tą nazwą należy rozumieć niedomogę ustroju, polegającą na wadliwem utlenianiu, względnie rozkładzie kwasu moczowego. O niedomodze takiej możemy się przecież przekonać, porównując wydzielanie się kwasu moczowego u dwóch osobników, będących w jednakich warunkach, z których jeden jest chory. Oczywiście, że chcąc jakieś wnioski wysnuwać, trzeba przestrzegać pewnych warunków. Prawidłowa lub nawet zmniejszona ilość kwasu moczowego, spotykana n. p. w moczu chorego w okresach wolnych od napadów, nie będzie świadczyła o sprawności utleniania ustroju w tym kierunku, z drugiej strony wzmożenie wydzielania kwasu moczowego w godzinach porannych u ludzi zdrowych po spożyciu większych ilości pokarmów, bogatych w związki nukleinowe, nie może być brane na karb skazy moczanowej. — Prof. Wiczkowski zauważa, że oznaczanie kwasu moczowego może mieć znaczenie, jeżeli chorego będziemy trzymać na ścisłej dyecie. Prosty sposób przekonania się o wzmożeniu kwasu moczowego, to wydzielenie się go po 3 godzinach. Co do rozpoznania skazy moczanowej, to nie wystarczy jeden objaw, ale trzeba stwierdzić szereg objawów. Prelegent spostrzegał bóle w okolicy żeber, mowca zaś n. p. w okolicy więzadła karkowego; wogóle nie przypisuje temu poważniejszego znaczenia. — Dr Silberstein zwraca uwagę, że tylko zaburzenie stosunku (1:50) mocznika do kwasu moczowego może tu mieć znaczenie. — Prym. Pisek podnosi, że niewątpliwie są przypadki skazy moczanowej, gdzie niema kwasu moczowego, (chemicznie) a także, gdzie kwas moczowy jest wzmożony, a innych objawów brak. W innych przypadkach wynik leczenia wskazuje na tę skazę. Punktom bolesnym nie przypisywałby P. większego znaczenia. — Prym. Opolski spostrzegał owe punkty bolesne żeber; usadowienie jednak musi być rozleglejsze, nietylko na końcu żeber. Mowca zwraca uwagę, że u chorych, gdzie się kombinuje kwas moczowy ze szczawianami i solami wapniowemi, sprawa przebiega gorzej. — Dr Hornowski nie przypisuje również znaczenia ilościowemu oznaczaniu kwasu moczowego. W swoim czasie badał ilościowo mocz chorych, którym podawał mocznik do 6 gr. dziennie i mimo, że chorzy miewali bole stawowe, nie widział wybitnych różnic w ilości azotu, mocznika i kwasu moczowego. — Dr Ziembicki W. nie zgadza się z prof. Wiczkowskim co do wspomnianych 3 godzin, bo wykrystalizowanie się kwasu moczowego jest dowodem, że mocz jest kwaśnym lub kwaśniejszym. — Prof. Biernacki wcale nie odmawia znaczenia rozpoznawczego kwasowi moczowemu, nie przypisuje mu jednak wielkiej wartości. Pojawienie się większe szczawianów ma nieraz dla mowcy przy skazie moczanowej większe znaczenie. Bolesność żeber, jako pierwszy co do czasu objaw, ma, zdaniem mowcy, wartość rozpoznawczą.

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 29. IX. 1908 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek izolowanej **niemoty zmysłowej** (*aphasia sensorialis*) pochodzenia korowego. — Chory, 27-letni, od dłuższego czasu cierpiący na wadę serca, nagle przed 10 dniami stracił na kilka chwil przytomność i mowę. Kiedy przyszedł do siebie, przestał rozumieć, co do niego mówiono. Stan do tej pory bez zmiany. Badanie podmiotowe stwierdza szmer skurczowy u końca serca; brak jakichkolwiek objawów porażenia. Stan psychiczny prawidłowy, natomiast następujące zaburzenia mowy. 1) Zupełne zniesienie zdolności rozumienia mowy słyszanej przy zachowaniu słuchu: język polski brzmi dla chorego tak, jak język obcy, niezrozumiały. 2) Zupełne zniesienie zdolności powtarzania wyrazów słyszanych. 3) Zupełne zniesienie zdolności pisania pod dyktandem. 4) Zachowanie, aczkolwiek wskutek przestawiania sylab (*paraphasia*) uszkodzonej, zdolności mówienia dowolnego. 5) Zachowanie zupełne zdolności czytania druku i pisma bez możności rozumienia czytanego z zachowaniem zdolności rozumienia i odtwarzania cyfr i rysunków. 6) Zachowanie, wskutek przestawienia sylab (*paraphasia*) w znacznym stopniu uszkodzonej zdolności pisma dowolnego przy zupełnie zachowanej zdolności kopiowania. Na podanym schemacie rozpatruje i objaśnia mówca powyżej przytoczone zaburzenia mowy, a jako ich podkład anatomiczny przyjmuje rozmięknienie pierwszego lewego zakrętu skroniowego wskutek przypuszczalnego zatkania czwartej gałązki lewej tętnicy Sylwiusza.

2) Kijewski Franciszek wypowiedział rzecz p. t. **Obecny stan chirurgii płuc.** Prelegent z całego szeregu zabiegów w tej dziedzinie mówi jedynie o operacyach na samych płucach. Wszystkie operacye na płucach wymagają utorowania drogi przez otwarcie klatki piersiowej, co wobec braku zrostów stanowić może poważne niebezpieczeństwo. Prelegent wylicza wszystkie znane sposoby unikania lub ograniczania wpływu odmy piersiowej, szczegółowo rozpatruje stosowanie kamer o zwiększonem ciśnieniu według typu Brauera, oraz o zmniejszonem, według wskazówek Sauerbrucha. Stosowanie zmienionego ciśnienia pozwala na swobodne wykonywanie operacyi na płucach i nie naraża chorego na zgubne skutki chirurgicznej odmy piersiowej. — Z kolei rozpatruje prelegent oddzielne zabiegi na płucach: szew, tamponada, przyszycie płuc (*pneumopexia*), przy ranach ciętych, kłutych i postrzałowych, technikę operacyi, wskazania do tych zabiegów i wyniki przy poszczególnych uszkodzeniach. Następnie omawia pneumotomię: szczegóły wykonania samego zabiegu, rodzaj uśpienia lub znieczulenia. Wskazaniami do pneumotomii są: ropnie, zgorzel, jamy oskrzelowe, gnilne zapalenie oskrzeli i zmiany włókniste w płucu, jamy gruźlicze, ropnie wywołane przez ciała obce, bąblowce.

Na zasadzie kazuistyki mówca wypowiada następujące wnioski: 1) Do wykonania pneumotomii należy ściśle określić sprawę, jaką się ma przed sobą, a głównie oznaczyć miejsce. 2) Wielką pomoc przy badaniu fizycznem w celu lokalizacyi ogniska stanowi prześwietlanie i fotografia Röntgena. 3) Zmienianie ciśnienia pozwala otwierać klatkę piersiową i ułatwia określanie miejsca chorobowo zmienionego. 4) Nakłucie próbne należy stosować oględnie. 5) Przy wszystkich wskazaniach pneumotomię należy wykonywać wcześnie. 6) Radykalizm w operowaniu spraw ropnych i zgorzelinowych tylko korzyść choremu przynosi. 7) Najlepsze wyniki po pneumotomii bywają przy bąblowcu, najgorsze przy otwieraniu jam gruźliczych. 8) Pewien odsetek wyleczeń stanowią przypadki z przetokami płucnemi, które niekiedy wymagają ponownych operacyi, a nawet resekcyi płuc.

Z kolei mówi prelegent o pneumektomii i jako wskazania do tego zabiegu podaje: wypadnięcie płuc (*prolapsus i hernia pulmonum*), nowotwory, gruźlica, jamy oskrzelowe, przetoka oskrzelowa po zgorzeli płuc, promienica, krwotok po ranie postrzałowej płuca. Dotąd zebrał się jeszcze zbyt mały materyał kazuistyczny, aby można było z niego wysnuwać pewne, ogólne wnioski; dalszy postęp w tym zakresie rozszerzy wskazania do operacyi.

W dyskusyi zaznacza Krause, że operacye na płucach nie są niebezpieczne, jeżeli są zrosty opłucne. Od czasu zasto-

sowania kamery Sauerbrucha niebezpieczeństwo dla chorego jest prawie żadne, nawet przy zupełnym braku zrostów. Najlepsze wyniki daje operacya przy zgorzeli płuc. — Sekretarz stały Alfred Sokołowski wyraża zdanie, że chirurgia płuc może mieć pole jedynie w przypadkach ostrych; szczególniej nadają się do operacyi przypadki ograniczonej zgorzeli płuc. Drugą sprawą chorobową płuc, nadającą się do interwencyi chirurgicznej, jest ropień płuc, szczególniej międzyzrazowy. W gruźlicy płuc widywał mówca zawsze wyniki niepomyślne. Udziałem chirurgów powinna być także promienica płuc we wczesnych jej okresach. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne d. 6. X. 1908 r.

1) Borzymowski odczytał: **Czwarty przypadek zeszycia serca** i przedstawił 17-letniego chłopca, u którego w czerwcu r. b. zeszył dwie drążące rany prawej komory serca. Operacyę wykonano według metody, ogłoszonej przez B. w r. 1904, w sposób następujący: 1) zresekowano chrząstkę 5-go lewego żebra; 2) odłuszczono od mostka osierdzie i brzegi opłucnej; 3) zresekowano lewą połowę mostka od 3-go do 5-go żebra i chrząstki 3-go i 4-go żebra; 4) rozcięto osierdzie i zaszyto pięcioma szwami węzełkowymi dwie drążące rany prawej komory; 5) obszyto osierdziem obie rany na sercu; 6) dolną część osierdzia zeszyto ze skórą, a pod serce włożono dwa paski gazy. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, w 3-cim tygodniu chory zaczął chodzić.

2) Karwacki wypowiedział rzecz: **O szczepionkach ochronnych przeciwko cholerze.** Mówca podaje wyniki osobistego w tym kierunku doświadczenia, opierającego się na 150 przypadkach szczepienia. Jako materyału szczepiennego używał K. wyłącznie górnej warstwy płynu ze szczepionki, wyrabianej podług wskazówek Kollego. — Szczepień dokonywa się podskórnie i każdemu szczepionemu dwukrotnie: 1 ctm sz. na pierwszy raz i 2 ctm. sz. na drugi raz. Przerwa między szczepieniami powinna wynosić najmniej 5 dni. Objawy uboczne, powstające po zaszczepieniu, są miejscowe i ogólne. Do pierwszych należą: obrzęk i zaczerwienienie w miejscu ukłucia, ból w kończynie i bolesność gruczołów chłonnych pod pachą. Drugie wyrażały się podniesieniem ciepłoty, lekkiem niedomaganiem i zaparciem stolca. Sprawa wyboru tego czy innego szczepu cholerycznego dla przyrządzania szczepionki nie jest, jak dotąd, naukowo ugruntowana. Mówca przyrządza szczepionkę wielopostaciową. Badania różnych autorów i mówcy wykazują, że jednakowy odczyn humoralny zachodzi i w cholerze samoistnej i w szczepieniu doświadczalnem. Co do istot antyendotoksycznych w odporności przeciw cholerze, to dotąd niema badań w tym kierunku.

3) Sekretarz stały A. Sokołowski odczytał rzecz p. t. **Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobowych gardła, spostrzeganych w przebiegu neurastenii.** Tak zwane suche nieżyty gardła i nosa należą u nas do najczęstszych spraw chorobowych. Przyglądając się bliżej osobnikom, porady szukającym, zauważył prelegent, że 1) najczęściej są to ludzie młodzi, przeważnie mieszkańcy miast; 2) większość tych chorych należy do rasy semickiej. Dalsze spostrzeżenia dowiodły, że większość tych chorych — to neurastenicy i to cierpienie jest właściwie istotną ich chorobą. Prelegent twierdzi, że główne i podstawowe objawy nieżytów gardła i nosa są przeważnie wyrazem nadmiernego odczynu układu nerwowego na istniejący u neurasteników mniej lub więcej wyrażony nieżyt gardła. Dalej mówca omawia po kolei główniejsze skargi podmiotowe chorych, dotkniętych tem cierpieniem. Ustalenie należytego rozpoznania, a przedewszystkiem wytworzenie w umyśle lekarza pojęcia, o ile w danym przypadku objawy ze strony gardła należy uważać za objawy neurastenii, a dalej wyjaśnienie przyczyny neurastenii dają wskazówki do rokowania i leczenia. W leczeniu należy przedewszystkiem uwzględnić psychoterapię: z kolei stosować trzeba różne metody t. zw. terapii fizycznej. Dzieci najlepiej na pewien czas usunąć zupełnie z domu, oddawszy je na wieś pod rozumną opiekę. U osób przepracowanych umysłowo dobre wyniki daje przerwanie zajęcia, wyjazd z kraju, podróże, gdzie chory, odbierając dużo nowych wrażeń, o chorobie swej zapomina. Prelegent omawia w końcu szczegółowo miejscowości, które nadają się dla poszczególnych typów neurasteników.

W dyskusyi podnosi Pręgowski, że w pracy swej nie podaje prelegent wcale stosunku liczbowego swych spostrzeżeń, stąd uwagom jego w tym kierunku brak ścisłości i pewności. Dalej podaje prelegent liczne przykłady, gdzie chorzy, skarżący się na cierpienie gardła, miewali w niem bardzo nieznaczne zmiany, natomiast objawiali wybitne cechy neurastenii i niewiadomo tutaj, zdaniem mowcy, co jest sprawą pierwotną, a co wtórną. Jednakże z góry pewną zależność między neurastenią a nieżytami gardła możnaby było może i wykryć, skoro się zważy, jakie różnorodne i zmienne zachodzą gry w narządzie naczynio-ruchowym u neurasteników (zwężanie i rozszerzanie się naczyń krwionośnych). — Lubliner zaznacza, że wogóle proletaryat wszelkich ras cierpi na nieżyt gardła wskutek bardzo złych warunków higienicznych, w jakich żyje i pracuje. — Bregman zaznacza, że związek podobny do tego, jaki podaje prelegent między sprawami nieżytowemi gardła a neurastenią, zachodzi także i przy innych cierpieniach. Widują to otyatrzy, ginekolodzy i położnicy, a znane to jest neuropatologom.— Kopczyński St. dodaje, że spostrzegany przez prelegenta nieraz rażący brak stosunku między skargami chorego a przedmiotowemi zmianami w gardle tłomaczy się tem, że u neurasteników jest bardzo rozwinięta samoobserwacya. *I. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się w d. 6. XI. posiedzenie Sekcyi lekarzy szpitalnych, na którem Dr Wanda Szczawinska, lekarka Domu dla dzieci ozdrowieńców w Medan pod Paryżem, wygłosiła odczyt o ruchu, jaki powstał we Francyi od lat kilkunastu dla zmniejszenia śmiertelności wieku dziecięcego. Cały wysiłek na polu racyonalnego wychowania niemowląt klas pracujących został skierowany ku ułatwieniu matce wychowania i wykarmienia własnego dziecka. W tym celu »Assistance publique«, rządowa Instytucya Dobroczynności publicznej, udziela zapomóg pod różnemi postaciami matkom, wychowującym własne dzieci. To samo czynią związki kobiet pracujących »Mutualité maternelle«, oraz stowarzyszenia kobiet z warstw średnich: »Société d'allaitement maternel«, »Oeuvre de la Société de la charité maternelle« i t. p. Do tego, by wśród matek szerzyć poczucie obowiązku wychowywania własnych dzieci i karmienia ich własną piersią, zmierzają przez silną propagandę położnicy, a z nich głównie Budin. On to zorganizował »Consultations des nourrissons« przy własnym oddziale w celu śledzenia rozwoju dzieci, pochodzących z jego kliniki, i dał przykład innym, którzy go w tem naśladują. Pod wpływem położników powstały w niektórych fabrykach »nourriceries«, t. j. sale, gdzie składane są dzieci robotnic w godzinach ich pracy i dokąd robotnice udają się w pewnych godzinach dla karmienia ich. Państwo wydaje w swych fabrykach na ten cel 25,000 fr. rocznie. Podobną rolę odgrywają znane dziś wszędzie żłobki. Dla ratowania matek niezamężnych i ich dzieci, oraz dla ułatwienia matkom pracującym wykarmienia własną piersią swych dzieci i dzieci innej kobiety, powstało w Paryżu »Société maternelle parisienne La Pouponnière«, które pod Wersalem ufundowało instytucyę, doskonale się rozwijającą i zapewniającą schronienie 50 dziewczętom mamkom i 110 niemowlętom. Mamki pod ścisłym dozorem lekarskim spełniają doskonale swe obowiązki w przeciwieństwie do zwykłych mamek wiejskich, gdy bowiem śmiertelność dzieci, wychowywanych na wsi, sięga czasem 80%, w Pouponnière w Wersalu wynosi ona 2%. Wreszcie »Krople mleka« ułatwiają biednym matkom zdobycie taniego i zdrowego mleka dla niemowląt, gdy karmić własną piersią nie mogą. — Ruch ten odbił się i na urządzeniach szpitalnych. Wyraził się on w oddzieleniu porad dla niemowląt od porad ogólnych dla dzieci i w higienicznych ulepszeniach szpitalnych. Pierwszy wzorowy żłobek zorganizował Dr Mery przy szpitalu »Enfants malades« w Paryżu; tu nadto po raz pierwszy stosowano systematyczne dyetetyczne leczenie niemowląt, które tak w chorobach przewodu pokarmowego, jak i w ostrych chorobach innych narządów najpomyślniejsze wydało wyniki. Śmiertelność żłobka »Husson« — taką nazwę nosi żłobek kliniki, — była w 1905 r. 23%, gdy zwykła śmiertelność w żłobkach szpitalnych dochodzi do 60%. By rozszerzyć zakres dyetetycznego leczenia niemowląt, ważny szczególnie w czasie ich wyzdrawiania, Dr Mery zaproponował »Assistance publique« urządzenie Domu dla dzieci-ozdrowieńców w posiadłościach Emila Zoli w Medan pod Pary-

żem, którą żona znakomitego pisarza ofiarowała na cel szpitalny. Tu do dyetetycznego leczenia wycieńczonych chorobami dzieci dołączył Mery nowy, nader ważny w uzdrowieniach czynnik: świeże powietrze, którego żaden szpital dać nie może. W posiadłościach Zoli nie brak istotnie ani powietrza, ani miejsca. Dwie ogromne sale z wielkiemi oknami, w głównem zabudowaniu posiadłości, przeznaczone są dla dzieci, pozostających w zakładzie przynajmniej dni 22. W każdej sali jest dzieci od 10 do 11. Jest nadto salka o 8 łóżkach, przeznaczona do przyjmowania dzieci nowoprzybyłych, które, zanim przejdą do sal ogólnych, muszą tam pozostać dni 21. O ile pogoda sprzyja, dzieci spędzają dni na świeżem powietrzu. W zasadzie zakład nie przyjmuje dzieci chorych, jedynie dzieci wycieńczone chorobami, dzieci nierozwinięte (z hypotrofią) lub niedonoszone dzieci z upośledzonem trawieniem. Rekrutują się one głównie z dzieci, wypuszczonych z paryskich szpitali dla dzieci. W dyetetycznem leczeniu stosuje zakład przedewszystkiem mleko surowe własnych krów, dojonych aseptycznie i przed samem spożywaniem przez dzieci, które to mleko ma skład zawsze jednakowy, osiągany przez karmienie krów zawsze tą samą strawą. Gdy mleko surowe nie jest znoszone, dają dzieciom mleko zmodyfikowane, np. kwaśne mleko Miecznikowa, peptonizowane Backhausa. Nadto szerokie zastosowanie znajdują tu pokarmy mączne ze związkami węglowodanów, z powodzeniem dziś stosowane w leczeniu zaburzeń przewodu pokarmowego, a mianowicie: zupa słodowa Terrien, bulion Méry [1]), maślanka według Jacobsona i inne. Wyniki działalności zakładu są zachęcające (66 uzdrowień na 100), szczególniej, gdy zważyć trudności, z jakiemi spotyka się każda początkująca instytucya, oraz nędzę fizyczną dzieci, które przybywały do zakładu, o czem najwymowniej świadczą ich wagi przy zapisywaniu: np. 3,7 kg. w 14 miesiącu, 2,62 kg. w 3 mies., 4,0 kg. w 10 mies., a takich dzieci były dziesiątki. Zakład ma dwóch lekarzy: naczelnego — Dra Méry i ordynującego — Dra Wandę Szczawińską. Koszt utrzymania jednego dziecka wynosi 1000 fr. rocznie.

Z kolei przemawiał Dr B. Jakimiak: »O obsadzaniu ordynatur drogą konkursów«. O odpowiednie obsadzanie posad lekarzy szpitalnych troszczono się u nas oddawna (jeszcze za czasów pruskich). W roku 1834 widzimy, że Rada główna opiekuńcza instytutów dobroczynnych w celu zapewnienia szpitalom lepszych sił lekarskich wydała postanowienie, przez rząd zatwierdzone, że do urzędowania w szpitalach cywilnych, pod zawiadywaniem Rady będących, tylko lekarze z wysoką kwalifikacyą naukową i wyższymi stopniami naukowymi, t. j. aż do stopnia lekarza I klasy włącznie, przypuszczani będą. W celu przyciągnięcia do szpitali lepszych sił, porobiono lekarzom szpitalnym rozmaite ulgi natury służbowej. W r. 1862 na wniosek Rady gł. opiek. wyszło postanowienie, aby na przyszłość obowiązki lekarzy szpitalnych powierzane były osobom, które w odpowiednim konkursie okażą się do tego najzdolniejsze, a to z tego względu, że wybieranie lekarzy z konkursu jest najwłaściwsze. Po powstaniu, na wniosek Komitetu urządzającego, zmieniła Rada administracyjna przepisy o obsadzaniu posad w ten sposób, że połowa posad ma być obsadzana drogą konkursu, druga połowa drogą zwykłej nominacyi. Według tych zmienionych przepisów — lekarzy naczelnych, ich pomocników, jak również lekarzy tych szpitali, gdzie przewidziana jest tylko jedna posada lekarska, postanowiono mianować bez konkursu. Lecz i ta zmiana nie wszystkim się podobała i stale powtarzały się próby omijania tego prawa.— Komisya, powołana przez miejską Radę dobroczynności publ. w r. 1903 w sprawie lekarzy szpitalnych, prawie jednomyślnie wypowiedziała się za przywróceniem prawa z r. 1862, t. j., ażeby dla uniknięcia wszelkich protekcyi, narzekań i t. d., wszystkie posady były obsadzane drogą konkursu. Komisya ta, zaznaczywszy, że w ciągu lat ostatnich, bez względu na prawa istniejące, wielu ordynatorów etatowych i nadetatowych mianowano nie drogą konkursu, lecz na przedstawienie odpowiednich władz, na zasadzie § 62 Ustawy lekarskiej, postanowiła prosić, aby na stanowisko ordynatorów szpitalnych mianować lekarzy drogą konkursu, jako najsprawiedliwszą i przepisaną dla wszystkich lekarzy szpitalnych w r. 1862 przez Komisyę spraw wewnętrznych i duchownych. Przy zdaniu odrębnem zostało tylko 2 (na 30) członków Komisyi, mianowicie Dr Małow i Maksimow. Komisya orzekła nadto, że dla sprawiedliwej oceny kandydatów stopnie powinny być stawiane jawnie, tem więcej, że § 12 przepisów konkursowych nie sprzeciwia się temu. Oczywiście, jeżeli wbrew tym uchwałom wciąż jeszcze ujawnia się dążność władz do obsadzania posad drogą nominacyi, to chodzi tu o względy inne, a nie o sprawiedliwość i dobro instytucyi.

W sprawie tej zabierali głos kol. Janowski, Żera, Manduk i inni i wszyscy wypowiedzieli się za utrzymaniem i przestrzeganiem konkursów, wobec czego Wydział postanowił prosić Zarząd Stowarzyszenia lekarzy polskich o zwrócenie uwagi Magistratowi miasta Warszawy, aby nadal przy obsadzaniu wakujących posad ordynatorów prawo z roku 1862 mogło być przestrzegane. *W. Knappe.*

Galicyjska kasa dla chorych lekarzy odbyła Walne Zgromadzenie w d. 7. XI. b. r., na którem uchwalono przedstawione przez Wydział zmiany statutu. Najważniejsza z nich dozwala przystąpić do kasy lekarzom galicyjskim, nie przynależnym do Izb, t. j. lekarzom rządowym (z wyjątkiem wojskowych) pod warunkiem, że sami opłacą wpisowe (20 K.), które za innych lekarzy płaci Izba lekarska. — Zaostrzono też przepisy co do członków, zalegających z wkładkami; kto zalega dłużej, niż 6 tygodni, ten traci chwilowo prawo do świadczeń kasy, a odzyskać je może w 14 dni po dniu wyrównania całej zaległości; kto zaś zalega z wkładkami za poprzedni rok administracyjny dłużej, niż 8 tygodni, ten zostaje wykreślony z listy członków. *R.*

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy zawiadamia kolegów, że odtąd Towarzystwo będzie nosiło nazwę: **„Związek krajowy lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego“.** Do tej zmiany tytułu zmuszone jest Towarzystwo na żądanie władz politycznych. Ponieważ dotąd nie powstały jeszcze nigdzie w kraju organizacye powiatowe i obwodowe, przeto aż do ostatecznego wyjaśnienia sprawy organizacyi, jej form i stosunku do innych podobnych Związków w Austryi — działalność stowarzyszenia pozostanie taką samą, jak dotąd. W następnym komunikacie podaje Wydział w krótkości kilka uwag o obecnej sytuacyi i wzywa kolegów do bacznego śledzenia przebiegu usiłowań Towarzystwa i poparcia ich przez przystępowanie do organizacyi. *W.*

Wydział Związku krajowego lekarzy galicyjskich (dawnej »Samopomocy«) odbył posiedzenie w dniu 19. listopada b. r. Przedmiotem obrad było przystąpienie Towarzystwa do »Związku państwowego austr. organizacyi lekarskich« i zmiana nazwy Towarzystwa. Uchwalono wysłać przedstawiciela zorganizowanych lekarzy galicyjskich na Zjazd delegatów organizacyi lekarskich w Austryi, który to Zjazd odbędzie się w Wiedniu w dniach 29. i 30. listopada b. r. Po powrocie delegata zapadnie ostateczna uchwała co do formy, jaką przybierze organizacya lekarzy w Galicyi, jakoteż co do wysokości wkładki. Prawdopodobnie statut Towarzystwa będzie tak ułożony, ażeby umożliwić wszystkim lekarzom przystąpienie do organizacyi.

Jedynie przez połączenie się wszystkich lekarzy w kraju będzie można uzyskać dla stanu naszego lepsze warunki bytu. Wydział prosi PP. Kolegów usilnie, ażeby w obecnej chwili nie spuszczali z oka swych własnych interesów. Należy pamiętać, że w obecnej sesyi Rady Państwa ma być wniesiona ustawa o ubezpieczeniu ogólnem na starość i na wypadek niezdolności do pracy; ustawa ta dotyka najżywotniejszych interesów lekarzy, obejmując także zmiany w dotychczasowej ustawie o kasach chorych. Tak ważne dla stanu lekarskiego, wprost o jego dalszych losach rozstrzygające ustawy nie powinny być bez nas uchwalane.

Dlatego zawczasu stwórzmy silną, wszystkich lekarzy łączącą organizacyę, bo tylko taka może występować energicznie z żądaniem poprawienia stosunków dla wszystkich kolegów. Teraz już najwyższy czas do pracy, potem będzie zapóźno! *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza ścisły bojkot wobec fabryki cegieł w Hennersdorf-Leopoldsdorf, i ostrzega lekarzy w całej Austryi, aby miejsca lekarza tej fabryki pod żadnym warunkiem nie przyjmowali.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lek. austr. w d. 29 i 30 XI. b. m. w Wiedniu obradować będzie nad dwiema ważnemi sprawami, mianowicie nad projektem ustawy o powszechnem ubezpieczeniu i nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W zjeździe wezmą udział po raz pierwszy Czesi, delegaci organizacyi czeskiej, już do »Związku« przyłączonej, a do udziału w obradach został zaproszony, aczkolwiek jeszcze do »Związku państwowego« nie należący, i nasz »Krajowy Związek lekarzy« (dawna »Samopomoc«), którego prezes, r. dw. prof. dr Wicherkiewicz, w tym celu do Wiednia wyjeżdża. Zyskując oparcie o tak potężną organizacyę, jaką dziś już jest »Związek państwowy«

[1]) Bulion Méry: na litr wody: 60 gr. marchwi, 40 gr. kartofli, 15 gr. buraków, 10 gr. grochu, 5 gr. soli — gotować przez 4 godziny, przecedzić, dodać na 100 gr. bulionu 1 łyżeczkę mąki ryżowej

będzie mógł i nasz Związek rozwinąć tem skuteczniejszą działalność; tem pilniejszą też jest rzeczą, by wszyscy Koledzy do Związku przystępowali. *Z.*

Zdobycze, osiągnięte przez lekarzy zapomocą złączenia się w »Państwowy Związek organizacyi lek. austr.« w nowym projekcie ustawy o ubezpieczeniu powszechnem, a mianowicie w rozdziałach, dotyczących Kas chorych, — najłatwiej ocenić przez zestawienie żądań, jakie »Związek« w tej sprawie przedstawił ministerstwu, z postanowieniami odpowiednich §§. projektu. — Otóż z żądań tych wypełnione zostało całkowicie 1) aby do Kas chorych miały obowiązek należeć tylko osoby, mające co najwyżej 2400 koron rocznego dochodu (§ 3); natomiast żądanie 2) aby nikt nie miał prawa dobrowolnie przystępować do obowiązkowych Kas chorych, zostało tylko częściowo uwzględnione, mianowicie projekt ustawy zezwala na takie dobrowolne przystępowanie (§ 58), ogranicza je jednak na osoby, mające najwyżej 3600 K rocznego dochodu, a nadto postanawia (§ 40), że tacy dobrowolni członkowie, o ile mają dochód ponad 2400 K, mogą od Kas chorych otrzymywać tylko zasiłki pieniężne, ale nie mają prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Stosownie do żądania lekarzy, 3) aby ustawa wyraźnie określiła, iż wolny wybór lekarzy jest w Kasach dopuszczalny, brzmi § 44 projektu. Również wypełniony został przez § 47 projektu postulat 4), regulowanie wynagrodzenia lekarzy w Kasach przez objęte ustawą Komisye umów. Dalszem ustępstwem są postanowienia § 51, dotyczące 5) ubezpieczenia rodzin, na które lekarze godzili się pod warunkiem wypełnienia żądań, wspomnianych pod 1) (granica dochodu 2400 K) i 3) (wolny wybór), oraz pod tym warunkiem, by ubezpieczenie to mogło być w pewnych okolicznościach obowiązkowe. Nie spełniono punktu 6) żądań »Związku«, aby regestrowane Kasy chorych nie miały prawa swym członkom zapewniać bezpłatnej pomocy lekarskiej. — Żądania: 7) aby Kasy chorych prowadziły zapiski o pomocy lekarskiej, udzielonej chorym, nie pobierającym zasiłków pieniężnych i 8) aby wykazywały koszta lekarzy oddzielnie od kosztów kontroli chorych, — nie są wprawdzie w projekcie ustawy uwzględnione, ale mogą być wypełnione w drodze rozporządzeń ministeryalnych.

Zadaniem »Związku państwowego« będzie: 1) wymódz, aby dobrowolne przystępowanie do Kas chorych zostało zupełnie zniesione; 2) przeprowadzić zmianę ustawy o regestrowanych pomocniczych Kasach w kierunku, przez lekarzy żądanym (t. j. by ograniczyć świadczenia tych Kas dla członków, mogących opłacić lekarza, tylko do zasiłków pieniężnych w chorobie (Krankengeld); 3) zapewnić, by ustawa przyznała Izbom lekarskim na sprawy ubezpieczenia wpływ należyty. Osiągnięte dotąd w tej sprawie przez »Związek« wyniki, powinny zachęcić do przystąpienia do organizacyi wszystkich lekarzy, jacy jeszcze poza nią pozostali. Jestto tem ważniejsze, że nietylko trzeba wymódz uwzględnienie w ustawie powyżej wspomnianych, dotąd pominiętych słusznych żądań, — ale że i to, co dotąd uzyskano od rządu, trzeba będzie uchronić jeszcze w parlamencie od zmian na naszą niekorzyść. A niebezpieczeństwo w tym względzie jest znaczne, gdyż Kasy chorych nie ustaną w staraniach, aby utrzymać dotychczasowy stan, dla lekarzy tak szkodliwy i krzywdzący. Niebezpieczeństwo to odeprzeć może tylko potężna, cały ogół lekarzy obejmująca organizacya.

Oprócz punktów, bezpośrednio odnoszących się do wspomnianych powyżej żądań »Związku«, zawiera projekt ustawy jeszcze pewne postanowienia, żywiej lekarzy obchodzące. Tu należy n. p. przepis, że Kasy chorych są obowiązane do wynagradzania lekarzy, spieszących z pomocą w nagłych przypadkach; wypełnia tu słuszne, a dawniej już podnoszone żądania. W pewnych razach będzie, według projektu ustawy, wolno Kasom chorych wypłacać swym członkom zwiększone zasiłki (Krankengeld) zamiast dostarczania bezpłatnej pomocy lekarskiej; postanowienie to w pewnych warunkach (n. p. przy walce z Kasami o poprawę wynagrodzenia) może być dla lekarzy bardzo niekorzystne. Ważne jest także projektowane w ustawie utworzenie urzędów powiatowych dla spraw ubezpieczenia (Bezirksstellen für Sozialversicherung, §§ 18—24), czemu Kasy chorych gwałtownie się sprzeciwiają, jako ograniczeniu swej dotychczasowej zupełnej autonomii (która lekarzom aż nadto dała się już we znaki). I te również punkta musi obecnie organizacya lekarzy podtrzymać, o ile są korzystne, a zwalczyć, o ile są szkodliwe dla lekarzy. *R.*

Projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, przedłożony przez rząd austr. Izbie Panów, zawiera następujące główne postanowienia: Obowiązkowi donoszenia podlegają: mór, cholera, ospa, dur plamisty, trąd, żółta gorączka, dur powrotny, dur brzuszny, czerwonka, płonica, błonica, nagminne zapalenie opon, wąglik, nosacizna, wścieklizna i przypadki pokąsania przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. Oprócz tego może ministerstwo zarządzić obowiązek donoszenia o innych jeszcze chorobach, gdyby szerzyć się poczęły w sposób groźny. O każdym przypadku donosić należy naczelnikowi gminy; obowiązek donoszenia ciąży na wezwanych do chorego lekarzach, zawodowych dozorcach chorych, właścicielach hoteli i zajazdów, przełożonych szkół i ochronek, głowach rodziny, właścicielach domów, oglądaczach zwłok. O ile gmina nie jest władzą polityczną, ma naczelnik gminy zrobić zaraz doniesienie do odpowiedniej władzy politycznej (w przypadkach moru, cholery, ospy i duru plamistego telegraficznie lub telefonicznie). Wszystkie władze i korporacye publiczne mają obowiązek, w granicach swego zakresu działania, starać się wszelkimi środkami, jakimi rozporządzają, o takie zarządzenia i urządzenia, które mogą zapobiedz powstawaniu i szerzeniu się chorób zaraźliwych. Rozporządzenie ministerstwa oznaczy, przy jakich chorobach mają być chorzy odosobnieni. Przedmioty i mieszkania, mogące być źródłem zarazy, podlegają odkażeniu; jeżeli ono jest niemożliwe lub w porównaniu do wartości przedmiotu zbyt kosztowne, to przedmiot zakażony może być zniszczony. Mieszkańcom tych domów lub miejscowości, gdzie wystąpiła choroba zaraźliwa, może być zakazany wstęp do szkół i ochronek. Z takich domów lub miejscowości, gdzie wystąpiła cholera, ospa, mór, dur brzuszny, czerwonka, płonica lub błonica, może być wywóz środków żywności zakazany lub ograniczony. Zwłoki zakaźne powinny być jak najspiesznej przeniesione do trupiarni (w danym razie przymusowo). Przy pojawieniu się choroby, podlegającej obowiązkowi donoszenia, mogą być zakazane jarmarki, uroczystości i t. p. zgromadzenia większej liczby ludzi, zamykane szkoły i ochrony. Domy, w których znajdują się chorzy, mogą być odpowiednio widocznie oznaczane, może też być zarządzone opróżnienie, nawet przymusowe, domów i mieszkań, gdzie zaszedł przypadek choroby zakaźnej, wstrzymanie obrotu (handlowego i t. p.) przedmiotami, mogącymi przenosić zarazę. W drodze rozporządzenia mogą być oznaczone środki zapobiegawcze w zakresie urządzeń komunikacyjnych (kolei i t. p.). Za przedmioty uszkodzone przy odkażaniu lub zniszczone wypłacane będzie odszkodowanie osobom prywatnym; publicznym korporacyom lub funduszom odszkodowanie w takich razach nie przysługuje. Gdyby lekarz, powołany w publicznej służbie sanitarnej do współdziałania przy zwalczaniu choroby zakaźnej (»podlegającej obowiązkowi donoszenia« — wyrażenie stałe w projekcie ustawy), stał się przytem niezdolnym do pracy lub zmarł, wówczas należeć się będzie pensya taka, jaka należy się urzędnikowi państwowemu IX rangi (lub jego rodzinie) po 10-letniej służbie. — Niedopełnienie obowiązku donoszenia karane będzie przez władzę polityczną grzywną do 600 k. lub aresztem do 2 miesięcy. Czyny i zaniedbania, naruszające przepisy (rozporządzenia), wydane na zasadzie ustawy, karze władza polityczna grzywną do 1000 k. lub aresztem do 3 miesięcy. W ustawie karnej ma być wprowadzony nowy § 393: Ktoby stał się winnym czynu lub zaniedbania, co do których mógł przewidzieć, że mogą one wywołać rozszerzenie się choroby zaraźliwej i przez to narazić na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie człowieka, będzie karany za przekroczenie grzywną od 10 do 1000 k., lub aresztem od 3 dni do 3 miesięcy; jeżeli zaś wskutek czynu wynikło ciężkie obrażenie ciała lub śmierć człowieka, będzie karany według § 335 u. k. Jeżeli zaś czyn taki był spełniony w szczególnie niebezpiecznych okolicznościach, to zastosowana ma być kara z §§ 337 i 432 u. k. (6 miesięcy do 2 lub 3 lat więzienia). [Wiadomości powyższe, podane przez wiedeńską prasę polityczną, są, jak się zdaje, bardzo tylko pobieżnem streszczeniem projektu ustawy]. — »Kuryer lwowski« (Nr 550) podnosząc, że ustawę ułożono bez zasięgnięcia opinii Izb lek., Wydziałów lek., autonomicznych zarządów krajów i gmin, sądzi, że projekt ustawy należy jeszcze ze względu na interes kraju dokładnie zbadać, aby na czas, zanimby został uchwalony w parlamencie, uzyskać w nim zmiany, gdyby się okazały potrzebne. Przypominając, że sprawa ta była poruszana w krakowskiem Towarzystwie lek., w Izbie lekarskiej i Towarzystwie higienicznem we Lwowie, na Zjeździe galic. lekarzy rządowych, w »Przeglądzie lek.« i »Głosie lekarzy« i że Towarzystwo lekarskie krakowskie starało się u Namiestnictwa (bezskutecznie) o zwołanie w tej sprawie krajowej ankiety, wyraża »Kuryer lwowski« zdanie, że ankieta taka jest niezbędną i porusza myśl, aby ankietę taką zwołało albo Towarzystwo lekarskie krakowskie na własną rękę, albo, by się nią zajął Wydział krajowy]. *R.*

Wodę utlenioną (*hydrogenium hyperoxydatum solutum*) mają odtąd apteki (rozporz. ministerstwa spraw wewn. z 10. X. 1908, L. 22.930) z perhydrolu przyrządzać, biorąc tyle razy po 3·3 gr. perhydrolu na 100 gr zapisanego rozczynu, ile odsetków zapisano w recepcie. (Por. »Przegląd lek.« 1908, Nr 26, artykuł mg. f. Bankego). *R.*

Trybunał państwowy w Lipsku wydał wyrok zasadniczego dla lekarzy znaczenia. W r. 1903 wstrzymali lekarze kasy chorych w Gera swe czynności, ponieważ zarząd kasy chorych chciał na równi z nimi postawić partacza (Naturheilkünstler). Zarząd kasy nie zapłacił strejkującym lekarzom należącego się im wynagrodzenia zaległego; lekarze zwrócili się do sądu, a obecnie, po 5 latach, sprawę wygrali. Wyrok uzasadnił Trybunał państwowy tem, że lekarze działali w obronie swych uprawnionych interesów i dlatego mieli prawo wstrzymać swe czynności. *R.*

Związek lipski, olbrzymia organizacya zawodowa lekarzy niemieckich, przeprowadziwszy zwycięzko walkę z kasami chorych i uzyskawszy znaczne zwiększenie dochodów lekarzy kas, stanął w ostatnich czasach do walki z Towarzystwami ubezpieczeń. Walka ta jednak idzie o tyle trudniej, że wśród ogółu lekarzy nie objawia się ta energia i solidarność, o jaką mógł się Związek oprzeć w walce z kasami chorych. Rzecz stanęła mianowicie tak, że z lekarzy Towarzystw ubezpieczeń w Niemczech wielu jest zadowolonych i z honoraryów i ze stosunku ze swem Towarzystwem; nie odczuwa więc potrzeby zrywania tego stosunku, zwłaszcza, że Towarzystwa ubezpieczeń niedawno bardzo znacznie podniosły płace i honorarya swych lekarzy. (Münch. med. Wochenschrift 45). *R.*

Braki w wykształceniu społeczno-lekarskiem słuchaczy medycyny i młodych lekarzy omawiano na międzynarodowym Zjeździe dla spraw ubezpieczeń. Liczni mowcy przemawiali za obowiązkowem wprowadzeniem tej nauki przez dwa półrocza studyów na wszechnicy, do czego naturalnie koniecznem jest stworzenie odpowiednich katedr uniwersyteckich, a nawet oddziałów klinicznych. *X.*

Nad ustawą przeciw partactwu toczyć się mają w pruskiem ministerstwie w b. m. obrady »deputacyi naukowej« z udziałem delegatów 12 Izb lekarskich pruskich. *R.*

Reklamowanie przetworów, często na to niezasługujących, zapomocą artykułów »naukowych«, pisanych na zamówienie fabryki, zajmujące teraz żywo prasę lekarską niemiecką, znajdzie się obecnie także przed sądem. Dwie wielkie fabryki kawy sztucznej »Kaffe-Handels-Aktien-Gesellschaft« w Dreznie i »Kathreiners Malzkaffefabrik« w Monachium, toczą ze sobą ogromną walkę konkurencyjną. Dyrektor fabryki bremeńskiej zarzuca między innemi fabryce monachijskiej, że reklamuje swoją kawę w sposób niezupełnie uczciwy, bo przez pismo »Zeitschrift für neuere physikalische Medizin«, które poprostu niewolniczo stoi na usługach fabryki. Zarzut ten będzie właśnie przedmiotem dochodzeń sądowych. *X.*

Bezwartościowe przetwory coraz częściej zdarzają się wśród »nowych«, wszelkimi godziwymi i mniej godziwymi sposobami reklamowanych »leków«, którymi zasypuje rynki handlowe i lekarzy przemysł chemiczny niemiecki. Aby temu zapobiedz, a niesumiennej reklamie kres położyć, odzywa się w kołach lekarskich niemieckich coraz silniej żądanie, by założono centralny urząd badania nowych przetworów, np. przy ces. Urzędzie zdrowia. *R.*

Ustawy państwowej przeciwgruźliczej domaga się wniosek Dra Arninga i Bassermanna, przedstawiony parlamentowi niemieckiemu. *R.*

Stosunki higieniczne szkół warszawskich początkowych przedstawiają się według Dra Tchórznickiego (*Kur. Warsz.* 307) nader smutno. 41% szkół mieści się w domach nieskanalizowanych. Nigdzie niema spluwaczek. W 21% szkół niema w szatni wodociągów; wodę trzeba przynosić w konewkach. Umywalni, ręczników, mydła nigdzie niema. W 55% szkół właściciele domów nie dopuszczają dzieci do sal przez schody frontowe. Na czyszczenie szkoły przeznaczono po trzydzieści rubli rocznie. Przewietrzacze (oberlichty) są wprawdzie w 70% szkół, ale nie bywają otwierane, bo na to trzebaby wspinać się na okno. W przeważnej części szkół jest przepełnienie do 20%, wskutek tego ciasno, duszno i brudno. Na zażalenia nauczycieli i lekarzy odpowiada magistrat, że niema pieniędzy na poprawę tych stosunków. Wobec tego jedynem wyjściem jest, zdaniem Dra T., otwarcie drugich dwustu szkół za pieniądze obywatelskie, t. j. z ofiar społeczeństwa. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 21. XI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. pow. Brzeżany (Chorobrów 2, Augustówka 1), Buczacz (Trościaniec 1, Krasiejów 1), Jaworów (Kobylnica ruska 2), Kałusz (Nowica 8), Lwów pow. (Biłka królewska 1), Nadwórna (Zielona 1), Podgórze (Podgórze 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14. do 21. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 3; zmarło osób 59 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 9 (5), zapalenia płuc 6 (1), błonicy — (—), płonicy 1 (—), odry 4 (1), duru brzusznego 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 21. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, płonicy 7 † 1 (2 † —), odry 61 † 4 (1 † 1), duru brzusznego 7 † 3 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. do 21. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 34 † 4 (5 † —), odry 1, duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 1 † 1 (—). *Dr Tatarczuch.*

Cholera w Rosyi. Od 18. do 25. X. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 1,048 († 552), t. j. o 523 († 267) mniej niż w poprzednim tygodniu. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 25. XI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Cetnarowski przedstawił przypadki operowane brodawczaka jajowodów, obustronnych torbielaków jajnika obok ciąży, oraz pacyentki, u których stosowano wczesne wstawanie po laparotomiach, Dr Friediker operowany przypadek krwiaka śródmacicznego (*haematocolpos et haematometra*) niezwykłych rozmiarów, Dr Schlank przypadek hebosteotomii, a Prof. Rosner mówił o »*hypertensio gravidarum*«. W dyskusyach przemawiali: Dr H. Hirsch, Friedman, Przybylski, Surzycki, Wachtel, Wojciechowski i prelegenci.

— Ściślejsze współdziałanie przedstawicieli poszczególnych działów medycyny zostało u nas przez X. Zjazd lekarzy i przyrodników, odbyty we Lwowie, wprowadzone na pomyślne tory. Oprócz bowiem przygotowującego się na zasadzie uchwał lwowskich Zjazdu internistów, zbliża się do urzeczywistnienia Zjazd Towarzystwa okulistów polskich, założonego na Zjeździe lwowskim. Zjazd ten ma się odbyć w Krakowie. W tym celu rozesłał r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz do okulistów polskich zapytania, zmierzające do ustalenia terminu i programu Zjazdu.

— Przed Radą honorową Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła się 20. XI. 1908 rozprawa przeciw Dr. S. z W., który w drukowanej i rozpowszechnianej odezwie obraził Dra L. z X., reklamując się sam w sposób niewłaściwy. Po wysłuchaniu stron i po naradzie Rada honorowa uznała Dra S. winnym wykroczenia przeciw godności stanu lekarskiego z § 34. II a. i udzieliła mu nagany, przyjmując przy wymiarze kary jako łagodzącą okoliczność, że poraz pierwszy staje jako oskarżony przed Radą honorową. Dr S. wyrok przyjął.

— Rada wyznaniowa gminy izraelickiej uchwaliła budowę jubileuszowego szpitala izr. dla dzieci chorych zakaźnie, na którego utrzymanie przeznaczyła 4000 koron rocznie. Szpitalik zakaźny na 20 łóżek, stanie przy ul. Skawińskiej obok szpitala izraelickiego.

— Towarzystwo »Biblioteka uczniów Wydziału lekarskiego« w Krakowie, miało w r. 1907/8 389 członków zwyczajnych (słuchaczy medycyny), zaledwo więc około 30 słuchaczy medycyny do pożytecznej tej instytucyi nie należało. Dochody wynosiły 6313·78, rozchody 4463·32 koron. Obrót »Księgi pośrednictwa«, przez którą 254 członków nabyło na własność na spłaty 672 dzieł, dobiegł sumy 9847·92 kor. Wypożyczalnię wzbogacono 167 dziełami. Towarzystwo wydało skrypta wykładów biologii (175 arkuszy), zreformowało swą administracyę i czyni starania o założenie »Bratniej pomocy medyków«, na którą zebrano już 1617·59 kor. Prezesem Towarzystwa był p. Wiktor Giełczyński, kuratorem Prof. Dr Browicz. Na rok 1908/9 wybrani zostali do zarządu na Walnem Zgromadzeniu w dn. 16. XI. b. r.: Włodzimierz Topór Zbyszewski (prezes), Witold Władysław Łaszczyński (wice-prezes), Antoni Schröder (skarbnik), S. Hodbod (sekretarz I.), J. Glatzel (sekretarz II.), K. Missona, S. Przychocki,

B. Łach, R. Wicherek; do komisyi kontrolującej: W. Giełczyński (przewodniczący), J. Olbrycht (zastępca przewodn.), A. Wiktorczyk, Z. Czarnek.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Aleksander Oszacki, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył 6. XI. b. r. posiedzenie, na którem po przesłuchaniu Dra F. wydano orzeczenie w sprawie zażalenia Dra F. przeciw postanowieniu Wydziału krajowego.

— Kursa dla lekarzy, urządzone przez Wydział lekarski, rozpoczynają się 1. XII. b. r. W zeszłym tygodniu dobiegła liczba zgłoszonych uczestników już 23; najliczniej zapowiadają się kursa bakteryologii, położnictwa, chorób wewnętrznych i chorób dzieci. — 23. XI. b. r. odbył się w klinice lekarskiej uroczyście, w obecności rektora, dziekana, grona profesorów i wielu lekarzy, pierwszy wykład Prof. Jurasza.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, prym. Dr Wilhelm Pisek, mianowany został członkiem korespondentem »Spolku lekarů českych« w Pradze.

— Na wzór »Domów akademickich«, istniejących we Lwowie i w Krakowie dla słuchaczy uniwersytetu, podjęto we Lwowie myśl założenia »Domu studentek«. W tym celu zawiązało się »Towarzystwo polskiego domu im. E. Orzeszkowej dla słuchaczek szkół wyższych we Lwowie«.

Warszawa. Prezesem Towarzystwa »Higiena praktyczna im. B. Prusa« wybrany został Prof. Dr J. Kosiński.

— Lekarze kolei wiedeńskiej urządzili 23. XI. b. r. obchód jubileuszowy Dra Stanisława Markiewicza, naczelnego lekarza tej kolei, założyciela i prezesa kolonii letnich dla dzieci. O jubileuszu tym donosiliśmy w swoim czasie.

— W r. z. ministerstwo oświaty poruszyło sprawę oddania warszawskiej szkoły felczerskiej w zawiadywanie ministerstwa spraw wewnętrznych, t. j. przejęcie jej przez Radę Dobroczynności publicznej, na co też ta Rada się zgodziła. Wraz z objęciem szpitali przez miasto, przeszła i ta sprawa do magistratu, który jednak uchwalił obecnie: szkoły felczerskiej w zarząd miasta nie przejmować, a założyć z funduszów miejskich szkołę dozorców chorych.

— Miejski Wydział dobroczynności przedstawił sprawozdanie z całorocznej działalności w zakresie szpitalnictwa na posiedzeniu plenarnem w d. 17. X. b. r., odbytem z udziałem zaproszonych lekarzy. Objąwszy przed rokiem szpitale w stanie bardzo opłakanym, zapłacił magistrat ich główne długi i pokrył utrzymanie do końca r. 1907, wydając na to 800,000 rb. W r. b. wyznaczono na szpitale w budżecie miejskim przeszło milion rubli, z czego 100.000 na odnowienie budynków. Gospodarkę szpitalną rozpoczęto porządkować, polepszono żywienie chorych; zdąża się do reformy Domu wychowawczego, ochronnego szczepienia krowianką; podniesiono wynagrodzenie SS. Miłosierdzia i pomnożono ich liczbę. Poprawa gospodarki sprawiła, że z opłat za leczenie ściągnięto w r. 1908 dwa razy więcej, niż preliminowano, mianowicie 194,331 rb. zamiast 72,735, z podatku szpitalnego do 25% więcej. Za drugą, a ważniejszą część swego zadania uważa magistrat systematyczne ulepszenie szpitalnictwa według planu, opracowywanego przez osobną komisyę pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego.

— Z zapomogi kasy Mianowskiego wyszło staraniem Dra Jana Tura dzieło Prof. Józefa Nusbauma p. t. »Zootomia praktyczna«.

— W »Czasopiśmie lek.« (10) porusza Dr Biegański w artykule p. t. »Co i jak lekarz czytać powinien« myśl zorganizowania rozprzedaży dzieł lekarskich na spłaty przez Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie.

Z różnych stron. W dniu 6. (19) XI. b. r. obchodzili 25-letni jubileusz profesor anatomii w wojskowej Akademii lekarskiej Dr Jan Szawłowski i Dr Cypryan Zakrzewski. W imieniu »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« składali jubilatom życzenia: prezes Prof. Stan. Zaleski, wiceprezes Prof. J. Ziemacki i sekretarz Doc. Sowiński. Do życzeń tych dołączamy ze swej strony szczere »ad multos annos!«

— Nagroda Nobla za prace na polu medycyny ma być w tym roku, jak podają dzienniki, rozdzielona między Prof. Miecznikowa i Prof. Ehrlicha.

— Do wiedeńskiej kliniki Prof. Eschericha dostał się z Taszkentu przypadek w Europie dotąd nieznanej, egzotycznej choroby »kala-azar«, którą dotąd spostrzegano tylko w Indyach zachodnich.

— »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, wystosował do L. hr. Tołstoja adres jubileuszowy (ogłoszony w »Kraju« Nr 244). Hołdowi temu zarzucił ks. Czeczott (»Kraj« Nr 250) pewną przesadę, co skłoniło znów prezesa »Związku«, Prof. Dra Zaleskiego, do odpowiedzi (»Kraj« Nr 258), wywodzącej, że adres »Związku«, złożony znakomitemu pisarzowi, był raczej za blady, niż za jaskrawy.

Mianowani: Dr Aleksander Majewski starszym lekarzem sztabowym; Dr H. Ortyński lekarzem sztabowym; Dr T. Koźniewski asystentem przy katedrze farmakologii w Krakowie; Prof. Kreibich zwycz. profesorem dermatologii na niemieckim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Stanisław Wokulski w 36 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Biblioteki uczniów Wydziału lek. w Krakowie za r. 1907/8. — Klecki i Wrzosek: O przechodzeniu do moczu mikrobów we krwi krążących. Akad. Umiej. 1908. — S. Filipkiewicz: 1) Tabes u. Syphilis. »Pester med.-chir. Presse« 1907. 2) Etyologia i wyniki leczenia rwy kulszowej na podstawie 1023 spostrzeganych przypadków. »Gaz. lek.« 1908. 3) O niektórych zaburzeniach czucia skóry, spostrzeganych również na tle skazy dnawej i gośćcowej. »Przegl.« 1908. — Chądzyński: Le principe du massage dans le traitement des uréthrites. »Progrès med.« 1908. — R. c. Dr E. Krzyżanowski: »O poznawaniu zafałszowanych pokarmów i napojów. »Przegl. hig.« 1908. — Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach... przy Warsz. Towarzystwie lekarskiem za czas od 1858—1907. (Sprawozdanie) Warszawa 1908.

Zapiski bibliograficzne: Dr M. T. Schnirer, redaktor »Klinisch-therapeutische Wochenschrift« w Wiedniu: **Medizinal-Index und therapeutisches Vademecum.** Rocznik XI., 1908. — Kalendarzyk Dra Schnirera zjednał sobie trwałe powodzenie, czego najlepszym dowodem jest to, iż obecnie rozpoczyna drugie dziesięciolecie wydawnictwa. Rocznik bieżący wzbogacony został rozdziałami »O kosmetyce« i »O leczeniu surowicami«. W innych rozdziałach przeprowadzono zmiany, odpowiadające postępowi medycyny praktycznej. Na uwagę zasługuje też rozdział »Nowe nazwy zawodowe«, w którym znajdują się objaśnienia nowszych nabytków terminologii lekarskiej. Tym, którzy zaopatrują się także w kalendarzyki niemieckie, odda »Medizinal-Index« Dra Schnirera niewątpliwie dobre usługi. *Z.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. listopada o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Kol. Gliński: Demonstracya okazów anatomiczno-patologicznych. 2) Kol. Cetnarowski: O pęknięciach macicy wśród ciąży (z przedstawieniem preparatów).


· ODZNACZENIA ·
KRAKÓW - LWÓW - PARYŻ - WIEDEŃ

Rok XLVII. Kraków, dnia 5. grudnia 1908. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

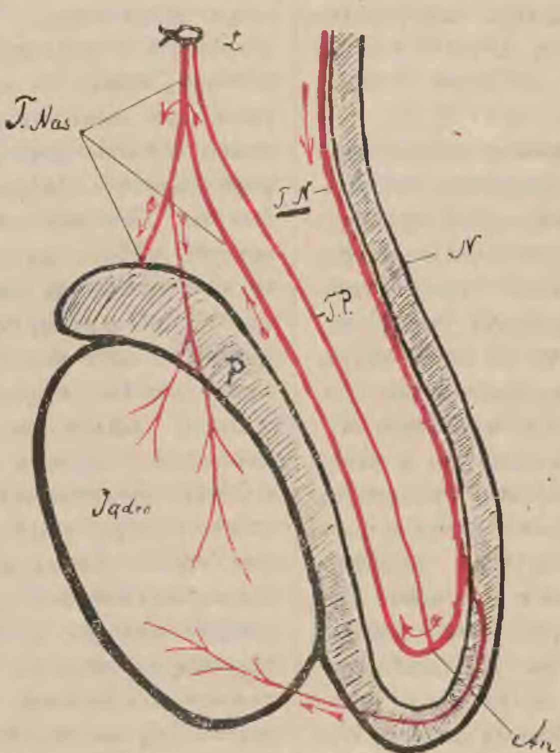
Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. Kader.

Dalsze doświadczenia z wycinaniem naczyń powrózka nasiennego przy doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej.

Podał
Dr Radliński.

Rok temu ogłosiłem w »Roczniku lekarskim« (1907, T. 1, Zesz. III) wyniki moich badań nad unaczynieniem tętniczem powrózka nasiennego i jądra, i zaproponowałem opartą na tych wynikach odmianę doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, oraz żylaków powrózka nasiennego. Odmiana polega na wycięciu wszystkich naczyń krwionośnych powrózka oprócz t. nasieniowodowej (*a. deferentialis*), która przy wyosobnieniu na tępo nasieniowodu z pomiędzy składników powrózka, zawsze pozostaje w związku z nasieniowodem. Że z zachowaniem pewnych warunków tętnica ta wystarcza do odżywiania jądra, wykazały moje badania anatomiczne, których wyniki w głównych zarysach tu powtórzę.

Jądro i powrózek nasienny otrzymują krew z 3 tętnic, a mianowicie: 1) z t. nasiennej wewnętrznej (*a. sperm. int.*) od tętnicy głównej, 2) z tętnicy powrózka nasiennego (*a. funicularis*) od t. nabrzusznej dolnej (*epigastr. inf.*) i 3) z t. nasieniowodowej (*a. deferentialis*) — od t. pęcherzowej (*a. vesicalis*) (z układu t. podbrzusznej — *a. hypogastrica*). Z tych tętnic bezpośrednio do miąższu jądra i do najądrza idzie tętnica nasienna wewnętrzna, prócz tego ma t. nasieniowodowa gałązki końcowe, rozgałęziające się w dolnym biegunie jądra. T. powrózkowa (*a. funicularis*) bezpośrednio do jądra nie dochodzi, dosięga jednak swemi gałęziami końcowemi do poziomu ogona najądrza. T. nasienna wewnętrzna dzieli się o jakie 2 ctm ponad górnym biegunem jądra na swe główne gałęzie, z których dwie idą do miąższu jądra, a jedna przebiega wzdłuż (gałąź najądrzowa) najądrza i u dolnego jego końca łączy się szeroką gałęzią z t. nasieniowodową. Do tej anastomozy wpada również znaczna końcowa gałąź t. powrózkowej. Pomieniona anastomoza 3 tętnic jest tak duża i stała, że po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej powyżej jej rozdziału zawsze w całym miąższu jądra znajdowałem masę injekcyjną, wprowadzoną czy to przez t. powrózkową, czy przez t. nasieniowodową. Przebieg tej masy szedł od końca tętnicy nastrzykiwanej przez anastomozę w górę przez gałąź najądrzową t. nasiennej wewnętrznej aż do miejsca podziału i stąd, wskutek przewiązki pnia głównego, znów w dół do gałęzi miąższowych. W ten sposób również dla krwi jest zupełnie zapewniony dostęp do całego miąższu jądra po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej ponad jej podziałem, (ob. rysunek), mianowicie od tętnicy powrózkowej lub nasieniowodowej drogą wyżej opisaną przez anastomozę, i — dalej gałęzie końcowe t. nasiennej. T. powrózkowa w sprawie nas tu obchodzącej żadnej roli nie odgrywa, gdyż ulega podwiązaniu przy wycinaniu naczyń na równi z tętnicą nasienną wewnętrzną. Natomiast swoistą i ważną jest rola t. nasieniowodowej. Tętnica ta posiada bowiem, poza opisanym stosunkiem do unaczynienia miąższu jądra, jeszcze jedną ważną właściwość, a mianowicie przy wydzielaniu na tępo nasieniowodu z pośród składników powrózka nasiennego, zawsze pozostaje w związku z nasieniowodem, stanowiąc z nim razem, z żyłami i gałązką nerwową ściśle związany »pęczek nasieniowodowy«. — Pęczek nasieniowodowy, jak to widać na przekrojach poprzecznych powrózka nasiennego, stanowi osobną grupę składników powrózka, związaną w jedną, trudno rozdzielną całość przez tkankę łączną, znacznie gęstszą, niż ta, którą składniki sąsiednie są że sobą związane.



Objaśnienia do rysunku.
P — najądrze.
N — nasieniowód.
T. N — t. nasieniowodowa (*a. deferentialis*).
T. P. — t. powrózkowa (*a. funicularis*).
T. Nas. — t. nasienna wewn. (*a. spermat. inter.*).
An. — anastomoza.
L. — przewiązka.

Korzystając z tych dwóch właściwości tętnicy nasieniowodowej, mianowicie, że zdoła ona zapewnić dopływ krwi do jądra po podwiązaniu t. nasiennej wewnętrznej, o ile to podwiązanie nastąpiło ponad podziałem jej na gałęzie końcowe, a więc nie niżej, jak o 2 ctm — praktycznie: 2 palce poprzeczne — ponad górnym biegunem jądra, i dalej, że przy wyosobnianiu na tępo nasieniowodu z powrózka nasiennego tętnica nasieniowodowa zawsze pozostaje z nim w związku i razem z nasieniowodem może być bardzo łatwo i bez szczególnych poszukiwań zachowana, przychodzimy do ułatwienia operacyi żylaków powrózka nasiennego (*varicocele*) i wymienionej na wstępie odmiany operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej.

Przy operacyi żylaków powrózka nie potrzebujemy sobie zadawać trudu, często bezowocnego, z wyszukiwaniem w splotach żylnych tętnicy nasiennej wewnętrznej; wystarcza w zupełności wyosobnić na tępo nasieniowód, i wszystkie pozostałe naczynia możemy na przestrzeni 4 – 5 ctm i więcej wyciąć po podwiązaniu ich w jednym, albo w dwóch pęczkach u góry i u dołu, bacząc tylko na to, by dolna podwiązka nie leżała niżej, niż o 2 palce ponad górnym końcem jądra. Kikuty naczyń zbliżamy i związujemy pozostawionymi długimi końcami podwiązek (katgut), przez co otrzymujemy uniesienie jądra do góry. Z powodu trudności wynajdywania t. nasiennej, była ta odmiana operacyi już i dawniej bez dokładniejszego uzasadnienia anatomicznego podana przez Benneta. Ostatni rok dał nam sposobność wykonania jej tylko raz jeden (z wynikiem pomyślnym).

Przy operacyi przepukliny pachwinowej zastosowanie resekcyi naczyń powrózka nasiennego sprowadza do minimum tę przeszkodę, jaką dla wszelkich metod operacyjnych stanowi powrózek nasienny. Sprowadziwszy cały powrózek nasienny, po wycięciu wszystkich jego naczyń, w obrębie kanału pachwinowego, do grubości samego nasieniowodu, operujemy tak niemal, jakby po wytrzebieniu.

Operując metodą Bassiniego, postępujemy w ten sposób, że po odszukaniu, wyosobnieniu i zrewidowaniu wewnątrz worka przepuklinowego, przekłuwamy go u samej podstawy szwem jedwabnym, podwiązujemy i puszczamy wolno, przyczem kikut chowa się w otworze wewnętrznym kanału pachwinowego. W polu operacyjnem pozostaje powrózek nasienny, oddzielony od worka i jego osłon (*cremaster, tun. communis*). Teraz z powrózka wyosobniamy na tępo nasieniowód, wypchnąwszy go po ujęciu powrózka między palce, na brzeg. Udaje się to zawsze łatwo i po takiem tępem wydzieleniu nasieniowodu możemy być pewni, że tętnica nasieniowodowa została zachowana. Przy uważnem oglądaniu wyosobnionego nasieniowodu łatwo się zresztą przekonać, że wzdłuż niego biegną cienkie naczynia krwionośne — tętnica i żyłki. Wyosobnienia nasieniowodu dokonywamy na przestrzeni kanału pachwinowego od otworu wewnętrznego do zewnętrznego, a więc około 5—6 ctm; wszystkie inne naczynia krwionośne powrózka podwiązujemy przy otworze wewnętrznym kanału i przecinamy pod przewiązką, zabezpieczywszy się od krwawienia obwodowego również przewiązką albo kleszczykami tętniczemi. Widzimy, jak kikut naczyniowy chowa się, podobnie jak worek, poza szczelinę w mięśniach, stanowiącą otwór wewnętrzny kanału pachwinowego. Nakładamy teraz podwiązkę przy dolnym końcu rozszczepienia powrózka nasiennego znów na wszystkie naczynia, prócz nasieniowodu, i naczynia te odcinamy ponad podwiązką. Jak zaznaczyłem, dolna podwiązka przy tej operacyi powinna przypadać zaraz pod poziomem zewnętrznego otworu kanału pachwinowego, a w żadnym razie nie leżeć niżej, niż na 2 palce ponad górnym biegunem jądra. Należy na to bacznie uważać, szczególnie w tych przypadkach, gdzie tępe rozszczepienie powrózka na nasieniowód i naczynia pozostałe, bardzo łatwo się odbywające, posunęło się ku dołowi dalej, niż to jest konieczne, co często może się zdarzyć. Powstający w tych razach po wycięciu naczyń wolny kikut naczyniowy, zwykle przyczepiamy jednym szwem z cienkiego katgutu do dna rany, aby nie opadał w dół i miał położenie prawidłowe. Do nasieniowodu przyczepiać go nie wolno, ponieważ możnaby przy tem ująć w pętlę szwu któreś z naczyń, na nim przebiegających, coby teraz już mogło mieć skutki niepożądane. Po usunięciu naczyń powrózka i resztek osłonek (*cremaster, tunica communis*), (które to resztki możemy usunąć teraz znacznie łatwiej i dokładniej, nie obawiając się skaleczenia naczyń powrózka i przez to uzyskać ładny i wyraźny obraz anatomiczny mięśni brzusznych, potrzebnych do operacyi), przystępujemy do zaszywania kanału pachwinowego, sposobem, podanym przez Bassiniego. I tu dopiero przy zakładaniu pierwszego piętra szwu — pomiędzy mięśniami skośnym wewnętrznym i poprzecznym z jednej i więzadłem Pouparta z drugiej strony, — widzimy, że otwór potrzebny dla przepuszczenia nasieniowodu z jego naczyniami w górnym końcu tej linii szwu jest tak mały, że równa się niemal prawidłowemu odstępowi pomiędzy dwoma szwami węzełkowymi. Wskutek cienkości nasieniowodu po wycięciu naczyń zakłada się to piętro szwu tak, jakby z powrózka nasiennego nic nie zostało, — jakby po trzebieniu. Do tej linii szwu stosuje się w klinice krakowskiej średni jedwab i szew węzełkowy. Drugie piętro szwu, łączące brzegi szczeliny w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego (katgut), zakłada się ponad nasieniowodem. W dolnym końcu tej linii szwu mały trójkącik, który pozostaje po zbliżeniu ostatnim dolnym szwem bez zbytniego napięcia nóżek powięzi, zupełnie wystarcza do przepuszczenia nasieniowodu. To, co wykonujemy przez dwupiętrowy szew ściany brzusznej w tym razie, nie jest, ściśle biorąc, wytworzeniem nowego, o dogodnym przebiegu, przez tłocznię brzuszną zaciskanego, a nie rozszerzanego kanału pachwinowego, niezbędnego dla powrózka — co stanowi myśl przewodnią sposobu Bassiniego; — jest to zupełne odbudowanie ściany mięsnej brzucha na kanale pachwinowym, takie, jak jest możliwe u kobiet lub po trzebieniu.

W ten sposób przy zakładaniu obu podstawowych linii szwu otwór do przepuszczenia pozostawionego z powrózka nasieniowodu i zarazem niebezpieczeństwo nawrotu z tego powodu sprowadzamy do minimum. Nie potrzebujemy również obawiać się, żeśmy powrózek zacisnęli szwami. Przy powrózku nasiennym całym — grubym i pulchnym — zaciśnięcie takie powstaje łatwo i uniknięcie go wymaga pewnej wprawy. Zaciśnięcie to wywołuje utrudnienie odpływu krwi żylnej, nie zmniejszając dopływu krwi tętniczej, i wiedzie po operacyi do znanego obrazu zastoju żyl-

nego w powrózku i obrzęku moszny i jądra. Po wycięciu naczyń powrózka zupełnie z tą okolicznością nie potrzebujemy się liczyć. I rzeczywiście doświadczenie poucza, że z obrzękami moszny po operacyi, ze stwardnieniami na przebiegu mosznowej części powrózka, tak częstemi po operacyi Bassiniego sposobem zwykłym, po zastosowaniu opisywanej odmiany prawie się nie spotykamy, chyba że wyosobnianie worka było trudne, nie szło na tępo, i wywołało powstanie znacznych obdartych, włoskowato-krwawiących powierzchni osłonek w mosznie. We wspomnianych tylko co przypadkach, w których worek przepuklinowy z trudem daje się wyosobnić z otoczenia, wskutek silnych z nim zrostów, zdarzyć się może, że powrózek nasienny jako całość lub też tylko nasieniowód ze swymi naczyniami (w razie rozrzuconego ułożenia składników powrózka dokoła worka, co bywa szczególnie przy przepuklinach wrodzonych) jest do worka silnie przyrośnięty i przy oddzielaniu krwawi. W tych razach nie możemy czasem być pewni, żeśmy naczyń krwionośnych pęczka nasieniowodowego nie uszkodzili, i w takich przypadkach radzę od resekcyi naczyń powrózka się powstrzymać. Naturalnie — wycięciu naczyń powrózka nic nie stoi na przeszkodzie, o ile przy takiem trudniejszem oddzielaniu powrózka od worka ulegną obrażeniu wyraźnie tylko żyły splotu wiciowatego *(plexus pampiniformis)*, i wydzielenie na tępo nasieniowodu z powrózka łatwo i gładko się uda. W każdym poszczególnym przypadku rozważamy tę okoliczność, i zwrócę tu uwagę, że zawsze, nawet już po rozdzieleniu powrózka na dwa pasma, o ile pęczek nasieniowodowy wydaje się nam niepewny, wycięcia naczyń możemy zaniechać. Ażeby być pewnym pęczka nasieniowodowego, zawierającego tętnicę, należy unikać zbyt dokładnego oddzielania i wypreparowywania nasieniowodu; — lepiej pozostawiać go owiniętym w cienką warstewkę przylegającej tkanki łącznej. W żadnym razie nie należy dopreparowywać się aż do samej osłony właściwej (*adventitia*) nasieniowodu, którą łatwo poznać po białawem zabarwieniu.

Z tego, co tu zaznaczyłem, wynika, że uszkodzenie przy zabiegu naczyń pęczka nasieniowodowego stanowi przeciwwskazanie do stosowania opisywanej odmiany operacyi przepukliny pachwinowej. Pomyślną jednak dla odmiany tej okolicznością jest, że uszkodzenie to zdarza się rzadko, np. na 26 przepuklin pachwinowych u 23 dorosłych mężczyzn (3 obustronne), operowanych doszczętnie w ciągu ostatniego roku szkolnego w klinice krakowskiej, można było przypuszczać to uszkodzenie tylko 3 razy i wtedy wycięcia naczyń zaniechano. Drugiem przeciwwskazaniem, jak to już zaznaczyłem w roku zeszłym, jest wiek poniżej lat 14—16, przed okresem zupełnego rozwoju jądra, nie wiemy bowiem, czy unaczynienie przez tętnicę jedną, wystarczające dla jądra rozwiniętego i ustalonego, byłoby również dostateczne w okresie rozwoju, i czy uszczuplenie bądź co bądź dopływu krwi — nie powstrzymałoby go lub nie upośledziło.

Z uwzględnieniem przeciwwskazań zaznaczonych, a więc wieku i uszkodzenia przy operacyi naczyń pęczka nasieniowodowego, omawiana odmiana operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej jest obecnie stale stosowana w klinice krakowskiej.

Przebieg pooperacyjny naszych 26 przypadków (u 23 chorych) z roku ubiegłego — a razem z już ogłoszonymi 32 — operowanych podanym tu sposobem z wycięciem naczyń powrózka nasiennego, był zupełnie pomyślny. Ze strony jądra nie spostrzegaliśmy ani razu żadnych zaburzeń, a co do obrzęku moszny i nacieku w obrębie mosznowej części powrózka, to, jak to wyżej zaznaczyłem, nie spotkaliśmy się zupełnie z temi drobnemi powikłaniami, pomimo, iż po operacyi umyślnie nie układaliśmy moszny wyżej zapomocą odpowiedniego opatrunku, jak to się zwykle robi i myśmy dawniej robili, a tylko puszczaliśmy ją wolno za siłą ciężkości, niewielkim opatrunkiem zabezpieczywszy samą tylko ranę

Jako zalety metody uważać należy:

1) Możność zupełnie szczelnego zamknięcia kanału pachwinowego, tak, jakby powrózka tam niemal zupełnie nie było. Pozostawianie w górnym rogu pierwszego piętra szwu mięśniowego otworu dla powrózka, otworu, który leżąc naprzeciw kikuta worka przepuklinowego, ułatwia mu ponowne wydłużanie się w kierunku mniejszego oporu w mięsnej ścianie brzusznej i powstawanie nawrotów — staje się zbytecznem. Dla samego nasieniowodu wystarcza tu pozostawienie takiej szczeliny, która odpowiada zwykłemu odstępowi szwu węzełkowego. Drugie piętro szwu mięśniowego (szew powięzi m. skośnego zewnętrznego) również możemy zakładać w dół do samego końca i przytem powięź samą, o ile jest wiotką, możemy ponad nasieniowodem sfałdować (szwami typu Lemberta), nie obawiając się ucisnąć powrózka.

2) Sprowadzenie tak ważnego i wymagającego uwagi przy operacyi przepukliny narządu, jak powrózek nasienny do rozmiarów nasieniowodu, ułatwia doprowadzenie obrazu anatomicznego mięśni ściany brzusznej, potrzebnych do szwu, do możliwej jasności i dokładności. Przez śmiałe usuwanie wszelkich zbytecznych resztek osłon (które się nieraz, tracąc na tej jasności, pozostawia, by tylko uniknąć wikłającego zabieg i późniejszy przebieg pooperacyjny — krwawienia z żył splotu wiciowatego, którego dokładne zatamowanie jest kłopotliwe) — uzyskujemy taką precyzyę warstw, którą znacznie trudniej otrzymać możemy, zachowując powrózek w całości.

3) Unikamy w znacznym stopniu, tak częstych po operacyi Bassiniego obrzęków moszny i jądra, oraz na tle zakrzepów powstających uporczywych stwardnień w obrębie mosznowej części powrózka. Powikłanie to, niezbyt wprawdzie poważne, zmusza operowanych do noszenia suspensoryum nieraz przez parę miesięcy i do stosowania odpowiedniego leczenia (maści, okłady). Obrzęk ten również, posuwając się po operacyi w górę wzdłuż powrózka nasiennego, rozpycha wytworzony przy operacyi kanał. Po przeminięciu obrzęku kanał okazuje się zbyt obszerny dla powrózka, co może sprzyjać nawrotom. Po wycięciu naczyń powrózka powikłanie to będzie znacznie rzadszem, ponieważ znika łatwość zaciśnięcia pulchnego splotu wiciowatego, przy zachowaniu dopływu krwi przez wszystkie 3 tętnice. Dla odpływu krwi, dostarczanej tylko przez t. nasieniowodową, są dostateczne zachowane wraz z nią i nasieniowodem żyły.

Pozostaje jedna jeszcze przyczyna powstania stwardnień w mosznie po operacyi, mianowicie włoskowate krwawienie z osłonek, powstające po trudnem wydzielaniu po-

zrastanego worka przepuklinowego. Temu nie zaradzi naturalnie wycięcie naczyń powrózka, a tylko dokładność w tamowaniu krwawień, której nigdy dość zalecić nie można.

Chcę tu zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność. Mianowicie, przy dużych przepuklinach jest kanał pachwinowy odpowiednio rozszerzony i górny kąt rozszczepienia mięśni brzusznych (pod powięzią m. skośnego zewnętrznego), leży daleko od górnego brzegu kości łonowej. W takich przypadkach, o ilebyśmy chcieli przepuścić nasieniowód przez sam górny koniec linii szwu pierwszego piętra, musielibyśmy dokonać silnego ostrokątnego niemal przegięcia nasieniowodu w miejscu pierwszego szwu. Przy powrózku w całości takie przegięcie poza zaciśnięciem splotu wiciowatego w dopuszczalnych granicach nie wywołuje upośledzenia dopływu krwi tętniczej, ponieważ splot wiciowaty odgrywa dla tętnic rolę poniekąd poduszki, zabezpieczającej od nacisku i zbyt ostrokątnego przegięcia. Natomiast postępowanie takie pozwala wydłużyć do najdalszych granic przebieg nowo wytworzonego kanału pachwinowego, co, jak wiemy, stanowi okoliczność pomyślną. Po wycięciu naczyń powrózka byłby nasieniowód przy takiem postępowaniu wystawiony na przegięcie zbyt gwałtowne z niebezpieczeństwem zaciśnięcia tętnicy i żył; należy go więc w tych razach przepuszczać nie w samym górnym rogu pierwszej linii szwu, ale o 1 lub 2 szwy niżej. Dokładne odbudowanie ściany brzusznej na miejscu kanału pachwinowego nic na tem nie traci.

Z oddziału II. w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

Badania nad czynnością układu tętniczego w stwardnieniu tętnic *(arteriosclerosis)*.

Podał

Kazimierz Rzętkowski, ordynator oddziału.

Jak wiadomo pomiędzy naczyniami jamy brzusznej, należącemi do obszaru naczynioruchowego nerwu trzewnego *(splanchnicus)*, a naczyniami obwodowemi powierzchni ciała istnieje pewien dosyć prawidłowy antagonizm. Jeżeli bowiem nastąpi skurcz naczyń trzewnych to wówczas naczynia obwodowe ulegają rozluźnieniu, skutkiem czego masa krwi, wyciśnięta ze skurczonych czasowo naczyń trzewnych, wlewa się do rozszerzonych naczyń obwodowych. W ten sposób ciśnienie w całym układzie tętniczym nie ulega zbytniej zmianie, zmienia się bowiem tylko rozkład krwi, i wobec oporu, który powstał w jednym z obszarów krążenia (jama brzuszna), następuje jednocześnie rozluźnienie w innym obszarze (obwód), co sprawia, iż warunki pracy serca pozostały prawie bez zmiany.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że tego rodzaju mechanizm wyrównywania ciśnienia przy pomocy naprzemiennego zmniejszania oporów w tym lub w owym z obszarów układu tętniczego, ma niesłychanie doniosłe znaczenie wogóle dla krążenia krwi, które bez niego narażone by było na poważne zaburzenia, ze znacznych i bardzo trudno dających się wyrównać wahań w ciśnieniu tętniczem wynikające. W tych warunkach rola wyrównywania ciśnienia tętniczego przypadałaby wyłącznie mięśniowi sercowemu, któryby musiał pracować bardzo nierównomiernie. Nadto wobec ogólnego skurczu naczyń obwodowych, jama serca lewego nie mogłaby w sobie pomieścić całej ilości krwi, z naczyń krwionośnych skutkiem ich skurczu wypchniętej ku sercu, lub też stawałaby się mniej lub więcej pustą podczas rozluźnienia ścian drzewa tętniczego i powstałego skutkiem tego wolnego miejsca dla krwi w tętnicach. W tych warunkach krążenie krwi prawidłowe byłoby oczywiście niemożliwe. Temu wszystkiemu wszakże zapobiega antagonizm skurczowy tętnic trzewnych i tętnic obwodowych, który, jak widzimy, jest jednym z najbardziej podstawowych czynników krążenia.

Zachodzi pytanie, jak ów mechanizm, wyrównywający rozkład krwi tętniczej, działa w warunkach patologicznych, w tych warunkach, kiedy ściany tętnicze utraciły zdolność dostatecznego kurczenia się i rozluźniania, krótko mówiąc, w tym stanie chorobowym, który oznaczamy ogólnem mianem stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*? Teoretycznie biorąc, u człowieka z tętnicami zupełnie zdrowemi obniżenie ciśnienia na obwodzie, t. j. czasowe rozluźnienie tętnic obwodowych nie powinnoby wywierać wogóle żadnego wpływu na ciśnienie tętnicze wogóle. Na skutek tego rozluźnienia obwodowego powinienby nastąpić niezwłocznie skurcz obszaru trzewnego, co wyrównałoby ciśnienie tętnicze wogóle bez udziału pracy serca. Zobaczmy, czy tak jest w rzeczywistości.

Jak wiadomo a z o t y n a m y l u *(amylnitrit)* posiada własność rozluźniania znacznego obszaru drzewa tętniczego. Rozluźnia on mianowicie tętnice górnej połowy ciała (ponad przeponą), przez co, stosując ostrożnie ten środek, mamy możność sprowadzania dowolnie w wielu naraz tętnicach, należących do obszaru obwodowego, mniej lub więcej znacznego spadku ciśnienia. W ten sposób badanie ciśnienia tętniczego u ludzi, znajdujących się pod wpływem azotynu amylu, pozwala nam łatwo oceniać sprawność owego mechanizmu wyrównywania się ciśnienia tętniczego na obwodzie i w jamie brzusznej, którego szczegóły i doniosłe znaczenie powyżej uwydatniłem. Zaznaczyć tu muszę, że obawy trującego działania azotynu amylowego u ludzi są mocno przesadzone. Od lat paru wzorem autorów francuskich stosuję azotyn amylowy zarówno na moim oddziale, jak i w praktyce prywatnej w krwotokach płucnych u suchotników. Nadto *experimenti causa* stosowałem go kilkaset razy na zdrowych i chorych na stwardnienie tętnic z wysokiem ciśnieniem w ilości do 10 kropli do wdychania na raz. Nie widziałem przytem nigdy jakichkolwiekbądź groźnych objawów. Środek ten jest nieco nieprzyjemny, w d a w k a c h j e d n a k s z y b k o r o z l u ź n i a j ą c y c h t ę t n i c e o b w o d o w e zarówno u ludzi z ciśnieniem nizkiem (poniżej 100 mm Hg, jak np. u suchotników z ciśnieniem skurczowem 88—92 mm Hg), jak i u ludzi z ciśnieniem wysokiem ż a d n e g o n i e b e z p i e c z e ń s t w a n i e p r z e d s t a w i a. To też zasługuje on na szersze niż dotychczas zastosowanie, zwłaszcza w badaniach nad sprawnością i rozszerzalnością układu tętniczego u ludzi zdrowych i chorych.

U l u d z i z d r o w y c h azotyn amylu, rozluźniając naczynia obwodowe górnej połowy ciała, nie wywołuje zbyt wielkiego spadku ciśnienia. Typowe działanie tego środka na zdrowy układ tętniczy ilustrują dwa poniższe doświad-

czenia, które wykonałem na ludziach zupełnie zdrowych, młodych mężczyznach, nie palących i nie używających trunków, u których układ tętniczy według wszelkiego prawdopodobieństwa absolutnie żadnych odchyleń od normy nie przedstawiał. Wyłączone tez u nich były wszelkie wpływy postronne na ciśnienie (obawa i t. p.), co nadaje wynikom tych doświadczeń tem większą wagę.

Doświadczenie I. Dr St. O. lat 28.

a) przed wdychaniem AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
68	125	102	23
66	124	103	21
67	124	102	22 średnio.

b) podczas wdychania AN

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
96	115	93	22
	108	93	15
96	112	93	19 średnio.

Uwaga. Twarz b. czerwona. Tętnienie w głowie. Lekkie pobudzenie do kaszlu.

c) po odstawieniu AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
68	125	100	25
68	125	102	23
68	125	101	24 średnio.

Doświadczenie II. Z. stud. med. l. 25.

a) przed wdychaniem AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
76	118	90	28
76	118	96	22
78	116	98	18
77	117	95	22 średnio.

b) podczas wdychania AN.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
96—90	113	93	20
	109	90	19
	110	93	17
94	110	92	18 średnio.

Uwaga. Twarz b. czerwona. Tętnienie w skroniach.

c) po odstawieniu.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda
78	114	96	18
	112	98	14
78	113	97	16 średnio.

Analizując wyniki, zupełnie zresztą analogiczne, doświadczeń powyższych, musimy zwrócić przedewszystkiem uwagę na liczby, dotyczące ciśnienia rozkurczowego, zależnego głównie od napięcia tętnic, na które AN działa przedewszystkiem. W obu doświadczeniach powyższych AN rozwinął całkowicie swe działanie, co uwydatniło się w silnem zaczerwienieniu twarzy obu badanych, którzy uczuwali na wysokości działania środka wybitne i tak charakterystyczne tętnienie w głowie i w skroniach. Rozkurczowe ciśnienie w obu przypadkach powyższych zmniejszyło się bardzo nieznacznie, a mianowicie:

Dr O. spadek ze 102 mm Hg. na 93 t. j. 9 mm (9%)
Stud. Z. » » 95 » » » 92 » 3 mm (3%).

Dowodzi to, że pomimo rozluźnienia tętnic obwodowych ciśnienie w nich pozostało mało zmienionem, t. j. napełnienie ich było dostateczne. Napełnienie to, rzecz prosta, musiało powstać na skutek skurczu tętnic trzewnych, który tu prawie zupełnie wyrównał rozluźnienie tętnic obwodowych. Atoli całe to przemieszczenie krwi z tętnic trzewnych do tętnic obwodowych nie odbyło się bez udziału mięśnia sercowego, którego praca wzrosła. Widzimy bowiem podczas wdychania AN znaczne przyśpieszenie tętna przy tej samej nieledwie amplitudzie; znaczy to, że serce wyrzucało tę samą ilość krwi przy skurczu, co i poprzednio, lecz częstość jego skurczów wzrosła, przez co oczywiście więcej krwi musiało przechodzić w jednostce czasu do aorty. Ta krew, jak widzimy, dążyła głównie ku tętnicom obwodowym.

Doświadczenia powyższe stwierdzają, że u ludzi z tętnicami zdrowemi AN wywiera względnie niewielki wpływ na ciśnienie tętnicze, obniżając je bardzo nieznacznie. Pouczają też one, że zdrowe tętnice trzewne kurczą się prawie na tyle, ile potrzeba do wyrównania rozluźnienia tętnic obwodowych.

* * *

Przejdźmy do rozpatrzenia, jak zachowuje się układ tętniczy pod wpływem AN u ludzi, dotkniętych stwardnieniem tętnic ze wzmożonem ciśnieniem.

Zmiany w napięciu układu tętniczego u badanych przezemnie osobników dla łatwiejszego ich poznania ugrupowane są w tablicy następującej:

Tablica I.

No	Tętno		Ciśnienie w tętnicy ramieniowej						Amplituda	
			skurczowe		rozkurczowe					
	przed	podczas	przed	podczas	przed	podczas	różnica	% spadku	przed	podczas
1	75	100	211	136	169	103	66	39	42	33
2	88	96	210	188	147	147	0	0	53	41
3	70	90	199	148	173	129	44	25	26	19
4	69	93	188	160	157	144	13	9	26	16
5	76	100	180	132	158	110	48	30	22	22
6	82	94	180	155	158	138	20	13	22	17
7	100	138	173	155	129	123	6	4	44	32
8	100	115	172	148	149	123	26	15	23	25
9	94	132	157	124	134	102	32	24	23	22
10	58	74	144	112	117	96	21	18	27	16
11	80	106	140	100	100	73	23	23	40	27

Z tablicy powyższej widzimy, że tylko u jednego z osobników badanych wdychanie AN pozostało całkiem bez wpływu na ciśnienie rozkurczowe. Jest to Nr 2. Przypadek ten jednak pragnę tu zaraz omówić, ponieważ, zdaniem mojem, nie nadawał się on bardzo do mierzenia ciśnienia przyrządem Riva-Rocciego. Była to kobieta l. 60, chora na kamicę żółciową i otyłość oraz stwardnienie tętnic. Mocz bez białka; *extrasystolae ventr. sin.*, lekkie obrzęki na kończynach dolnych. Z obu stron tętnice ramieniowe w postaci twardych, wężykowatych, o nierównej powierzchni sznurków, uległe wybitnej miażdżycy i zwapnieniu, natomiast tętnice promieniowe, oraz skroniowe i stopowe nie wężykowate i bardzo mało zmienione. Według wszelkiego prawdopodobieństwa mieliśmy tu znaczne zwapnienie tętnic ramieniowych, a może wogóle tętnic kalibru większego nadprzeponowych, które mało oddziaływały na AN. Zaznaczę, iż chora ta wdychała AN z górą przez 2 minuty W dwóch przypadkach (4 i 7) spadek ciśnienia nie prze-

kraczał normy. We wszystkich pozostałych wdychanie AN wywołało mniej lub więcej znaczne obniżenie ciśnienia rozkurczowego, dochodzące do 19%, na ogół przewyższające poważnie obniżenie, uzyskane w ten sam sposób u zdrowych.

Okoliczność ta stwierdza, że u znacznej większości chorych na stwardnienie tętnic z nadmiernem ciśnieniem (hypertenzyą), zesztywnienie tętnic nie jest organicznem, lecz może pod wpływem środków obniżających ciśnienie ulegać zmianie nieraz bardzo znacznej w kierunku rozluźnienia. Znaczy to, że hypertenzya tętnic bywa najczęściej czynnościowa. Okoliczność powyższa, stwierdzona tu przy pomocy AN, znajduje skądinąd najzupełniejsze potwierdzenie u tych chorych na stwardnienie tętnic z nadmiernem ciśnieniem, którzy zapadają na jakąś chorobę zakaźną ostrą (np. zapalenie płuc, róża itp.). Znajdujemy wówczas to samo, cośmy stwierdzili tu doświadczalnie, że tętno napięte staje się pod wpływem działania toksyn miękkiem, nieraz dwubitnem, ciśnienie spada.

Jak sobie wyjaśnić ów znaczny spadek ciśnienia rozkurczowego pod wpływem AN u chorych z nadmiernem ciśnieniem przy stwardnieniu tętnic? Powstaje on oczywiście wskutek rozluźnienia tętnic, innemi słowy, wskutek niedostatecznego ich napełnienia, To ostatnie wywołane być może pierwotnie albo wskutek zmniejszonego ilościowo rzutu krwi skurczowego z lewej komórki do aorty, albo też skutkiem niedostatecznego skurczu tętnic trzewnych.

Ażeby módz w przybliżeniu ocenić pracę lewej komórki przed i podczas wdychania przez chorych AN zestawmy w tablicy poniższej odsetkę spadku ciśnienia rozkurczowego z iloczynem: Tętno $\times$ Amplituda. (Tabl. II).

Tablica II.

No przyp.	% Spadku ciśnienia rozkurczowego	Tętno × Amplituda przed AN	Tętno × Amplituda podczas AN	Uwagi
1	39	3150	3300	praca serca zwiększona.
3	25	1820	1710	praca serca prawie bez zmiany.
5	30	1670	2200	praca serca zwiększona.
6	13	1804	1598	praca serca zmniejszona.
8	15	2300	2875	praca serca zwiększona.
9	24	2168	2904	» » »
10	18	1506	1184	praca serca zmniejszona.
11	23	3200	2862	» » »

Z zestawienia powyższego widzimy, że tylko w mniejszości przypadków spadek ciśnienia rozkurczowego pod wpływem AN mógłby być wyjaśniony również i słabem napełnieniem rozluźnionych tętnic z powodu osłabionej działalności serca (zmniejszonego rzutu krwi). Natomiast w większości przypadków spadkowi ciśnienia rozkurczowego towarzyszy powiększona praca serca, która nie zdołała wyrównać spadku ciśnienia. W tych przypadkach mamy niewątpliwie zupełne zesztywnienie ścian tętnic trzewnych, zupełną niezdolność ich do kurczenia się.

(Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Dwa przypadki prawdziwego rozrostu sutka męskiego (*Gynaecomastia vera*).

Podał

Dr Stanisław Łapiński.

Jak wiadomo, rozwija się narząd gruczołowy sutka u obojga płci z zarodkowego zgrubienia naskórka tak zwanej »listwy mlecznej«, biegnącej z góry ku dołowi między zawiązkiem kończyn górnej i dolnej. Linia ta przez powolny przerost naskórka w jednych, a zanikania w drugich miejscach, daje początek pierwotnym sutkom. W warunkach prawidłowych rozpoczyna jeden z nich wyraźniej bujać, zapuszczać ku wewnątrz pierwsze grona, podczas gdy reszta zanika. O ile to nie nastąpi, reszta punktów mlecznych nie zniknie, ale owszem ulegnie dalszemu podobnemu rozwojowi, to będziemy mieć szereg sutków najrozmaiciej rozwiniętych. leżących na linii, biegnącej od wyrostka barkowego (*acromion*) do spojenia łonowego. W rzadkich przypadkach mogą się sutki rozwijać i w innych miejscach ciała, n. p. na kończynie dolnej, bądź to jako ślad gruczołu w postaci brodawki, bądź też jako wzniesienie o wyraźnej budowie gruczołowej, wydzielające za uciskiem ciecz mleczną. Jest to tak zwana mnogość sutków (*hyperthelia, hypermastia, polythelia*).

Mniej więcej do 13—14 roku życia gruczoł sutkowy u obojga płci zachowuje się jednakowo. Po r. 14-tym ulega on u kobiet dalszemu i to szybkiemu rozwojowi, mającemu za cel dostarczenie noworodkowi pokarmu w czasie pierwszych miesięcy jego pozapłodowego życia; u mężczyzn powiększa się niewiele i żadnej czynności fizyologicznej nie spełnia. W rzadkich nader przypadkach gruczoły mleczne u mężczyzn mogą się rozwijać obustronnie lub jednostronnie, od urodzenia, lub co częściej znów się napotyka, w okresie pokwitania, dochodzić do wielkich gruczołów karmiących kobiet, a nawet spełniać czynność fizyologiczną, to znaczy wydzielać ciecz płynną, mleczną, nie różniącą się składem chemicznym od mleka kobiecego. Jako przykład takich obustronnie działających gruczołów mlecznych, może służyć pewien człowiek w Ameryce, opisany przez Aleksandra Humboldta, który po śmierci swej żony karmił sam przez kilka miesięcy pozostałe dziecko.

Zboczenie to rzadko spotykane, zwie się rozrostem sutka męskiego (*gynaecomastia*). W pojęciu rozrostu. gynekomastyi prawdziwej (*gynaecomastia vera*), leży przerost gruczołowy, to znaczy powiększenie i rozrost samego gruczołu mlecznego (»einfache und numerische Hypertrophie« Virchowa) w granicach jeszcze fizyologicznych, a nie powiększenie, powstałe wskutek nagromadzenia się tkanki tłuszczowej w obrębie sutka w tkance podskórnej, niesłusznie za gynekomastię uważane, lub też powiększenie na tle zapalnem, nowotworowem gruczołu samego, tkanki okołogruczołowej, lub też skóry. Te przerosty stanowić będą według podziału Wenzel Grubera drugą grupę rozrostu sutka, tak zwany rozrost fałszywy (*gynaecomastia spuria*). Podział tegoż autora odróżnia jeszcze wśród gynekomastów prawdziwych — jednych, których gruczoły są w pełni

sprawności fizyologicznej, drugich, których narząd gruczołowy sutków nic nie wydziela; gynekomastów z dobrze rozwiniętym narządem moczowo płciowym i takich, których narządy płciowe przedstawiają pewne nieprawidłowości, najczęściej spodziectwo *(hypospadiasis)*, wierzchniactwo *(epispadiasis)* i obojnactwo *(hermaphroditismus)*. Ostatnie zebrał i opisał Franciszek Neugebauer w swem dziele: Hermaphroditismus beim Menschen«.

Przechodząc do spraw chorobowych sutka prawidłowego i nadliczbowego, napotykamy przedewszystkiem sprawy nowotworowe i to złośliwe, przeważnie raki. Statystycznie tylko 2%—3% wszystkich nowotworów sutkowych dotyczy mężczyzn. O ile mi się zdaje, przypadki te się mnożą: są one częścią statystyki każdej kliniki chirurgicznej. W piśmiennictwie spotkałem nadto jeden przypadek gruczolaka (*epithelioma cylindricum*) (Poirier: Un cas de tumeur maligne chez l'homme. Archives générales de médecine. Paris, 1881) i jeden włókniako-mięśniaka (*myofibroma*) z piśmiennictwa skandynawskiego (Santesson. S. och. Axel Key. Hygiea Svenska, 1880).

Wyliczę jeszcze torbiele zastojowe (*galactocele*), torbielaki (*kystoma et polykystoma*, Brissaud, Schimmelbusch), mięsaki, włókniaki, zdarzające się u kobiet, o których jednak w dostępnem mi piśmiennictwie u mężczyzn wzmianki nie znalazłem.

Z t. zw. nowotworów zakaźnych poza promienicą nader rzadką i gruźlicą, bądź to pierwotną, bądź też następową z próchnienia żeber, mostka, ropienia gruczołów pachowych i szyjnych, wymienić należy kiłę. Zmiana ta rzadka i też albo jako pierwotne stwardnienie (*sclerosis*) występująca, albo jako zmiana późniejsza w formie kilaków. Ciekawy przypadek opisuje Hérard w »Annales de dermatol. et syphil.«. Paris, 1887. Dotyczy on 63-letniego mężczyzny, który podczas nieprawidłowo spełnianego spółkowania *per os* i ssania przytem sutka przez prostytutkę nabawia się tego cierpienia.

Ze spraw zapalnych wymienić należy: zapalenie sutków u noworodków (*mastitis neonatorum*), sprawa wyjątkowo napotykana, bo według statystyki kliniki położniczej w Berlinie na 2700 porodów spostrzegane zaledwie 10 razy. Pojawia się ono zazwyczaj w drugim tygodniu pozapłodowego życia noworodka, a polega na bolesnym obrzęku piersi z zaczerwienieniem skóry. Część autorów za zapalną jej nie uważa: raczej za objaw przedwczesnej czynności fizyologicznej (verfrühte funktionelle Leistung). Co do zapalenia sutka w wieku dojrzałym (*mastitis pubescentium virilis*), to według Billrotha jest ono zawsze następstwem choćby najmniejszego urazu, gdy znów Leisrink temu zaprzecza, utrzymując, że taka sprawa bez wszelkiej przyczyny zewnętrznej powstać może w okresie i następstwie pokwitania i za zapalną uważaną być nie powinna.

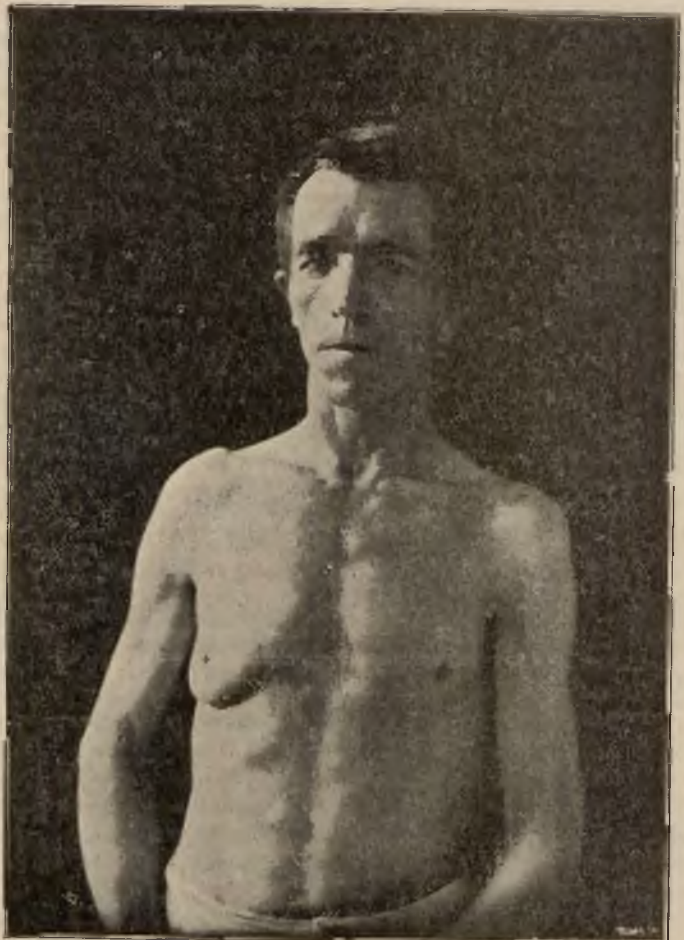
Zdarzać się wreszcie mogą otarcia, przeczosy skórne, powierzchowne, naturalnie urazowe, bez większego patologicznego znaczenia.

W r. 1908 miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki rozrostu prawdziwego (*gynaecomastia vera*) jednostronnego, w obu przypadkach po stronie prawej.

1. Chory J. F., l. 44 wieśniak (N. dz. kl. 77. P. J.) zgłasza się dnia 19. II. 1908 do kliniki z powodu przypadków żołądkowych, które po badaniu treści żołądkowej i obserwacyi klinicznej należy odnieść do rozszerzenia żołądka z nieżytem śluzowym.

Badanie przedmiotowe: Klatka piersiowa szeroka, więcej wdechowo ustawiona, mało elastyczna.

Sutek prawy powiększony, lekko obwisły, osadzony na szerokiej podstawie, przy ucisku nieco tkliwy. Brodawka sutka miernie rozwinięta, w każdym razie wyraźniej zaznaczona, niż po stronie lewej, chwytna. Podstawa sutka 14 cm, wysokość 2 cm. Szerokość klatki piersiowej na wysokości sutków w chwili spoczynku 90 cm. Przy obmacywaniu dają się wymacać wyraźnie poszczególne zraziki gruczołu, twarde, elastyczne. Przy ucisku nic się nie wydobywa. Strona lewa zmian nie okazuje. (Zob. rycinę).



Przy wywiadach chory kilkakroć zapytywany, początkowo o tej nieprawidłowości nic nie wie, następnie stara się ją odnieść do urazu garnkiem żelaznym, który miał się zdarzyć między 16. a 20-tym r. życia. Dodaje, że miał 6 rodzeństwa: z tego 2 siostry, które w dziecięctwie zmarły; 4 braci, którzy stanowczo podobnej wady nie mają. Ma 5 dzieci, także bez śladu rozrostu.

Przy badaniu narządu moczowo-płciowego stwierdza się jądra na właściwem miejscu, dobrze macalne, prawidłowo rozwinięte. Obok jądra i najądrza lewego, dają się wymacać w górnej części ponad głową najądrza 2 guzki, z podstawą i ze sobą zrośnięte: jeden wielkości małego orzecha laskowego, drugi ponad nim nieco mniejszy, niebolesne, zbitością swą przypominające zbitość jądra.

Wymiary miednicy chorego prawidłowe; wygląd chorego męski, niema żadnych oznak feminizmu. Uwłosienie charakterystyczne dla typu męskiego

Trudno przypuścić, by uraz zadany garnkiem (?) mógł wywołać przerost gruczołu samego; przypuścićby można najwyżej jakąś sprawę zapalną *(mastitis)* ostrą, o której chory nie wspomina zupełnie.

Natomiast czas powstania niepewny, w każdym razie między 16—20. r. życia, tłómaczy nam doskonale okres pokwitania, w którym nastąpić mógł rozwój i rozrost.

Podobny co do wywiadów wypadek podaje Wagner:

ceglarz, jednostronny gynekomasta, odnosi swą wadę do ucisku sutka przez sznur przy pociąganiu wózka, także w czasie okresu pokwitania.

Co do natury tworów, w narządzie moczowo-płciowym wyżej opisanych, nic stanowczego wobec niemożliwości badania drobnowidowego powiedzieć nie można. (*Paradidymis?*).

2. Dnia 19. V. 1908 r. zgłasza się dragon Fr. M., l. 21, z podniesieniem ciepłoty do 39° C., ogólnem osłabieniem i dusznością. Badanie stwierdza wysięk opłucny po stronie prawej, tamże w szczycie świeża niewielka sprawa naciekowa. Zresztą narządy wewnętrzne zmian nie okazują.

Badanie przedmiotowe: Sutek prawy osadzony na szerszej podstawie, aniżeli lewy, wyraźnie występuje ponad powierzchnię klatki piersiowej, napięty, elastyczny. Podstawa sutka 12 cm, wysokość 3 cm; lekka tkliwość przy uciskaniu, przyczem żadnej wydzieliny otrzymać nie można. Brodawka słabo rozwinięta, mało chwytna, silniej jednak zaznaczona, niż po stronie lewej. Przy obmacywaniu wyczuwa się dokładnie budowę zrazikową tkanki, twardą i oporną, która jest przyczyną powiększenia się sutka.

Chory w wywiadach sam podaje, że do 20. r. życia oba sutki wyglądały jednakowo. We wrześniu tegoż roku zauważył nieznaczne, ale stałe powiększanie się sutka prawego bez żadnej przyczyny, które trwało przez 6 miesięcy, t. j. do lutego. Z tego też powodu zgłaszał się do lekarza: z jego polecenia wcierał jakąś maść, ale bez żadnej poprawy. Od lutego do obecnej chwili, t. j. przez 4 miesiące, gruczoł się nie powiększa; niepokoi tylko i drażni chorego ze względów kosmetycznych. W rodzeństwie nieprawidłowości tej niema.

W narządzie moczowo-płciowym chory zmian nie okazuje; wygląd chorego, budowa i uwłosienie prawidłowe.

JWP. Prof. Jaworskiemu, memu Szefowi, i W. Prof. Bochenkowi dziękuję za zachętę do ogłoszenia niniejszych spostrzeżeń i za łaskawe wskazówki w czasie mej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Bardeleben. Handbuch der Anatomie des Menschen. Sinnesorgane. Erste Abteilung: Haut (Integumentum commune) von Prof. Dr A. v. Brunn. Jena, 1897. — 2) Morgan. Case of abnormal development of the right breast in a seaman at the age of puberty. The Lancet 1875, 2 Bd. — 3) Israel. Zwei Fälle von Hypertrophie der männlichen Brustdrüse. Diss. Berlin, 1894. — 4) Wagner. Ein Fall von Gynaecomastie. Virch. Archiv, 101 Bd., 1885. 5) Wenzel Gruber. Über die männliche Brustdrüse u. über die Gynaecomastie. Mém. d, l'Acad. d. scienc. d. St. Pétersburg. Ser. VII. T. X. 1886. — 6) Billroth u. Pitha. Handbuch der Chirurgie. Bd III. — 7) Lenartowicz. Narządy mleczne u zwierząt i ludzi w związku z tak zw. Hypermastią i Hyperthelią. Z zakładu anatom. opis. Kraków, 1900: — 8) Ebstein u. Schwalbe. Chirurgie des praktischen Arztes. Stuttgart, 1907. — 9) Neugebauer. Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig, 1908.

Oceny i sprawozdania.

J. Zanietowski. **Kompendium der modernen Elektromedizin.** (*Deuticke*) Wiedeń 1909. Wobec niezwykłego rozrostu nowoczesnej elektrofizyki, dzięki któremu i jej zastosowanie w medycynie dla celów rozpoznawczych i leczniczych rozwinęło się w ostatnich latach w bardzo szerokim zakresie, okazuje się ciągła potrzeba tworzenia podręczników, któreby uwzględniając te ostatnie zdobycze pozwalały ogółowi lekarzy zapoznać się w sposób przystępny i łatwy z całokształtem tej stosunkowo trudnej umiejętności. Już pierwszy rzut oka uprzedza czytelnika korzystnie dla podręcznika Zanietowskiego: niema tego ogólnie we wszystkich dotychczasowych podręcznikach przyjętego, a wielce nużącego opisu całego szeregu przyrządów, śrubek itd. itd., stanowiącego istny balast, wskutek którego zgubić się nieraz można w szczegółach drugorzędnych i dla lekarzy często zupełnie niepotrzebnych.

Dzieło Zanietowskiego jest pierwszą książką, która opiera całą elektoterapię i elektrodyagnostykę na współczesnych teoryach o jonach, to też już w pierwszych rozdziałach spotykamy zamiast zwykłego opisu przestarzałych pojęć i znanych przyrządów, szerzej zakreślone i objaśnione przystępnymi rysunkami zasadnicze prawa ruchu jonów i elektronów i treściwe zestawienie cech, na których się opiera różnorodność leczniczych form jednorodnej elektrycznej energii. Również i sam podział książki nie jest podobny do utartego drogą zwyczajową. Część ogólna zawiera bowiem syntetyczną odpowiedź na pytanie, jakiej formy elektrycznej energii używać należy do przeprowadzenia terapii elektrotonicznej, elektrolitycznej, kataforetycznej itd. Część szczegółowa zawiera naodwrót niejako analizę poszczególnych form energii elektrycznej, w lecznictwie używanych i to nie galwanizacyi, faradyzacyi lub franklinizacyi, lecz szerzej pojętych pojęć prądu, rozładowania, oscylacyi i promieniowania. Do tej ostatniej kategoryi zalicza autor promienie Röntgena i radu, przeprowadzając paralelę między tymi promieniami a promieniami ciepła i światła oraz oscylacyami o wysokiem napięciu.

Z prac i metod własnych opisuje autor mierzenie pobudliwości nerwowej za pomocą rozładowań kondensatora, patologiczne krzywe skurczu mięśniowego, zmiany czucia i przewodnictwa czuciowego, wreszcie doświadczenia nad jonoterapią i kąpielami elektrycznemi. Najszerzej opisana jest treść czterdziestu kilku prac autora o metodzie kondensatora, objaśniona tabelami i rysunkami przyrządów pomysłu autora. Zdaniem wielu badaczy (Boruttau, Mann, Cluzet, Toby Cohn, Laquerrière itd.) metoda ta w tej postaci, jak ją dla kliniki autor wykształcił, przewyższa dotychczasowe metody prądu stałego i przerywanego, albowiem podstawia na miejsce empirycznych formułek dotychczasowych współczynniki podrażnienia i zwyrodnienia, których stosunek pozwala nietylko określić dokładnie pobudliwość i szybkość przewodnictwa zdrowych i chorych mięśni, lecz wniknąć nawet w elektrochemiczną budowę tkanek.

Zewnętrzna szata książki jest staranna, język potoczysty.

Dr Zygmunt Steuermark.

Dr Tomasz Janiszewski. **Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?** Kraków, 1908. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

O ile przed niewielu jeszcze laty dotkliwie brakowało u nas popularnych rozpraw o gruźlicy, o tyle obecnie rozporządza piśmiennictwo nasze popularne szeregiem doskonałych broszur i pouczeń, że wymienimy tylko dziełka prof. Domańskiego (wydanie Macierzy polskiej, 1906), dra Dunina i Gałeckiego (wydawnictwo Książki dla wszystkich, 1903, 1905), Łagowskiego (nagrodzone na konkursie im. Sokołowskiego, 1907), Legeżyńskiego (1902) i i. Ten żywszy ruch na tem polu rozpoczął się po IX Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich, gdzie prof. Baranowski wygłosił wykład: »Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe«. Mimo to rozprawka dra Janiszewskiego nietylko nie jest zbyteczną, ale przeciwnie, bardzo potrzebną i pożyteczną z powodu swego specyalnego charakteru i odrębnego w wielu punktach ujęcia sprawy. Powstała ona z wykładów, przez które autor przygotowywał t. zw. opiekunki chorych dla tworzącej się we Lwowie »opieki nad chorymi gruźliczymi« (dyspensatoryum); to też, nadając się szczególnie jako przewodnik do takiego przygotowania, oprócz swego znaczenia popularyzatorskiego, zasługuje rozprawka dra Janiszewskiego na uwagę lekarzy, tych zwłaszcza, których sprawa zwalczania gruźlicy w naszym kraju żywiej obchodzi i którym przypadnie zadanie kształcenia personalu pomocniczego dla dyspensatoryów. A zbliża się chwila rozpoczęcia w tym kierunku działalności na szerszą skalę, w której lekarze powinni przodować. W najbliższym czasie będzie już można w ramach »Towarzystwa walki z gruźlicą«, zawiązanego we Lwowie, przystąpić do tworzenia dyspensatoryów, których gęsta sieć powinna wkrótce pokryć cały kraj. To też rozprawkę dra Janiszewskiego należy uznać za rzecz, przychodzącą bardzo na czasie.

Treść swej rozprawki podzielił autor na 7 rozdziałów: I. Określenie pojęcia gruźlicy. II. Prątek gruźliczy i jego własności. III. Jakiemi drogami dostaje się prątek gruźliczy do ustroju? IV. O sposobach szerzenia się i przenoszenia gruźlicy z człowieka na człowieka. V. O rozpowszechnieniu gruźlicy. VI. O zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy. VII. O leczeniu gruźlicy. Jak już z tego widać, obejmuje rozprawka wszystkie najważniejsze punkta, które personalowi pomocniczemu dyspensatoryów powinny być znane.

Praktycznem ze względu na cel rozprawki jest zalecane przez autora odróżnianie »gruźlicy płuc« od »suchot«. Rozróżnienie to, ograniczające nazwę »suchot« do rozwiniętego okresu choroby z objawami hektycznymi, a nazwą »gruźlicy

płuc« oznaczające początkowy, w znacznej bardzo części przypadków wyleczalny jej okres, ułatwić może znacznie w życiu potocznem, szczególnie w dyspensatoryach, otwarte określenie i wytłómaczenie choremu jego stanu, oszczędzając mu nadmiernego niepokoju. Natomiast radzi autor zupełnie zarzucić używaną wobec chorych i często nadużywaną nazwę »kataru płuc«. Autor podkreśla, że uleczalność »gruźlicy płuc« (w określonem powyżej znaczeniu) stoi w prostym stosunku do wczesnego rozpoznania i wczesnego rozpoczęcia leczenia. Waga, jaką ma wczesne rozpoznanie, wymaga, by w tym celu użyć wszelkich znanych sposobów, z których badanie plwocin co do prątków jest po większej części zbyteczne (dla właściwego rozpoznania; należy jednak badanie to wykonywać jak najsumienniej i często, ale w celach zapobiegawczych, ze względu na otoczenie chorego).

Wieloletnie osobiste doświadczenie autora w zakresie walki z gruźlicą nadaje jego rozprawce i w wielu innych jeszcze szczegółach wybitne cechy książki, nie pisanej »przy zielonym stoliku«, ale czerpiącej z życia wskazówki dla życia i realnych stosunków. Rozprawka tętni zapałem dla sprawy, z kart jej znać gorące przejęcie się społeczną stroną zagadnienia. Tem też wytłómaczyćby można kilka wycieczek autora poza właściwe ramy pracy (str. 30—32, 46) na pole reform społecznych i administracyjnych. Poruszone tam zagadnienia ustawodawcze i ekonomiczne są niewątpliwie niezmiernie ważne; w rozprawce są one jednak jakby tylko epizodycznym dodatkiem, zasługiwałyby zaś na to, by je autor szerzej osobno opracował. Z drugiej jednak strony są one nie ostatnim z powodów, dla których z rozprawką Dra Janiszewskiego godzi się zapoznać każdemu uspołecznionemu lekarzowi. *Z.*

Dr J. Polak: **Kalendarz lekarski na r. 1909.** Warszawa, 1908. Zasłużonem powodzeniem cieszący się warszawski kalendarz lekarski dra J. Polaka nie różni się w roku bieżącym co do układu i postaci od roczników poprzednich. Oprócz tabeli dawkowania lekarstw, rozpuszczalności różnych przetworów, kąpieli leczniczych, wymiarów ciała i tym podobnych drobniejszych zapisków, zawiera kalendarz rozdziały o ratowaniu pozornie zmarłych, pomocy przy ukąszeniu przez zwierzęta wściekłe, o otruciach, zestawienie wybuchowych mieszanin środków lekarskich, długość okresu wylęgania chorób zakaźnych, spis zdrojowisk, podręcznik terapeutyczny, opracowany przez wybitnych klinicystów warszawskich, nowe środki lekarskie, surowice lecznicze i t. p., a w dziale informacyjnym spis wszystkich lekarzy, praktykujących w Królestwie polskiem i schematyzm lekarski Towarzystw, urzędów lekarskich, szpitali, lecznic, pracowni, aptek, oraz personalu lekarskiego dróg żelaznych. Nie ulega wątpliwości, że kalendarz ten może i powinien zastąpić wszelkie podobne wydawnictwa obcojęzyczne i że Kolegom w Królestwie polskiem odda dobre usługi. *Z.*

Vocho de Kuracistoj. 1 Jaro, 1908. Nr 1—10, Lwów. Wobec wzrastającego ruchu Esperanto podjął dr Mikołajski we Lwowie śmiałą próbę stworzenia pisma, któreby w nowym języku pośredniczyło w międzynarodowych stosunkach lekarzy całego świata, przedewszystkiem w sprawach zawodowych. Pismo, mogące niewątpliwie przynieść pożytek, zwłaszcza, gdyby na międzynarodowe zjazdy dopuszczony został esperanto, rozpoczęło wychodzić w marcu r. b., zrazu jako dodatek do »Głosu lekarzy«, już jednak od kwietnia, jako samodzielny miesięcznik i zdołało pomimo skromnych zrazu początków przełamać pierwsze trudności i zjednać sobie pokaźne koło czytelników oraz współpracowników wszelkich narodowości, przyjaźnie spotykających się na wspólnym neutralnym terenie. Już w Nrze 3 rozpoczął »Vocho« niewątpliwie użyteczną, a ciekawą międzynarodową ankietę w sprawie tajemnicy lekarskiej; w dalszych zeszytach podał kodeks deontologiczny, przyjęty przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, artykuły o Izbach lekarskich w Austryi, o syndykatach lekarskich we Francyi i t. p. Kończąc rocznik pierwszy istnienia, zapowiada »Vocho«, że w roku przyszłym prócz spraw zawodowych zdawać będzie sprawę z ruchu naukowego w postaci krótkich wyciągów z piśmiennictwa różnych narodów, a po dojściu liczby abonentów do 500, zwiększy swą objętość. Dotychczasowa działalność przemawia na korzyść pisma, które zasługuje na poparcie lekarzy, interesujących się rozwojem nowego ruchu. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Jessen. **W sprawie ulepszonego leczniczego stosowania tuberkuliny.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 34). Ponieważ z badań Armand-Delillea wynika, że zserowacenie wywołuje toksyna, rozpuszczalna w eterze, przeto autor stosuje tuberkulinę odtłuszczoną. Dawkowanie stałe, bez zwiększania dawki, — minimalne (1/100,000 cm), przerwy długie. Wyniki nieraz w daleko posuniętych nawet przypadkach miał autor osiągać bardzo pomyślne. *Dr M. Godlewski.*

Burckhardt-Socin i Schlaginweit. **Gruźlica prosówkowa i posocznica z niezwykłemi wrotami zakażenia.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908. Nr 24). Autorowie spostrzegali u chorego ze staremi zmianami gruźliczemi w płucach i dłuższy czas trwającemi zmianami gruźliczemi w gardle i krtani rozwinięcie się gruźlicy prosówkowej i posocznicy, bakteryologicznie stwierdzonych. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. Punktem wyjścia posocznicy były niewątpliwie wrzody gruźlicze w krtani, punktem wyjścia gruźlicy prosówkowej dawne zmiany gruźlicze w płucach. Jako powikłanie choroby wystąpiły dwa ropnie gruźlicze w stawie barkowym i w kości promieniowej, z których ropa zawierała jedynie prątki Kocha. Przypadek, zdaniem autorów, jest bardzo ciekawy ze względu na rzadkość powikłania gruźlicy prosówkowej z posocznicą. *Dr Skórczewski.*

Dopter i Raymond Koch. **Poszukiwanie dwoinki zapalenia opon w jamach nosowych.** (*Presse méd.* 1908, Nr 88). Autorowie dochodzą do następujących wniosków: Meningokoka należy szukać nie w jamach nosowych, ale w jamie nosowo-gardłowej, gdzie wybiórczo się sadowi i to nietylko u chorych na zapalenie opon mózgowych, ale także i u »roznosicieli drobnoustrojów«. Bezpośrednie badanie mikroskopowe śluzu, dobytego z jamy nosowo-gardłowej, nie może służyć do rozpoznania meningokoka, gdyż wiele odmian podobnych do meningokoka może się tam znajdować tak u chorych, jak i u zdrowych. Same cechy morfologiczne jednego z tych drobnoustrojów jeszcze nie mogą być podstawą rozpoznania, nie można też wcale opierać się w rozpoznaniu na zbadaniu siły chorobotwórczej znalezionego drobnoustroju. Tylko dwie próby równocześnie dokonane pozwalają na ścisłe rozpoznanie, a mianowicie: fermentacya cukrów (dekstrozy i maltozy) i aglutynacya przez swoistą surowicę. Obie te próby są konieczne i nawzajem się dopełniają. *Stahr.*

Waldvogel. **Jak badamy sprawność serca w godzinach przyjęć.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 32). Autor wnosi o sprawności serca z różnicy w ciśnieniu, mierzonem zapomocą przyrządu Riva-Rocciego, na chorym leżącym, a następnie bezpośrednio po wstaniu. Spadek lub rzadziej podniesienie się ciśnienia na 10 mm rtęci zdarza się, zdaniem autora, w granicach fizyologicznych. W sprawach chorobowych, jak miażdżyca, otłuszczenie serca, alkoholizm, są te różnice często o wiele znaczniejsze. Jeżeli serce może jeszcze przeciwdziałać podwyższeniem ciśnienia, to ciśnienie wzrasta, w przeciwnym razie opada, gdy chory wstanie. W czasie objawów zastoinowych spotykamy, — tak jak i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, — nieznaczny spadek lub takąż zwyżkę w ciśnieniu po wstaniu w porównaniu z ciśnieniem u chorego leżącego. Zachowanie się ciśnienia w tym względzie nie różni się od stosunków, w których lewa komórka serca pracuje prawidłowo. (Już ten ostatni szczegół każe chyba wartość metody uważać za bardzo problematyczną). (*Przyp. sprawozd.*). *Dr M. Godlewski.*

Hampeln. **Uwagi nad zwężeniem ujścia żylnego lewego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 30). Autor na podstawie 535 przypadków wad sercowych, spostrzeganych przez lat ośmnaście w swej praktyce prywatnej, stwierdza, iż zwężenie ujścia żylnego lewego, nie połączone z niedomykalnością, klinicznie nie jest wadą tak rzadką, jak to podają anatomo-patologowie. W materyale autora było 165 zwężeń, 270 niedomykalności, 100 chorych z wadą skombinowaną ujścia żylnego lewego. Gdyby odjąć ze 165 zwężeń 120 tych, w których stwierdzono przerost serca, pozostaje jeszcze 45 niewątpliwie czystych niepowikłanych niedomykalnością zwężeń ujścia żylnego lewego. Zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną zazwyczaj stwierdza H. niżej, niż podają podręczniki, mianowicie u przyczepu 3. lub 4. żebra do mostka. H. uważa zwężenie ujścia żylnego lewego za wadę serca najłagodniejszą i najłatwiej znoszoną (?), a sądzi,

że wada ta pozostaje nieraz nierozpoznaną przy nieobecności szmeru rozkurczowego nad końcem serca, gdy należałoby ją rozpoznać z zaostrzenia pierwszego tonu nad końcem serca, drugiego nad tętnicą płucną, wreszcie z rozdwojenia drugiego tonu nad końcem serca. H. sądzi, że niestosunek między częstością klinicznie spostrzeganej wady, a rzadkością przy obdukcyi może polegać na trudności stwierdzenia niedomykalności podczas sekcyi, czy też jej wyłączenia. *Dr Skórczewski.*

Bingel. **Przyczynek do obserwacyi klinicznej i bakteryologii paratyfusu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 33). Autor na zasadzie przeszło 40 własnych spostrzeżeń twierdzi, że paratyfus nie zawsze w swym klinicznym przebiegu przypomina dur brzuszny, nieraz sprawa ta klinicznie przebiega pod postacią ostrego nieżytu żołądka i jelit. Wymioty, — tak rzadkie przy durze brzusznym, — występują tutaj na plan pierwszy. Czyszczenie jest bardzo gwałtowne, często w postaci stolców wodnistych. Śledziona albo wcale nie ulega powiększeniu, albo, chociaż powiększona, bywa — w przeciwieństwie do duru — twarda. Ogólne upośledzenie przytomności jest znacznie mniejsze, aniżeli przy durze, często nawet brak go zupełnie. Różyczka zdarza się bardzo rzadko i jest mniej obfita, rzadkie też są objawy nieżytowe w zakresie narządu oddechowego, zwolnienie tętna mniej wybitne, gorączka mniejsza, niż przy durze, przebieg znacznie krótszy i rokowanie niemal zawsze pomyślne. Hodowanie bakteryi ze krwi prawie stale zawodzi, natomiast łatwe jest wyhodowanie ich ze stolców. O rozpoznaniu rozstrzyga aglutynacya, o ile przekracza stosunek 1: 80. Z powikłań spostrzegał autor jedynie krwotoczne zapalenie nerek. *Dr M. Godlewski.*

Würz. **Badania porównawcze nad wydzielaniem żołądka po obiedzie próbnym Riegela, śniadaniu próbnem Ewalda i zupie Sahliego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 24). Autor na podstawie badań, polegających na podawaniu ludziom ze zdrowym żołądkiem i chorym na żołądek kolejno wszystkich posiłków próbnych, dochodzi do przekonania, że najodpowiedniejszym do badania zdolności wydzielniczych błony śluzowej żołądka jest dający najwyższe wartości obiad próbny. Słabszym bodźcem jest zupa Sahliego, najniższą kwaśność wywoływać ma śniadanie próbne Ewalda. Doświadczenia swoje wykonał W. tak na chorych ze zwiększoną kwaśnością, jak i na chorych z upośledzonem wydzielaniem kwasu solnego. *Dr Skórczewski.*

Ehrmann. **Przyrząd do wydobywania treści żołądkowej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 25). Trudność używania aspiratorów przez lekarza praktycznego skłoniła autora do podania nowego przyrządu. Jestto balon aspiracyjny, połączony za pośrednictwem małego zbiornika z rurką szklanną, na której jeden koniec zakładamy zgłębnik żołądkowy, na drugi rurę gumową, odprowadzającą otrzymaną treść. Tę rurę zaciskamy palcem po uprzedniem ściśnięciu balonu. Treść żołądkowa pod wpływem ujemnego ciśnienia zapełnia zgłębnik i rurkę szklanną, a w razie otwarcia rury odpływowej wydostaje się na zewnątrz. Unikamy przytem tak nieprzyjemnego zanieczyszczania balonu aspirującego. *Dr Skórczewski.*

Prof. Bernhardt. **Leczenie choroby Basedowa.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 27). Autor zapatruje się bardzo sceptycznie na leczenie choroby Basedowa. Leczenie mlekiem kóz pozbawionych gruczołu tarczowego, z niego otrzymanym rodagenem, leczenie antytyreoidyną Möbiusa, uzyskaną z surowicy krwi barana, któremu wycięto gruczoł tarczowy, zawiodło. Operacya, polegająca to na usunięciu połowy gruczołu, to na podwiązaniu naczyń tętniczych gruczołu, to wreszcie kombinacya obu metod daje dobry wynik tylko u ludzi, u których gruczoł tarczowy jest zmieniony (secundäre Basedowe), natomiast zazwyczaj zostaje bez skutku w pierwotnej chorobie Basedowa. B. przestrzega przed stosowaniem zabiegu u ludzi ze zwyrodnieniami w narządach wewnętrznych, dalej nie radzi go stosować, jeśli choroba nie sprawia zbyt wielkich dolegliwości. Leczenie elektrycznością, czy to wedle klinicznie podawanej metody niewielkim prądem galwanicznym, czy to faradyzacyą według Vigouroux, dotychczas w Niemczech niedosyć wypróbowane, nie daje zbyt pewnych wyników, jednak jest zawsze zupełnie nieszkodliwe (a to już wiele). W ten sposób uważa autor za czynniki, wywołujące w chorobie tej podczas leczenia polepszenie, bezwzględny spokój psychiczny i fizyczny, dyetę pożywną nie drażniącą, lekkie zabiegi wodoleczniczc. Poleca dalej pobyt w wysokich górach, jako bardzo korzystny. Zazwyczaj towarzyszącą chorobie Basedowa niedokrwistość, radzi B. zwalczać żelazem, arsenem, chininą; sam używa chętnie pigułek według przepisu Erba: *Extr. Strychni 0,6—08 Ferr. red. chin. sulf. aa 2—2,5 Extr. gent. etc. m. f. pill. N. 60 S. 2 r.* po dwie pigułki do 3 r. po 2 pigułki. *Dr Skórczewski.*

Ehrmann. **Ciężka cukrzyca w następstwie zakażenia kiłowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 30). U chorego z wysypką kiłową wystąpiły typowe objawy cukrzycy, jak wzmożone pragnienie i łaknienie, osłabienie i wychudnięcie. Ilość moczu wzrosła do ilości 4 litrów na dobę. Cukru wykryto około 8%, a odczyn na kwas acetooctowy i aceton był dodatni. Wbrew przewidywaniom przypadek ten skończył się wyleczeniem, a chory po zastosowaniu dyety przeciwcukrzycznej w przeciągu 8 dni przestał wydalać cukier. Cukrzyca trwała około 50 dni. Przed wyjściem z kliniki podano choremu 150 gr cukru z wynikiem ze względu na obecność cukru w moczu ujemnym. Również dalsze przeprowadzenie uprzednio przerwanego leczenia rtęciowego nie wpłynęło na wydalanie moczu. *Dr Skórczewski.*

Forschbach. **Parabioza i cukrzyca trzustkowa.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 21). Autor, stwarzając zapomocą zabiegu operacyjnego trwałe połączenie przez złączenie otwartych jam brzusznych 2 młodych psów, wycinał jednemu z nich trzustkę i badał zachowanie się wydalonego moczu u obu. Dwa tylko doświadczenia uwieńczone były pomyślnym wynikiem; w pierwszym przypadku od chwili wyjęcia do niewytłómaczonej śmierci psa z niewyciętą trzustką upłynęło zaledwie 36 godzin, a przez ten czas badanie moczu wykazywało tylko ślady cukru w moczu psa nieoperowanego; w drugiem doświadczeniu czas spostrzegania, t. zn. od chwili operacyi do rozłączenia zwierząt wskutek powiększającej się rany, wynosił 4½ doby. I tutaj z początku F. cukru nie stwierdzał, a następnie cukromocz bardzo nieznaczny (0·2—0·4%). Po rozłączeniu zwierząt pies z wyciętą trzustką zmarł w 24 godzin na zapalenie otrzewnej, w czasie jednak przedśmiertnym wydalał mocz o wysokiej zawartości cukru. Autor sądzi, że parabioza wpływa hamująco na występowanie cukrzycy trzustkowej, albo ją całkiem usuwa, jednak konieczne są dalsze doświadczenia w tym kierunku. *Dr Skórczewski.*

Doc. Determann. **Zachowanie się lepkości krwi przy podawaniu jodu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 20). Sprawdzając wyniki pracy Müllera i Inady co do zmniejszania się lepkości krwi podczas podawania jodu, doszedł D. do innych wyników. Mianowicie posługując się u 12 chorych to przez poprzednich autorów używaną metodą Hirsch-Becka, to swoją własną, stwierdzał po podawaniu jodu w postaci jodku potasu lub sajodyny większe lub mniejsze obniżenie, jednak również często podwyższenie lepkości krwi. Błąd w podawanych przez Müllera i Inadę przypadkach mógłby polegać na usunięciu wpływu wyskoku podczas leczenia jodem u ludzi młodych i prawdopodobnie będących miernymi alkoholikami. *Dr Skórczewski.*

Neurologia.

J. A. Sicard. **Nakłuwanie kanału kręgowego i guzy mózgowia.** (*Presse med.* 1908, Nr 88). Ze względu na to, że w ostatnich czasach zjawiają się doniesienia o nieszczęśliwych przypadkach, a nawet zejściach śmiertelnych po nakłuwaniu kanału kręgowego, szczególniej w toku nowotworów mózgu, zwraca autor uwagę, że dla uniknięcia owych nieszczęśliwych powikłań należy przestrzegać przepisów następujących: 1) Przed każdem nakłuciem lędźwiowem powinien chory pozostawać w łóżku przez całą dobę. 2) Chory powinien leżeć na boku z nieniesioną głową. 3) Po nakłuciu powinien zostać w łóżku, leżąc na boku z głową niezbyt podniesioną, i to przez 48 godzin. Jeśli zaś wykonywa się nakłucie u chorego, u którego są objawy guza mózgowego, należy być jeszcze ostrożniejszym, i wtedy powinien chory pozostać w łóżku przed zabiegiem przez dwie doby w położeniu poziomem, z głową nizko ułożoną, w czasie nakłucia powinien chory leżeć na boku z głową lekko obniżoną, a po nakłuciu powinien pozostać w łóżku w tem samem ułożeniu przez 12—24 godzin, a potem przez 48 godzin zachować zupełny spokój, dalej leżąc poziomo w łóżku z głową lekko uniesioną. Wreszcie zwraca autor uwagę, że należy zaniechać nakłucia u chorego na nowotwór mózgu, jeśli ułożenie poziome wzmaga u niego ból głowy, nudności i zawrót głowy. *Stahr.*

Pedyatrya.

Doc. Pirquet. **Zachowanie się tuberkulinowego odczynu skórnego podczas odry.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 30). Zwróciwszy uwagę na spostrzeżenie Preisicha, iż u chorych na odrę tuberkulinowy odczyn skórny stale daje wyniki ujemne, wykonywał autor u 159 dzieci, chorych na odrę, co-

dzienne szczepienia od chwili przyjęcia do czasu wyzdrowienia. U 5 chorych wykonywał szczepienia przed chorobą; u tych zdołał stwierdzić odczyn dodatni, który podczas wystąpienia wysypki odrowej przestawał się ukazywać, powracając znowu w okresie ozdrowieńczym. Podczas okresu wysypki wynik szczepienia stale bywał ujemny. Po okresie wysypkowym u 30 chorych odczyn stawał się dodatnim. Znikanie to allergicznej zdolności ustroju podczas odry łączy P. z częstem rozwijaniem się zmian gruźliczych podczas odry i zwraca uwagę na rozpoznawczą wartość wyniku szczepienia ze względu na odrę.

Dr Skórczewski.

L. Landouzy i H. Gougerot. **Gruźlicze zapalenie zastawek serca u dzieci.** (*Presse méd.* 1908, Nr 90). Praca ta obejmuje opis dwóch przypadków wspomnianego cierpienia: jeden przypadek był sprawą wtórną w toku gruźlicy płuc i gruźlicy prosówkowej, a drugi był sprawą pierwotną ostrą z następową posocznicą gruźliczą. W drugim przypadku na sekcyi żadnych zmian gruźliczych dostrzegalnych gołem okiem nie stwierdzono, dopiero bakteryologiczne badanie zastawek serca (stwierdzenie prątka gruźliczego w tkance i szczepienie) wykryło istotę sprawy. Autorowie przypuszczają, że wiele wad serca, stwierdzonych u ludzi młodych, których początek odnosimy do pierwszych lat życia, może mieć przyczynę w nierozpoznanej gruźlicy zastawek, która nie sprowadziwszy zejścia śmiertelnego, stała się sprawą przewlekłą, i wreszcie wygoiwszy się, wywołała wadę danego ujścia.

Stahr.

Birk. **Badanie nad wpływem tranu z fosforem na mineralną przemianę materyi zdrowych i krzywiczych oseskó w.** (*Monatschr. f. Kinderh.* 1908, XI.). Autor wykonał badania nad przemianą materyi dwojga dzieci zdrowych i dwojga krzywiczych, u każdego dwukrotnie: raz przed, drugi raz po zastosowaniu tranu z fosforem. Badania te rzucają nieco światła na ciemną dotąd jeszcze patogenezę krzywicy. Autor występuje przeciw wnioskom Arona, który u zwierząt przez żywienie pokarmem, nie zawierającym wapna, miał wywołać zmiany krzywicze i wnosił z tego, że krzywica powstaje skutkiem niedostatecznego dowozu wapna, i u dziecka przy piersi przyjmował fizyologiczny niedostatek wapna. Nie zgadza się takie pojmowanie z faktem, że właśnie przy karmieniu pokarmem, tak bogatym w wapno, jak pełne mleko krowie, spostrzega się często najcięższe przypadki krzywicy. Nie może więc chodzić o niedostateczny dowóz, lecz przeciwnie o nadmierne utraty wapna, fosforu i soli wogóle. Utraty te przy karmieniu mlekiem pełnem należy odnieść do wpływu niekorzystnego, jaki wywiera na bilans soli obecność większej ilości tłuszczu mleka krowiego. Tłuszcz mleka pełnego zdoła także u zdrowego oseska sprowadzić ujemne bilansy w wymianie soli (w szczególności wapna, magnezyi i fosforu). U dzieci krzywiczych wskazanem też jest ograniczenie ilości mleka, a zastąpienie go pokarmami węglowodanowymi mimo to, że zawierają one mniejsze ilości wapna, niż mleko. Jednak nie każdy tłuszcz działa równie niekorzystnie na przemianę materyi w zakresie soli. I właśnie tran z fosforem (chodzi tu prawdopodobnie o działanie samego tranu jako tłuszczu) wywiera wpływ bardzo korzystny na bilans solny, który u dzieci krzywiczych jest ujemny, albo bardzo słabo dodatni. Pod wpływem tranu zjawia się bilans dodatni, względnie staje się on wybitniej dodatnim. Odbywa się to za pośrednictwem zmiany stosunku tłuszczów obojętnych w przewodzie pokarmowym i w stolcu do mydeł, w których kwasy tłuszczowe związane są przeważnie z wapnem i magnezyą, i składniki te wyprowadzają w tej postaci z ustroju. Stosunek ten zmienia się u dzieci zdrowych, a jeszcze wybitniej u chorych, na korzyść tłuszczów obojętnych, stąd utraty wapna i magnezyi w postaci mydeł są znacznie mniejsze, i bilans tych składników staje się mniej lub więcej wybitnie dodatnim. — Podobny wpływ dodatni tranu z fosforem na bilans wapna stwierdzono już dawniej przy zmiękknieniu kości (osteomalacyi).

Lewkowicz.

Mendelsson. **Leczenie wyprysku u osesków według Finkelsteina.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 42). W patogenezie wyprysku u osesków mają według nowych pojęć większe znaczenie zaburzenia odżywiania i pewne zboczenia ogólne, określane przez Czernego nazwą skazy wysiękowej, aniżeli czynniki zewnętrzne. Często też przez zastosowanie jedynie zewnętrznych środków nie zdołamy osiągnąć wyleczenia. Przy karmieniu sztucznem właściwą *materia peccans* jest według Finkelsteina serwatka mleka krowiego, zastępuje on ją więc częściowo, lub w całości kleikiem owsianym. Przepis na pokarm brzmi, jak następuje: Litr mleka strąca się pegniną, lub innym wyciągiem podpuszczkowym. Serwatkę usuwa się w całości, lub pozostawia tylko $^1/_4$. Skrzep przepuszcza się przez gęste sito włósiane, myje kilkakrotnie wodą i dodaje do niego kleiku owsianego z 20—40 gr cukru i ewentualnie z pozostawioną częścią serwatki do poprzedniej objętości. Pokarm ten zawiera mało soli, obficie białko i tłuszcz, dlatego nie nadaje się do karmienia dzieci, które tłuszczu nie znoszą w większej ilości. — W przypadkach cięższych należy zastosować pokarm bez serwatki. Trzeba jednak kontrolować mocz i, jeżeli ilość chlorków znacznie spadnie, dodać do pokarmu 2 gr chlorku sodowego. Ręce dziecka należy związać, aby uniknąć wszelkiego drapania. Leczenie zewnętrzne można zupełnie przerwać, a dopiero, kiedy nastąpi wyleczenie i pozostanie tylko łuszczenie, zastosować maść obojętną, lanolinę, lub pastę cynkową. Ciężar ciała opada z początku bardzo znacznie, utracie soli musi bowiem towarzyszyć utrata wody. Wejrzenie tych dzieci, przeważnie otyłych, nalanych, zmienia się wskutek tego raczej na korzyść. We wszystkich czterech przypadkach autora wynik leczenia był bardzo wybitny.

Lewkowicz.

Chirurgia.

Grasmann. **Dwa przypadki ran kłutych prawej komory. Szew serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). Dotychczasowa statystyka poucza, że wyleczenie ran serca następuje w 10% przypadków. Natychmiastowa śmierć następuje w 26—30%, a najwięcej chorych umiera między 2. a 3. dniem po zranieniu. Najczęstszą przyczyną śmierci jest tak zwana tamponada serca, t. j. wypełnienie worka osierdziowego krwią tak silne, że serce niema już miejsca na ruchy. Z tej statystyki widać, że nieraz jest dość czasu na wykonanie zabiegu. — G. operował 2 przypadki ran kłutych serca; jeden z operowanych wyzdrowiał. Na podstawie tych przypadków doszedł G. do przekonania, że rozpoznanie zranienia serca może czasem być bardzo trudne. Upewnia co do rozpoznania siedziba rany zewnętrznej, szmery nad sercem, ewentualne rozszerzenie worka osierdziowego (prześwietlanie rentgenowskie). Dojść do serca można najszybciej przez wycięcie chrząstek żebrowych; dostęp przez międzyżebrze, nawet z przecięciem chrząstek, jest niewygodny, otwieranie płatowe jest niepraktyczne. Worek osierdziowy należy zawsze, dla dobrego przeglądu szeroko otworzyć; w razie krwotoku ująć serce w lewą rękę i wysunąć na zewnątrz. Serce szyje się zwykle pojedynczymi szwami jedwabnymi. Nie należy brać w szew brzegów za blizko od rany, bo przecinają mięsień. Często po operacyi dołącza się zakażenie; postępować więc należy bardzo często, lecz o ile możności nie sączkować. W razie otwarcia jamy opłucnej należy płuco zaraz wyciągnąć do rany i umocować celem zapobiegnięcia wytworzeniu się dużej odmy. *K.*

Alwin Ach. **Ciała obce przełyku.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 44). Przy ciałach obcych w przełyku wolno posługiwać się tylko pośrednimi sposobami badania, jak promieniami Röntgena i ezofagoskopią, natomiast bezwarunkowo nie wolno używać sondowania, bo przez nie nietylko nie zwykle się nie wykrywa, ale łatwo można wywołać uszkodzenie, albo też ciało, tkwiące wysoko, zepchnąć niżej w miejsce mniej dogodne do późniejszego wyjęcia. W przeważnej liczbie przypadków ciało obce więźnie w górnej $^1/_3$ części przełyku, lub tuż nad wpustem, a rzadko koło rozdziału tchawicy. Przez ezofagoskop udaje się często ciało obce wyciągnąć w całości, lub też rozkawałkowane zapomocą odpowiednich przyrządów. W razie potrzeby operacyi przy ciałach, leżących nad wpustem, najlepiej wykonać nacięcie żołądka i przez ezofagoskop od strony żołądka ciało wyciągnąć. Przyrządów Gräfego i Weissa lepiej wcale nie używać. Lekarz praktyczny zrobi najlepiej, gdy chorego odeśle zawsze do specyalisty, zajmującego się ezofagoskopią.

K.

Daneel. **Przypadki raka żołądka, spostrzegane w klinice heidelberskiej od r. 1898 do końca 1905.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 59, Z. II.). Pracę swą opiera D. na 400 operacyach raka żołądka. Co do wyników ogólnych, to według D. gastroenteroanastomoza przedłuża przy raku życie średnio o 4 miesiące, zaś wycięcie nowotworu o 14·5 miesięcy. Przy raku żołądka powinno się więc o ile możności wykonać przynajmniej połączenie z jelitem, a nie opuszczać bezczynnie rąk, i nigdy nie ograniczać się do laparotomii próbnej. W klinice heidelberskiej operuje się głównie zapomocą guzika Murphyego, wykonując gastroenteroanastomozę tylną, a przednią chyba tylko wtedy, gdy tylna ściana jest zajęta. Pętla doprowadzająca powinna być wzięta bardzo krótko, a otwory żołądka i kiszki o ile możności jak najmniejsze. Śmiertelność przy gastroenterostomii 14·5%. Wycięcie nowotworu obecnie coraz częściej się stosuje, ale śmiertelność jest dość wielka, bo wynosi 28·8% (dawniej 44·4%).

K.

Jaeger. **Nowe leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). Nowy sposób, który J. gorąco zaleca, polega poprostu na zaleceniu zupełnego postu przez 2—3 dni i stosowaniu przez ten czas dwa razy dziennie przez pół godziny suchych baniek na podbrzusze. J. twierdzi, że nawet w tych przypadkach, w których operacya była wskazana, lecz chory na nią zgodzić się nie chciał, otrzymał dobre wyniki lecznicze, i dlatego zachęca do dalszego próbowania tego sposobu leczenia (!). *K.*

Alexander. **Wstrzykiwania 70—80% alkoholu do nerwów.** (*Tow. imien. Hufelanda.* Berlin, 8. X. 1908). Wstrzykiwania alkoholu stosować się powinno jedynie do nerwów czuciowych, albowiem ruchowe oddziaływają na te wstrzykiwania porażeniem lub zwyrodnieniem. Tak n. p. Alexander wywołał przez wstrzyknięcie u jednej chorej porażenie ze zwyrodnieniem w nerwie strzałkowym. Także wstrzykiwania w pnie nerwowe mieszane są ryzykowne. Do leczenia wstrzykiwaniami alkoholu nadaje się głównie rwa nerwu trójdzielnego i jego gałązek. Na jednem posiedzeniu wstrzykuje się 1—4 cm^3 alkoholu. Nawroty zjawiają się, ale nowe wstrzyknięcia je usuwają. Nawet i chirurgiczne zabiegi nie chronią jednak zupełnie od nawrotów, a usunięcie zwoju Gassera jest zabiegiem bardzo ciężkim, pociągającym za sobą czasem zejście śmiertelne. W 4 przypadkach rwy nerwu trójdzielnego otrzymał A. zapomocą wstrzykiwania alkoholu wyniki bardzo dobre, a w jednym szybkie i zupełne wyleczenie. *K.*

Walter v. Oettingen. **Leczenie stopy szpotawej u niemowląt przez lekarza praktycznego.** (*Mediz. Klinik* 1908. Nr 47). Leczenie stopy szpotawej u niemowląt powinno się zacząć o ile możności jak najwcześniej; jest ono łatwe i może je zawsze przeprowadzać lekarz praktyczny. Do ustalenia zmodelowanej nóżki poleca O. w tym celu opaskę barchanową, którą nalepia na skórę mastyksem. Opaska ta biegnie od grzbietu stopy ku pierwszemu palcowi, potem przez podeszwę, zewnętrzną część goleni, ponad kolanem, potem spiralnie pod kolanem znowu na goleń. Opatrunek zakładać należy przy kolanie zgiętem. Zmienia się go po 2 dniach, a potem robi jeszcze 2—3 opatrunków, leżących po tygodniu. Zwykle potem nóżka stoi już dobrze; ewentualnie u starszych dzieci poleca W. zakładania pasa (biegnącego podobnie) na noc i 3 do 4 razy dziennie miesienie w postaci odprowadzania nóżki w położenie stopy płaskiej. *K.*

Wrecle. **Leczenie zastarzałych złamań rzepki.** (*Med. Klinik* 1907, Nr 47). Przy zastarzałych złamaniach rzepki podano celem zbliżenia i złączenia oddalonych odłamków różne sposoby. Jedni podsuwają ku górze odłamek dolny (oddłutowanie przyczepu więzadła rzepki), inni zesuwają górny ku dołowi, lub też za radą Listera postępują dwuczasowo. W. uzyskał zupełne dobre wyniki przy stosowaniu sposobu Ferrasiego, który polega na tem, że z mięśnia czworogłowego wycina się płat, obraca go na rzepkę i przyszywa do więzadła rzepkowego. Płat ten działa następowo jako nowe więzadło. *K.*

Gatti. **Obłuszczenie nerek przy przewlekłem zapaleniu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 87, Z. III). U chorego cierpiącego na przewlekłe zapalenie nerek wykonano najpierw obłuszczenie po jednej stronie. Wynik po zabiegu był dobry: ilość moczu i wydzielanego mocznika zwiększyła się, ilość białka z 12—20 spadła na 8—12‰. Obłuszczenie nerki drugiej. Ilość wydzielanego mocznika jeszcze się zwiększyła, białko spadło do 1—7‰. Wogóle stan zaczął się wybitnie poprawiać, zniknęły przypady sercowe, obrzęki zmniejszyły się i apetyt powrócił. W dobrym stanie przeżył operowany dwa lata. Sekcya stwierdziła wytworzenie się nowej torebki, która jednak, wbrew zdaniu Edebohlsa, była bardzo słabo unaczyniona. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Fellenberg. **Hydrorrhoea gravidarum amnialis.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 47). Istnienia cierpienia tego dowiedli bezsprzecznie ginekologowie francuscy, poczem i Niemcy zmienili swe poprzednie oporne stanowisko. R. przytacza dalszy przypadek: 30-letnia wieloródka w 28. tygodniu ciąży skarży się na początkowo skąpe, a od 3 dni obfitsze odpływanie płynu żółtawego z części rodnych, trwające od ½ miesiąca. Macica do pępka, obkurczona około płodu, tętno płodu wyraźne, brak czynności porodowej. Rokowanie niepewne. Przez 6 następnych tygodni odpływały ciągle wody, poczem potknęła się chora na schodach; od owej chwili ustało odpływanie wód i znikły ruchy płodu. Po tygodniu wystąpiły bole, wypadła pępowina nie tętniąca i rączka przy położeniu poprzecznem płodu. Obrót na nóżkę; wodogłowie; zupełny brak wód płodowych; wygniecenie łożyska. Połóg podgorączkowy. Pępowina odchodzi od brzegu łożyska i biegnie 5 cm w fałdzie owodni, zanim się dostanie do worka płodowego. Kosmówka i owodnia odchodzą od łożyska w odległości 2—3 cm od jego brzegu. Owodnia elastyczna, ma w jednem miejscu otwór o średnicy 6 cm, o brzegach nie zabliźnionych. Z kosmówki zostały nieduże części w postaci pierścienia dokoła przyczepienia owodni, częścią jako strzępy na jej powierzchni.

W przypadku tym uderza brak krwawienia pomimo odchodzenia wód przez 94 dni. Krwawienia bowiem miały być cechujące dla *hydr. amnialis*, w przeciwieństwie do *h. decidualis* (Stoeckel, Seitz, Wiener). F. sądzi, że krwotoki tłómaczyć należy raczej ciążą pozabłonową (*grav. extramembranosa*) i uszkodzeniem doczesnej lub łożyska przez ruchy płodu. Zwykle spostrzegano położenie płodu miednicowe, co Holzapfel uważa za dostosowanie się płodu do zmniejszonej jamy macicznej. W opisanym przypadku mogło samo wodogłowie wywołać to położenie. Przerwa w odpływaniu wód od chwili obumarcia płodu jest zjawiskiem znanem, opisał je W. Ruth. Przypuścić stąd należy, że wody były głównie pochodzenia płodowego. *B. Wojciechowski.*

Ernst Gräfenberg. **Znaczenie morfologicznych składników krwi dla rokowania przy chorobach połogowych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 85, zesz. 2). Hyperleukocytoza, występująca najczęściej, choć nie zawsze, w przebiegu połogowego zakażenia, nie ma stanowczego znaczenia dla rokowania, o ile zwiększoną ilość leukocytów zauważamy zarówno przy lekkich, jak i ciężkich formach chorobowych. Podobnie i mała ilość leukocytów w połączeniu z wysoką gorączką może być wyrazem bardzo ciężkiego śmiertelnego zakażenia septycznego, jeżeli ustrój jest już tak osłabiony i mało odporny, że nie jest w stanie wyprowadzić w pole swych sił ochronnych, jakoteż i lekkiego, jeżeli ochrony tej nie potrzebuje. Zwykle jednak brak hyperleukocytozy w połączeniu z ciężkimi objawami klinicznymi jest złym znakiem prognostycznym. Względne znaczenie ma również jakościowy stosunek i absolutne ilości neutrofilów, o ile wysokie ich ilości, występujące zwykle przy ciężkiem schorzeniu ustroju, spostrzegano czasem przy zakażeniach lekkich. Także ciałka eozynofilne, znikające ze krwi przy każdem ciężkiem zakażeniu połogowem, a występujące znowu dopiero w przebiegu ozdrowienia, małe mają znaczenie dla rokowania, o ile brak ich stwierdzić można u umierającej, jak i u położnicy, przychodzącej do zdrowia. W każdym razie obecność ich przemawia za lekką formą choroby. Leukocyty eozynofilne mają jednak wielkie znaczenie dla rozpoznania różniczkowego, o ile się je zawsze, nawet w zwiększonej ilości spotyka przy wszystkich chorobach połogowych na tle trypra, co zauważono również przy innych pozapołogowych cierpieniach tryprowych. A ponieważ zakażenie połogowe tryprowe zawsze przebiega korzystniej, aniżeli inne, można eozynofilię uważać za korzystny znak dla rokowania i wprost charakterystyczny dla rozpoznania. Bardzo ważne znaczenie prognostyczne ma procentowe oznaczenie ilości limfocytów małych. We krwi prawidłowej znajduje się 25% małych i 5% dużych limfocytów. Przy ciężkich zakażeniach ilość limfocytów małych znacznie się zmniejsza, czasem nawet poniżej ilości limfocytów dużych; wówczas rokowanie jest bezwzględnie złe. Ponowny ich przyrost przemawia za polepszeniem. Złym znakiem prognostycznym jest również przyrost ilości limfocytów dużych, szczególnie przewaga ich nad małymi. Według ostatniej teoryi Arnetha główne zadanie ochronne w ustroju w walce z drobnoustrojami przypada jedynie neutrofilom i to przedewszystkiem wielojądrzastym. W przebiegu zakażenia, wskutek wielkiego zapotrzebowania znikają one ze krwi, a przeważają formy młode jednojądrzaste, o mniejszem znaczeniu antytoksycznem. Stale wznosząca się krzywa ilości jąder neutrofilów przemawia zawsze za szybkiem wyzdrowieniem, stały natomiast nizki ich stan lub nawet spadek krzywej pogarsza rokowanie. I tu w przebiegu zakażenia tryprowego obraz krwi mało się zmienia. To też obraz ten w połączeniu z eozynofilią tem bardziej przemawia za zakażeniem tryprowem i pozwala dobrze rokować. *Dr E. Ehrenpreis.*

Heynemann. **Znaczenie paciorkowców hemolitycznych w zakażeniu połogowem.** (*Archiv f. Gyn.* T. 86, Z. I.). Przyczyną gorączki połogowej najczęściej bywa paciorkowiec. Stwierdzono jednakże, że prawie u każdej położnicy, u której połóg przebiega prawidłowo, można znaleźć w pochwie paciorkowca, że paciorkowiec z bardzo ciężkich zakażeń miał bardzo małą siłę żywotną i odwrotnie. Znacznym postępem w wyjaśnieniu tej sprawy były badania Lenhartza, Canona, Frommego, mianowicie stwierdzenie paciorkowców równocześnie we krwi i w odcho-

dach połogowych. Schottmüller stwierdził, że paciorkowce, wyhodowane z ciężkiego zakażenia połogowego, miały własności hemolityczne, których to własności nie mają paciorkowce z zakażeń mniej ostro przebiegających.

Autor badał 125 przypadków zakażeń połogowych i z tych stwierdził w 4 przypadkach działanie paciorkowców hemolityczne, a te przypadki skończyły się śmiertelnie pomimo leczenia surowicami. U 18 położnic gorączkujących znalazł H. w odchodach paciorkowca, posiadającego własność hemolityczną, jednak nie mógł wykryć go we krwi i jakkolwiek w tych przypadkach były objawy ciężkiego zakażenia, jednak zakończyły się one pomyślnie. We wszystkich tych przypadkach gorączkowych tętno było zawsze powyżej 120 i przyspieszenie tętna zjawiało się wcześniej, niż podwyższenie ciepłoty. Szczególną jest rzeczą, że takie położnice ogólnie czują się dobrze; właśnie taki brak podmiotowych przypadłości zauważył autor także w przypadkach najcięższych, które się zakończyły śmiertelnie. Objawów zapalenia otrzewnej zwykle brak, gdyż zakażenia paciorkowcowe otrzewnej odznaczają się tem, że tak podmiotowe, jak i przedmiotowe objawy są bardzo nieznaczne. W przypadkach zapalenia błony śluzowej macicy (*endometritis*) (18 przypadków), wywołanego przez paciorkowce, posiadające własności hemolityczne, ciepłota do 3 dni opadała do poziomu prawidłowego i w tych przypadkach nie było ani zapalenia przymacicza, ani zakrzepu; jednakże po kilku dniach ciepłota znowu się podnosiła, przez przez cały czas można w odchodach wykryć paciorkowca hemolitycznego. W ciężkich przypadkach, w których nie znaleziono paciorkowca we krwi, a gdzie nie ulega wątpliwości, że się on do żył dostał, brak jego tłómaczy się tylko tem, że ustrój osobnika, posiadający dużą odporność, zniszczył wszystkie paciorkowce. — Autor stwierdza, że w tych przypadkach, w których stwierdzono paciorkowce we krwi, surowica przeciwpaciorkowcowa nie miała żadnego działania; co do zapobiegawczych wstrzykiwań surowicy, to autor niema własnego doświadczenia. U wszystkich położnic gorączkujących, u których nie wykryto paciorkowca, mającego własność hemolityczną, ciepłota nigdy nie dochodziła do 40° C., rzadko powyżej 39° C., a tętno stale było niżej 100, wogóle nie było odpowiednie do ciepłoty. Według spostrzeżeń autora byłoby rzeczą ze względu na rozpoznanie, rokowanie i leczenie bardzo ważną, stwierdzić w każdym przypadku, czy mamy przed sobą zakażenie paciorkowcem hemolitycznym, czy też nie. *Dr Schlank.*

Fabre i Trillot. **Niemożność zatrzymania moczu, trwająca 6 miesięcy, uleczona wstrzyknięciem parafiny.** (*L'obstétrique* 1908, Nr 8). U wieloródki od drugiego porodu wystąpiła niemożność utrzymania moczu postępująca tak, że najmniejsze wstrząśnienie wywoływało mimowolne odchodzenie moczu. Fabre wstrzyknął w tkankę cewki parafinę celem zwężenia światła cewki i dania punktu oparcia zwieraczowi, którego czynność była niewystarczająca. Odrazu po wstrzyknięciu objawy moczowe ustąpiły i chora, odtąd kilkakrotnie co jakiś czas badana, pozostała zupełnie zdrowa i uleczona.

Dr Stanisław Przybylski.

Franz Schultze. **W sprawie skrętu szyi macicy włókniakowej.** (*Gynaek. Runds.* 1908, Z. 21). B. S. Schultze zebrał do roku 1906 zaledwie 53 przypadków tego rzadkiego i ciekawego cierpienia. Niekiedy już nieznaczny skręt o 90° wywołuje gwałtowne objawy, jeżeli nagle wystąpił. Wydłużenie i ścieńczenie szyi macicznej może być bardzo znaczne, w postaci postronka długości do 5 cm. Dolegliwości pęcherzowe zdarzają się rzadko przy skręcie macicy, wskutek częściowego odklejenia się pęcherza od szyi macicy. Spostrzegano natomiast często silny obrzęk przydatków i wylewy krwi, towarzyszące skrętowi macicy, jako następstwo znacznego bardzo przemieszczenia wskutek naciągnięcia więzadeł. Schultze dopatruje się skłonności do skrętu przy szeroko usadowionym włókniaku trzonu, z wydłużeniem szyi, przy wiotkich powłokach. Ruch nagły może być bezpośrednią przyczyną powstania skrętu. Rozpoznanie przed operacyą udało się tylko raz jeden, postawił je Switalski przy skręcie o 90°. Przy rozpoznaniu uwzględnić należy podrażnienie otrzewnej, przedwczesne ustanie miesiączki wskutek zaniku przewodu szyi i zmiany w położeniu więzadeł i przydatków.

S. opisuje przypadek własny: Chora 30-letnia, ostatnia miesiączka przed 8 dniami. Od roku bole w krzyżach i dołem, z początku z dolegliwościami pęcherzowemi, które ustąpiły. W brzuchu guz maciczny wielkości głowy, na nim zgrubiałe przydatki na powierzchni przedniej od strony prawej, poniżej nich silnie wyciągnięte więzadło szerokie lewe, przyczepione poniżej trąbki, dążące od strony lewej ku górnemu prawemu kątowi guza. Guz mało ruchomy, bolesny. Przez pochwę: szyja przechodzi w guz, w zatoce Douglasa jajnik prawy. Rozpoznanie skrętu macicy potwierdziła operacya, stwierdzająca skręt w szyi od strony lewej ku prawej o 90°; ściana przednia macicy zwrócona ku stronie prawej, w tylnej ścianie macicy duży włókniak. Wycięcie macicy, wysączkowanie przestrzeni podotrzewnej. *B. Wojciechowski.*

Okulistyka.

Rollet. **Postacie kliniczne zmian kilakowych tęczówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 5). Autor rozróżnia 3 postacie kliniczne kilakowych zmian tęczówki; 1) *Iritis gummosa circumscripta*, 2) *Pseudo-hypopyon gummosum*, 3) *Infiltratio gummosa diffusa*. Pierwsza postać jest najbardziej znana. Niektórzy autorowie zaliczają ją do zmian kiłowych drugorzędnych, uważając guziczek na tęczówce nie za kilak, lecz za guzek (*papula*). Autor jednak twierdzi stanowczo, że zmiana ta mimo, iż występuje we wczesnych okresach kiły, jest zmianą trzeciorzędną, dającą się z łatwością wyleczyć zapomocą energicznie stosowanych środków swoistych: wcierań i jodu. Druga postać klinicznie nie różni się prawie wcale od zwyczajnego *hypopyon*, tylko wywiady, brak wrzodu na rogówce, wreszcie równoczesne zmiany kiłowe w innych okolicach ciała, mogą nas naprowadzić na właściwe tło cierpienia. Energiczne leczenie swoiste i tutaj święci tryumfy. *Iritis gummosa diffusa* zdarza się w przypadkach kiły wyjątkowo złośliwej, gdzie ustrój osłabiony rtęci ani jodu nie znosi, względnie nie odnosi z ich zastosowania żadnej korzyści. *K. W. Majewski.*

Rochon-Duvigneaud. **Warunki skuteczności irydosklerektomii (operacyi Lagrangea).** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 3). Autor zwraca uwagę na zupełną bezskuteczność sklerotomii Weckerowskiej, która dowodzi, że zamknięta blizna twardówkowa nie może stać się blizną przesączającą. W tych przypadkach, w których sama irydektomia nie wystarcza, tembardziej wystarczyć nie może sama sklerotomia, operacya, stanowiąca pierwszy tylko akt irydektomii. Tak samo wystarczyć nie może w przypadkach jaskry przewlekłej i t. zw. prostej operacya Lagrangea, jeśli się przy niej nie wytnie kawałka twardówki w całej grubości. W takim bowiem razie działa ona tylko jako zwyczajna irydektomia. Twierdzenie to popiera autor spostrzeżeniami z własnej praktyki. Tylko w tych przypadkach jaskry przewlekłej lub prostej uzyskiwał trwałą poprawę, w których udało mu się utworzyć przetoczkę podspojówkową, czy to z płaskiem, czy z pęcherzykowatem zabliźnieniem. Tak więc, jeśli operacya Lagrangea ma zdobyć sobie prawo obywatelstwa w chirurgii ocznej, to musi polegać na stworzeniu prawdziwej blizny przesączającej. *K. W. Majewski.*

Landolt. **Wyniki kliniczne antepozycyi.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 5). Na podstawie całego szeregu przypadków zez towarzyszącego, względnie poraźnego, dowodzi Landolt wyższości antepozycyi nad tenotomią; przytem powtarza znane już z poprzednich prac argumenty. Dodaje do nich nowe zarzuty, skierowane przeciw tenotomii, mianowicie zaprzecza twierdzeniu jej obrońców, jakoby przecięcie i osłabienie mięśnia »zezującego« (Schielmuskel) mogło w jakiejkolwiek mierze przyczynić się do wzmocnienia działania jego mięśnia przeciwniczego. Potępia dalej jaknajostrzej wykonywanie tenotomii w przypadkach zastarzałych niedowładów i porażeń mięśni ocznych, stan bowiem, jaki stwarzamy przez tenotomię, nie różni się zewnętrznie wcale od niedowładu mięśnia. Tak więc naprzykład operowany z powodu porażenia mięśnia prostego zewnętrznego otrzymuje po operacyi niedowład mięśnia prostego wewnętrznego; do jednego niedowładu dodajemy zatem drugi. Jedynie uzasadnionym zabiegiem przy niedowładzie lub porażeniu mięśnia, gdy inne bezkrwawe sposoby leczenia zostały bezskutecznie wyczerpane, jest wzmocnienie osłabionego mięśnia, a zatem jego antepozycya. Nie trzeba się przytem obawiać nadmiernego wyniku, t. j. zezu przeciwnego, w razie, gdyby wbrew przewidywaniom pierwotne porażenie ustąpiło lub się zmniejszyło. Mięsień bowiem, przeszczepiony ku przodowi, posiadałby wtedy tylko pewien dodatkowy zapas siły, z której operowane oko korzystać będzie tylko o tyle, o ile tego wymaga pojedyncze widzenie obuoczne. Inaczej mówiąc, z nadmiarem siły mięśniowej oko w każdym wypadku sobie poradzi, szkodliwym może być tylko niedostatek siły, powstały wskutek ubytku jej z winy tenotomii.

K. W. Majewski.

Sivieys. **Zapadnięcie się twardówki przy operacyi zaćmy.** (*Opht. Klinik* 1908, Nr 10 i 11). Operacye wykonane były

u osób starych (69 i 59 lat). Bezpośrednio po cięciu pojawiła się tak znaczna hypotonia, że twardówka zupełnie się zmarszczyła, a rogówka do tego stopnia zapadła, iż soczewki nie można było zwyczajnym sposobem wydobyć, lecz trzeba było użyć pętli Snellenowskiej. Ani w jednym, ani w drugim przypadku nie nastąpiła żadna utrata ciała szklistego. Przebieg pooperacyjny i wynik optyczny tu i tam zupełnie były prawidłowe. Po zamknięciu rany oczy prędko się wypełniły, a wziernik żadnych zmian w głębi oczu nie wykrywał. Dodać należy, że do znieczulenia używa autor 5% rozczynu kokainy i zapuszcza ją przed operacyą 5 razy w odstępach 5-minutowych. Autor sam to uznaje, że wobec tego silnego rozczynu kokainy i podeszłego wieku operowanych nie należy się zbytnio dziwić tak znacznej hypotonii, postanawia na przyszłość używać 4% kokainy i zapuszczać tylko 3 razy. Niemniej jednak mechanizm tak znacznego zapadania się całej gałki ocznej, a zatem zmniejszenie się jej wartości bez widocznego wypływu czy to ciała szklistego, czy to jakiej cieczy wodnistej, pozostaje nadal zagadkowym i niewyjaśnionym. *K. W. Majewski.*

Noiszewski. **Druk prawidłowy** (*Nowiny lek.* 1908, Nr 4). Autor przypomina jedną ze swych prac dawniejszych, w której dowodził, że najkorzystniejsze dla wzroku są czcionki o zarysach równej grubości, gdy tymczasem przeważna część używanych druków ma litery złożone z grubszych i cieńszych pałeczek, przez co o wiele trudniej je czytać. Jednak i litery o zarysach równej grubości muszą odpowiadać jeszcze niektórym innym warunkom, jeśli nie mają być szkodliwe dla wzroku, mianowicie: 1) Musi być zachowany pewien określony stosunek między wysokością litery, a grubością jej zarysu. Doświadczenie dowiodło, że najkorzystniejszą jest 5 razy większa wysokość litery od grubości zarysu. 2) Zależność między polem objętem przez zarys litery i grubością zarysu musi być również odpowiednio dobrana. Litery o grubych pałeczkach, lecz stosunkowo zbyt małe, nie są wcale łatwo czytelne. 3) Odległość pomiędzy literami powinna być dwa razy większa od grubości ich zarysu. 4) Odległość pomiędzy wyrazami nie powinna być mniejsza od wysokości liter w wyrazach. 5) Odległość pomiędzy wierszami powinna być conajmniej równa półtorej wysokości liter w wierszu. 6) Grubość zarysu liter powinna wynosić średnio conajmniej 0,1 mm. Wyjątkowo mogą być używane druki o zarysach cieńszych niż 0,1 mm, np. 0,05 dla odległości 15 cm od oczu. *K. W. Majewski.*

John Green. **Tablice Verhoeffa do badania niezborności.** (*Ophtalmology Milwaukee*, 1908. Vol. IV nr. 1). Pierwsza z tablic Verhoeffa składa się z promienisto ułożonych linii grubych, wrysowanych w system kół współśrodkowych o cienkim zarysie. Badany astygmatyk ma wskazać, który promień przedstawia mu się najbardziej czarno, a który najbardziej blado. Kontrast występuje tu niezwykle wyraźnie dlatego, że grube linie promienisto ułożone, przecinają pod kątem prostym obwody kół współśrodkowych, które w pobliżu promienia najczarniej widzianego przedstawiają się właśnie jako najbardziej zatarte. Druga tablica przedstawia koło z dwoma grubo znaczonemi średnicami pionowo i poziomo. Prócz tego wpisane są w koło to cienkolinijne współśrodkowe kwadraty w ten sposób, że przekątnie ich połowią wszystkie cztery, między wspomnianemi średnicami zawarte kąty proste. I ta tablica może służyć do oznaczenia położenia głównych osi astygmatyzmu. Wedle przepisów Verhoeffa należy ją obracać w jednym lub drugim kierunku, póki badany astygmatyk obu grubo-linijnych średnic nie ujrzy zatartych w jednakim stopniu. Wtedy osie główne niezborności przebiegają wzdłuż przekątni wpisanych w koło kwadratów.

K. W. Majewski.

Chavasse. **Przypadek nadmiarowości wysokiego stopnia z wykonaniem ścisłych pomiarów optycznych.** (*Revue gén. d'Opht.* 1908, Nr 3). U 21-letniego rolnika obydwa oczy zewnętrznie przedstawiały się prawidłowo i nie sprawiały wrażenia mniejszych, niż w stanie prawidłowym. Wziernikiem także żadnych zmian w ośrodkach łamiących ani na dnie oczu nie można było wykryć. Chory obchodził się bez szkieł, zbliżając tylko do oczu drobne przedmioty, podobnie jak to czynią krótkowidze. Bystrość wzroku wynosiła obustronnie $^{1}/_{45}$. Szkła wypukłe nie dawały żadnej poprawy. Przyrządem Jawala i Schivetza wcale nie można było stwierdzić niezborności rogówkowej. Za pomocą skiaskopii i badania w obrazie prostym stwierdzono na obu oczach 18,0 D nadmiarowości. Badanie szerokości akomodacyjnej nie dało pewnego wyniku, odnosiło się jednak wrażenie, że oczy nie są zdolne do najmniejszego wysiłku akomodacyi. Ścisłych pomiarów optycznych na oczach tego chorego dokonał Tscherrinng w swej pracowni w Sorbonie. *K. W. Majewski.*

Ferentinos. **O poczuciu ciemności.** (*Opht. Klinik*, Nr 7, 1908). Powszechnie przyjętem jest przypuszczenie, że oko (a raczej psychiczny ośrodek wzroku) wypełnia przestrzeń w polu widzenia, odpowiadającą plamce ślepej, wedle prawdopodobieństwa, stosownie do otaczającego ją tła. Jeśli zatem tło jest białe, różowe lub zielone, uzupełnia się brak w plamce Mariottea barwą białą, różową lub zieloną. Jeśli tłem są naprzykład na jednostajny deseń malowane tapety, wtedy oko uzupełnia brakujące w obrębie plamki szczegóły w deseniu. Jeśli tło jest kreskowane lub kropkowane, wtedy widać w tem samem miejscu, tesame kreski lub kropki. Autor stara się rozumowaniem udowodnić, że to tłómaczenie jest niesłuszne i że przedewszystkiem oko widzi przestrzeń odpowiadającą plamce Mariottea, bo dla uświadomienia sobie jakiejś zamkniętej przestrzeni wystarczy, jeśli widzimy jej zewnętrzne granice, a te widzimy dlatego, ponieważ odczuwamy je częściami siatkówki, otaczającemi tarczę nerwu wzrokowego. Tylko treść, przestrzeń tę wypełniająca, a więc obrazy przedmiotów w niej zawartych, nie dochodzą zgoła do naszej świadomości. Analogicznie do tego zjawiska tłómaczy autor poczucie ciemności, jako poczucie dodatnie, a nie ujemne. Jest to uświadomienie braku wrażenia światła. Ślepy od urodzenia nie uświadamia żadnych wrażeń wzrokowych, nie może zatem widzieć także ciemności, którą odczuć może tylko oko widzące. *K. W. Majewski.*

Van Duyse. **Zatkanie tętnicy środkowej siatkówki, miesienie uciskowe, wyleczenie.** (*Arch. d' Oph.* 1908, Nr 3). Autor został wezwany do 72-letniej staruszki w godzinę po nagłem wystąpieniu ślepoty na oku lewem. Stwierdził nieruchomość źrenicy miernie rozszerzonej, brak poczucia światła, tętnice siatkówkowe nitkowate, puste, żyły również zwężone. Żyła skroniowa górna wypełniona słupkami krwi naprzemian wodojasnej i ciemno-czerwonej, poruszającymi się zwolna za każdym skurczem serca. Autor przystąpił natychmiast do wykonania energicznego miesienia gałki, połączonego z dość silnym uciskiem (*massage-pression*). Bezpośrednio po tym zabiegu wzrok powraca, chora zrazu widzi niewyraźnie, dostrzega palce, ale ich nie może policzyć. Badanie wziernikiem stwierdza, że tętnice i żyły odzyskały prawidłową szerokość, nadto w świetle tętnicy nosowej górnej, w obrębie tarczy widać wyraźnie czop ciemno-czerwonej barwy. Nazajutrz wzrok znacznie się poprawił, a trzeciego dnia oko odzyskało bystrość prawidłową i prawidłowe pole widzenia *K. W. Majewski.*

Schnabel. **O sposobie powstania jaskrowego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.** (*Zeitschr. für Augenh.* T. 19, z. IV). Prof. S. na podstawie swych badań mikroskopowych dowodzi, że wyżłobienie tarczy przychodzi do skutku przez zanik bezrdzennych włókien nerwowych w tarczy nerwu wzrokowego, z pozostawieniem niezmienionego zupełnie zrębu łącznotkankowego. Wśród przegródek łącznotkankowych pozostają zatem po zanikłych włóknach nerwowych mniejsze lub większe przestwory puste, których ściany stanowią dawne przegrody. Z biegiem czasu łącznotkankowe rusztowanie zapada się aż po blaszkę sitową, a naczynia środkowe z rozgałęzieniami, pozbawione podpory przesuwają się ku jednej ze ścian powstałego w ten sposób wyżłobienia. Blaszka sitowa nie ulega przy tem przesunięciu, chyba, że zanik włókien nerwowych doprowadzi do wytworzenia pustych przestworów także poza nią, przez co powstaje przestrzeń, w którą się ona zapada. Przyczyny zaniku włókien nerwowych autor nie objaśnia, podaje tylko liczne reprodukcye preparatów mikroskopowych, na których widać wyraźnie liczne przestwory wśród łącznotkankowych przegródek, powstałe w miejscu zanikłych włókien nerwu wzrokowego.

K. W. Majewski.

Lesshafft. **Przyczynek do kazuistyki zatrucia atropiną.** (*Opht. Klinik*, Nr 6, 1908). Autor podaje dwa własne spostrzeżenia zatrucia przez wypicie kropli atropinowych. W pierwszym przypadku u 11-letniej dziewczynki, której podano łyżeczkę rozczynu atropiny 8%, zamiast lekarstwa przeciw kaszlowi, nastąpiło mimo energicznego ratunku w ten sam dzień zejście śmiertelne. W drugim przypadku posługaczka szpitalna dla uśmierzenia bólów miesiączkowych wypiła 3 gr. rozczynu atropiny, sądząc, że to kokaina. Tu nie odrazu rozpoznano zatrucie atropiną, ponieważ chora wypierała się, jakoby cokolwiek zażyła. Wkrótce jednak wystąpił typowy obraz szału atropinowego i udało się chorą uratować przez wywołanie wymiotów, przepłukanie żołądka, podanie wielkiej ilości czarnej kawy i wstrzykiwania morfiny. W razach wątpliwych pod względem rozpozna-

wczym, zaleca autor próbę fizyologiczną, t. j. zapuszczenie kropli moczu osoby zatrutej, albo wymiocin do oka kota. Źrenica kota rozszerza się pod wpływem minimalnych ilości atropiny. Co do leczenia, to w pierwszym rzędzie wskazane jest przepłukanie żołądka nawet w tych razach, gdzie atropina nie dostała się do ustroju drogą przewodu pokarmowego, lecz n. p. podskórnie lub z worka spojówkowego, wiadomo bowiem, że alkaloidy, krążące we krwi, wydzielają się przedewszystkiem obficie z sokiem żołądkowym. Najlepszą odtrutką jest morfina, którą osoby zatrute atropiną znoszą zadziwiająco dobrze, nawet w wielkich dawkach. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Atoksyl w kile zaleca Salmon na zasadzie swego bogatego doświadczenia tam, gdzie rtęci używać nie można. Salmon wykonał bardzo dużo wstrzyknięć, i nie spostrzegał ani razu powikłań ocznych. Miejsce wstrzyknięcia nie bywa bolesne, nie tworzą się zgrubienia, ani ropnie. S. wstrzykiwał 50 cgrm, a wyjątkowo 70 cgrm. Niektórzy chorzy otrzymali łącznie w przeciągu 165 dni do 21 grm. Czasem po kilku wstrzyknięciach zjawiają się objawy zatrucia arsenem w postaci nudności, wymiotów, bolów głowy, zawrotów lub duszności, ustępują one jednak szybko przy podawaniu przetworów makowca. Około 12% chorych nie znosi atoksylu. S. uważa atoksyl za środek bardzo skuteczny w kile. *K.*

Nalewkę eukalyptusową poleca Todd-White jako skuteczny środek do tamowania krwi w uporczywych krwawieniach, nawet n. p. u krwawców. Nalewką napaja się gazę i tamponuje. *K.*

O doświadczalnem leczeniu miał odczyt Ehrlich 31. X. w Berlinie na posiedzeniu niemieckiego Towarzystwa chemicznego. Zdaniem Ehrlicha badanie działalności i skuteczności środków lekarskich powinno być przedewszystkiem udziałem patologa, a nie farmakologa, albowiem badać powinno się na ustroju chorym, a nie zdrowym. Fakt, że pewne barwniki łączą się zawsze tylko z pewnemi tkankami (n. p. barwią tylko jądra, tłuszcz, protoplazmę, tkankę nerwową i t. p.) naprowadził Ehrlicha na myśl szukania środków, któreby miały powinowactwo jedynie do drobnoustrojów i pasorzytów, a nie szkodziły samemu ustrojowi, jak to czynią obecnie używane środki odkażające. (N. p. sublimat jest bardzo silnym środkiem odkażającym, jednakże działa on trująco na tkanki nawet wtedy, kiedy jeszcze na drobnoustroje nawet nie zaczął działać). Że cel da się osiągnąć, dowodzą już dotychczasowe próby z arsenem. Przez procedury chemiczne można uzyskać z arsenu przetwory, które z jednej strony są dla ustroju znacznie mniej trujące, niż sam arsen, a z drugiej znacznie silniej działają na pasorzyty. Ustrój ludzki jest sam niejako pracownią chemiczną, i dlatego zupełnie inne wyniki osiągamy przy doświadczeniach »in vitro«, niż w doświadczeniach u ludzi. Z biegiem czasu uda nam się jednak wynaleść takie przetwory, które w ustroju zmieniać się będą w ciała »wyjaławiające zupełnie ustrój« z danego zakażenia bez szkody dla tkanek. *K.*

Leczenie krwawiączki wstrzykiwaniami surowicy omawia Labbe. Do wstrzykiwań (10—20 cm³ do żyły ramieniowej) używać należy surowicy świeżej, najlepiej z człowieka, konia lub królika, ewentualnie także i przeciwbłoniczej. Wstrzykiwać należy co kilka miesięcy. Surowica działać ma także przy krwawiączce tamująco, stosowana miejscowo na miejsce krwawiące. *K.*

Porażenia błonicze leczy Koth bardzo wielkiemi dawkami surowicy i wstrzykiwaniami (3—6 mg) strychniny. *A.*

Płonicę po urazie palca spostrzegał Bernstein u 7-letniej dziewczynki. Wysypka ukazała się najpierw wzdłuż naczyń limfatycznych chorej ręki, a potem dopiero przeszła na szyję i klatkę piersiową, i wtedy zjawiło się także zapalenie gardła. W miejscowości tej nie było przedtem płonicy, a przyniosła ją do domu chorej 8 dni przed wystąpieniem choroby pewna dziewczyna, przyszedłszy z miejscowości, nawiedzanej płonicą. *A.*

W czerwonce u dzieci polecają Pires i Moncorvo lewatywy z kolargolu 1—5 ‰. *A.*

Muchy mają być często rozsadnikami duru (Allg. Mil. Zeitg Nr 45). Spostrzegano epidemie duru z chwilą pojawienia się much, a w odchodach ich wykazano prątki durowe. Muchy zanieczyszczają pokarmy i zakażają je przytem. *K.*

Przy leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego należy podług Sonnenburga i Kothego zwracać bardzo wielką uwagę na leukocytozę. Proste zapalenie wyrostka cechuje zwykle ciepłota do 37·5, tętno do 92, i liczba ciałek białych 1500. W takich przypadkach olejek rącznikowy oddaje nieraz cenne usługi, ale lepiej nie używać go w praktyce prywatnej, lecz tylko w szpitalnej. (*Mitt. a. d. Gr.* T. 19, Z. 1). *K.*

W leczeniu czyraków poleca Grasmann wczesne głębokie krzyżowe cięcie z podpreparowaniem płatów, (by lepiej usuwać można obumarłą tkankę) i tamponadę z gorącego rozczynu borsalicylu. Okoliczną skórę ochrania się przez posmarowanie tłuszczem. *A.*

Jad tężcowy poleca Bockenheimer zobojętniać odrazu w ranie zapomocą substancyi tłuszczowo-lepkich, jak tranu, parafiny, balsamu peruwiańskiego, waseliny itp. B. opiera się na doświadczeniach na zwierzętach, w których stwierdził, że substancye te mogą zapobiedz śmierci zwierząt lub przynajmniej życie przedłużyć. Na rany podejrzane poleca też B. prócz opatrunku zwykłego wodę utlenioną i tłuste maści lub balsam peruwiański z dodatkiem stałej antytoksyny. (*Lang. A.* T. 86). *K.*

Ciekawy skutek trepanacyi otrzymał Northrop z Nowego Yorku. Pewien obywatel, przedtem bardzo dzielny człowiek, doznał w r. 1891 urazu czaszki. Od tego czasu zmienił się zupełnie psychicznie, okazując wybitne objawy zwyrodnienia moralnego, zaczął kraść i pić nałogowo. W r. 1907 operacya w miejscu zranienia, usunięcie blizny i kości; od tego czasu wybitna poprawa. Chory znowu wrócił do stanu prawidłowego i pracuje dzielnie na polu przemysłu. *A.*

Operacyę Gleicha (przesunięcie guza piętowego na dół, ku przodowi i na wewnątrz) poleca bardzo Frisch (*A. f. kl. Chir.* 87) przy stopie płaskiej. Uzyskuje się przez nią bardzo dobre i pewne wyniki. *A.*

Przy kurczowej stopie płaskiej zaleca Hübscher stosowanie odpowiedniego poprawiającego wyciągu przez noc, gdyż w czasie snu wiotczeją wszystkie tkanki, a leczenie to przeszkadza choremu w zajęciach. W czasie dnia nosi chory odpowiednie wkładki. *K. A.*

Przy oparzeniach poleca Renner proszek złożony z 1 części bizmutu i 2 kaoliny. Działa on wysuszająco, zapobiega zakażeniu i łagodzi ból. Proszek sypie się na skórę i na to kładzie się zwykły opatrunek, który należy zmieniać codzień. Gdy strup się utworzy, zawijać należy miejsce oparzone borlanoliną. Niektórzy chorzy nie znoszą bizmutu. Postępowanie to jest znacznie tańsze od opasek Bardelebena. *A.*

Promienie Röntgena działają podług Blaschko bardzo dobrze w następujących cierpieniach skórnych: łuszczyca, przewlekłe wypryski, zwłaszcza głowy i około stolca i liszaj czerwony płaski. *K.*

„Halator“, nowy przyrząd do wdychiwania, podał Frankel. Przyrząd ten godzinami utrzymuje ciepłotę 60—70°, przez co umożliwia wdychiwanie długie takich środków, jak mentol, tymol i balsam peruwiański. *K.*

Nowe perforatoryum podał Nacke z Berlina. Jest ono 24 cm długie, a 14 mm grube; zamknięte przypomina kształtem lancę. Przez skręcenie trzonka dzieli się ostry koniec narzędzia na 3 odcinki, które wycinają równe kółko w czaszce. Narzędzie wprowadza się zamknięte na 1—1·5 cm głęboko w czaszkę płodu, potem trochę się je cofa, otwiera, i przez obrót około osi podłużnej wycina okrągły otwór. *A.*

Rurkę tchawiczną z ochraniaczem przeciw wykrztuszaniu zakaźnej treści z tchawicy na operatora podał Hofmann z Karlsruhe. Rurka wewnętrzna wystaje poza rurkę zewnętrzną, na końcu wystającym jest zamknięta, a otwór dla powietrza ma od spodu na wystającym odcinku. *K. A.*

Aby opatrunek gipsowy był lekki, należy podług Vogela dodać do proszku gipsowego następującej mieszaniny: *Gum. arab. 10,0, Amyl. 20,0, Cret. alb. 27,0, Alum. sulf. 60,0.* Wywiązuje się przez to przy zakładaniu obficie bezwodnik kwasu węglowego, który czyni opatrunek więcej porowatym. *K. A.*

Pulsometer, t. j. przyrząd do oznaczania szybkości krążenia krwi, podał Fellner z Franzensbadu. Z pomocą opaski zastoinowej wstrzymuje się na kończynie odpływ krwi żylnej, a manszetą Riva-Rocciego dopływ tętniczy. Wtedy obserwując koniec palca, oznacza się zapomocą odpowiedniego zegara,

ile czasu potrzebuje krew po usunięciu przeszkód, by dostać się na obwód. Stosunek drogi i czasu oznacza szybkość prądu krwi. W ten sposób stwierdzona szybkość krążenia krwi tętniczej wynosi 200—400 mm na sekundę, co odpowiada ilościom, stwierdzonym doświadczalnie na zwierzętach. *K.*

Higieniczny podtrzymywacz głowy dla chorych podał Albrecht. Składa się on z odpowiednio sporządzonej opaski i nadaje się do umocowywania okładów i worków z lodem na głowie, a także do przytrzymywania głowy przy czytaniu i t. p. *K.*

Mleko targowe w Lipsku zawiera prawie w 8—10% żywotne pątki gruźlicze. Widać z tego, jak konieczną jest ścisła kontrola mleka targowego pod tym względem. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dn. 18. listopada 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 48.

1) Prezes wita jako gości: Dr Jeleńską i Dr Rosenblatównę z Łodzi; R. Dw. Dra Merunowicza ze Lwowa; Dra Dąbrowskiego z Łodzi; Dra Mazurkiewicza ze Lwowa.

2) Następnie wybrano komitet przedwyborczy. Do komitetu weszli: kol. Bielański, jako przewodniczący, kol. Akermann, Browicz, Bochenek, Buzdygan, Dobrowolski, Horoszkiewicz, Godlewski M., Habicht, Blassberg, Kostanecki, Damski, Lewkowicz, Murdzieński, Krzyszkowski, Korolewicz, Landau Jan, Murczyński, Lustig, Sikorska, Wachtel, Witaliński, Przybylski, Steuermark, Surzycki.

3) Prof. Kader przedstawia **przypadek zwężenia przełyku**, leczony zapomocą gastrostomii i rozszerzania od dołu, dwa przypadki **przeszczepienia ścięgna.**

W dyskusyi zabierają głos: kol. Karpiński, który zapytuje o wygląd śluzówki żołądka w przyp. I.; kol. Piltz omawia przypadek II.

4) Kol. prof. Piltz przedstawił przypadek **postępowego samoistnego zaniku mięśni.**

5) Dr Radliński przedstawił **modyfikacyę operacyi przepukliny udowej.**

6) Dr Mazurkiewicz wypowiedział rzecz: **Stosunek psychiatryi do psychologii.** (Wykład ten wychodzi w »Przeglądzie lekarskim«).

W zastępstwie sekretarza: *Dr Owsiński.*

Stosunek psychiatryi do psychologii.

Napisał

Dr Jan Mazurkiewicz

Choroby umysłowe należą przeważnie do kategoryi najcięższych chorób wogóle. Często są groźne dla życia chorego lub jego otoczenia, mogą doprowadzać go przed kraty sądowe lub doprowadzać jego rodzinę do ruiny ekonomicznej. Prawie zawsze uniemożliwiają mu samodzielne zdobywanie środków do życia i wymagają mniejszej lub większej opieki ze strony ludzi zdrowych, tak, że prawodawstwa wręcz równają umysłowo-chorych z dziećmi nieletniemi.

Pomimo całego szeregu tak realnych i ciężkich skutków chorób umysłowych, nawet w tych kołach lekarskich, które się niemi specyalnie nie zajmują, jest bardzo rozpowszechnionem mniemanie, że psychiatrya tylko częściowo należy do zakresu nauk lekarskich i przyrodniczych, zaś przynajmniej w równej mierze należy do dziedziny metafizyki.

Każdy podręcznik psychiatryczny zajmuje się etyologią, przebiegiem, leczeniem, anatomią patologiczną chorób umysłowych, t. j. dzieli swój przedmiot na takie same kategorye, jak i wszystkie inne działy medycyny. Metody badania, któremi się posiłkuje przytem psychiatrya, t. j. spostrzeganie kliniczne, doświadczenie i mikroskop — są znowuż wspólne z metodami innych gałęzi medycyny. Wernicke krótko określa przedmiot psychiatryi, jako rozlane choroby układu kojarzeniowego mózgu, tak samo jak przedmiotem np. okulistyki, są choroby narządu wzrokowego.

Wnosząc z tego określenia, zdawałoby się, że psychiatrya nie potrzebuje jak gdyby wpraszać się dopiero do grona innych nauk lekarskich, i że przedmiot jej — zaburzenia układu kojarzeniowego mózgu — jest przyrodniczej, a nie metafizycznej natury.

Ale bardziej utartą nazwą jest nazwa »chorób umysłowych«, »chorób psychicznych«, i przy tem określeniu powstaje już szereg wątpliwości. »Umysł«, »świadomość«, »psychika« są nieuchwytne i niewymierne, wskutek czego uznawanie ich charakteru metafizycznego, transcendentalnego, zdaje się być uzasadnione.

Przedmiot psychiatryi posiada zatem pozornie pewien dwoisty charakter — w przeciwieństwie do innych gałęzi medycyny, których charakter jest pozornie zawsze jednolity. Tylko jedna psychiatrya raz określa swój przedmiot jako zaburzenia pewnego narządu ciała, to znów jako zaburzenia czegoś, co jest metafizycznem, — nieuchwytnem i niewymiernem.

Dwoisty charakter psychiatryi wyraża się także i w tem, że ona jedna ze wszystkich nauk lekarskich posiada dwojaką fizyologię: 1) zwykłą fizyologię mózgu i jego układu kojarzeniowego, i 2) fizyologię »umysłu«, »świadomości« czyli »psychiki«, t. j. psychologię.

Należy zatem stwierdzić, w jaki sposób psychologia określa swój przedmiot, gdyż poglądy psychologiczne w wysokim stopniu wpływały, a częściowo i do dnia dzisiejszego wpływają na losy psychiatryi.

Grecy i Rzymianie rozróżniali trzy psychiki, z której jedna była właściwie siłą życiową (ψυχή, *animus*), druga miała zdolność poznawania, odczuwania i chcenia (θυμός, *anima*), trzecia zaś była spokojnem myśleniem (νοῦς, *mens*). Już niektórzy Grecy zlewali te trzy dusze w jedną całość, która jako niematerjalna i nieśmiertelna dusza była przeciwstawiana ciału.

Ten pogląd dualistyczny był w dalszym ciągu rozwijany następnie przez pisarzy kościelnych, przez Descartesa, Leibnitza i innych filozofów i jest do dnia dzisiejszego panującym poglądem psychologicznym szerokich sfer inteligencyi i mas ludowych.

Już niektórzy lekarze wieków starożytnych poszukiwali przyczyn obłąkania w zaburzeniach cielesnych, mianowicie w gorączce i w nieprawidłowościach »soków cielesnych«.

»Niestety« — pisze znany psychiatra Kräpelin — »te zapatrywania, rozwinięte już do stopnia usystematyzowanej nauki, poszły prawie całkowicie w zapomnienie wraz z zanikiem starożytnej kultury. Na jej miejsce wkroczyły w wiekach średnich z jednej strony scholastyczno-filozoficzne, z drugiej zaś strony religijno-przesądne wyobrażenia w pojmowaniu obłąkania i szybko wyparły istniejące zaczątki przyrodniczego rozumienia rzeczy. Obłąkanie nie było już chorobą, ale dziełem dyabła, karą niebios, niekiedy boskim zachwytem. Już nie lekarz zajmował się badaniem i leczeniem psychicznie chorego, ale duchowny starał się zeń usunąć złe duchy; lud modlił się do obłąkanego, jak do świętego, a sędziowie skazywali go za jego urojone grzechy na pokutę w kaźni lub na stosie«.

Te znane fakty historyczne, przedstawione w powyższych słowach Kräpelina, były zatem przyczyną, która wywołała opóźnienie rozwoju psychiatryi naukowej, t. j. przyrodniczo pojmowanej, o wieki całe w porównaniu z innymi działami medycyny. Jeszcze Kant twierdził, że do oceny chorobliwych stanów umysłu bardziej jest powołanym filozof, aniżeli lekarz.

Rozwój przyrodoznawstwa w ostatnich stuleciach i rozwój psychiatryi dzisiejszej od czasów założenia jej podwalin przez Esquirola, wywołał złagodzenie krańcowo dualistycznego poglądu o tyle, iż zaczęto uznawać przyczynową zależność zmian psychicznych od zmian cielesnych. Sprawy fizyologiczne w mózgu i czynności psychiczne pojmowano teraz jako równoległe i stworzono t. zw. teoryą paralelizmu, która jest podstawą panującej dzisiaj psychologii, t. zw. fizyologicznej albo doświadczalnej. Psychologia paralelistyczna przejęła od dualistycznej pojmowanie świata cielesnego i psychicznego, jako dwóch kategoryi — wprawdzie zależnych od siebie — ale co do przedmiotu swojego zasadniczo różnych i niewspółmiernych. Zjawiska psychiczne pozostały więc w dalszym ciągu pewną antytezą zjawisk fizycznych, albo innemi słowy utrzymały pewien charakter metafizyczny.

[1]) Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dn. 18. XI. 1908.

Pomimo tego, pojmowanie tych dwóch kategoryi czynności, jako równoległych, było już wyraźnym postępem w porównaniu do dualizmu, gdyż zależność zjawisk psychicznych od cielesnych nieco krępowała zbyt daleko idące spekulacye. Dzięki temu zbliżeniu i uzależnieniu świata psychicznego od spraw biologicznych powstały specyalne działy doświadczalne psychologii porównawczej, psychologii dziecka, kryminalisty, wypowiedzi, które wykryły szereg faktów nowych i doniosłego znaczenia.

Już dzisiaj jednakże można wypowiedzieć twierdzenie, że psychologia paralelistyczna, w ogólnych zarysach uznawana i przez większość współczesnych psychiatrów, jest tylko naturalnym, historycznym okresem przejściowym do bardziej przyrodniczego pojmowania zjawisk psychicznych, jakie w ostatnich dziesiątkach lat znajdujemy w psychologicznych poglądach Avenariusa i Macha.

Ci dwaj uczeni, z których pierwszy jest znanym filozofem, a drugi znanym fizykiem, zupełnie niezależnie od siebie doszli do wyników prawie identycznych.

Filozof Avenarius wychodzi z założenia swojego »naturalnego pojęcia świata«, które przedstawia w sposób następujący: »Odrzuciwszy to, co z zewnątrz przyniosły przypadkowe i zmienne wpływy życia i szkoły, było tak: Ja ze wszystkiemi swemi myślami i uczuciami znajdowałem się w pośrodku pewnego otoczenia. Otoczenie to składało się z różnorodnych składników, które wzajem do siebie stały w różnorodnych stosunkach zależności. Do otoczenia należeli także bliźni z różnorodnemi wypowiedziami, i to, co oni wypowiadali, znajdowało się znowu najczęściej w stosunku zależności od otoczenia. Zresztą bliźni mówili i działali, tak jak ja: odpowiadali na moje pytania, jak ja na ich; wyszukiwali rozmaite składniki otoczenia lub unikali ich; zmieniali je, lub starali się je utrzymać bez zmiany; i to co robili, lub czego nie robili, oznaczali wyrazami i objaśniali przyczyny i zamiary swojego czynu lub jego zaniechania. Wszystko to tak samo, jak ja: stąd więc myślałem, że bliźni są istotami, jak ja, ja zaś istotą, jak oni«.

W tym faktycznie odnajdywanym składniku naturalnego pojęcia świata, — czyli w tym »odnalazku empiryokrytycznym« — jak go Avenarius nazywa, znajduje on dwie części przeciwstawne: jedna z nich obejmuje wszystko, należące do »mnie«, to znaczy należące do tego, co przez »Ja« oznaczamy, druga zaś — wszystko, należące do otoczenia. Tę zasadniczą koordynacyę, której członami są »Ja« i »otoczenie«, nazywa Avenarius zasadniczą koordynacyą empiryokrytyczną, w której człon »Ja« jest członem centralnym, zaś składniki przynależnego otoczenia — przeciwczłonami.

W ten sposób Avenarius, w przeciwstawieniu do dawniejszych filozofów, zamiast rozpatrywać stosunki abstrakcyjnych pojęć, opiera się na realnych stosunkach, o których nas poucza doświadczenie, i dochodzi do wniosku, że niema doświadczenia, któreby nie było albo »Ja«, albo jego »otoczeniem« (względnie częściowem określeniem »Ja« albo jego »otoczenia«). Jeżeli przy doświadczeniu »otoczenia« będziemy abstrahowali od »Ja«, pominiemy je, w takim razie zajmujemy się fizyką (w najszerszem tego słowa znaczeniu); jeśli zaś przy doświadczeniu »Ja« będziemy abstrahowali od »otoczenia«, to zajmiemy się psychologią. Ale w rzeczywistości »Ja« nie występuje nigdy bez »otoczenia«, a także doświadczenie »otoczenia« nie występuje nigdy, nie zawierając »Ja«.

»Jeżeli powiadam« — mówi Avenarius — »ja widzę drzewo, ma to jedynie znaczyć: pewne doświadczenie składa się z bogatszego kompleksu pierwiastków »Ja« i innego mniej bogatego kompleksu pierwiastków »drzewo«. Jeżeli przytem mówię, że drzewo istnieje nietylko dla mnie, ale że sądząc z tego, co mówią moi bliźni, to drzewo istnieje w taki sam sposób i dla nich, to tutaj nie przekraczam jeszcze granic dozwolonej analogii pomiędzy mną, a bliźnim. Ale przekraczam te granice, jeżeli mówię, że drzewo jest jako wrażenie, albo jako wyobrażenie w tym człowieku, to znaczy, jeśli ja wkładam weń drzewo (introjekcya), ponieważ wtedy przyjmuję dla mojego bliźniego coś, czego na żaden sposób nie znajduję w mojem własnem doświadczeniu, które mi podaje składniki otoczenia zawsze tylko w pewnym przestrzennym stosunku do mojego ciała, ale nigdy w mojej świadomości i t. p. Ponieważ introjekcya jest przekroczeniem doświadczenia, zatem każda próba pogodzenia jej z faktami doświadczalnemi musi stawać się niewyczerpalnem źródłem pozornych, nierozwiązalnych problemów. Starożytni problem taki rozwiązywali twierdzeniem, że od przedmiotów odłączają się ich »odbicia«, które wchodzą do wnętrza ciała — zaś współczesna psychologia zamiast tych materyalnych odbić mówi o metafizycznych »wyobrażeniach«. Oba rozwiązania są jednakowo błędne, bo w tej mierze, w jakiej się dochodzi do przekonania, że składniki otoczenia we wnętrzu ciała, są czemś innem, aniżeli zewnątrz ciała, w tej samej mierze muszą się one stawać — z chwilą, kiedy są wewnątrz — czemś zasadniczo różnem od otoczenia. Avenarius zatem nigdy nie mówi np. o wzrokowem wrażeniu lub wyobrażeniu drzewa, ale tylko o stosunku drzewa do ustroju, który je widzi lub widział. (C. d. n.).

Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

W drodze do Korfu, d. 13 XI. 1908.

Za inicyatywą lekarzy karlsbadzkich, a za staraniem Dra Starka z Karlsbadu i Dra Castiglione, naczelnego lekarza Lloydu austryackiego, doszła w tym roku po raz pierwszy do skutku wycieczka naukowa lekarska w celu poznania najważniejszych uzdrowisk południowych. Wycieczka ta, wzorowana na podobnych wycieczkach niemieckich, odbywa się na słynnym z wygody i komfortu okręcie Lloydu austryackiego »Thalia«, który to okręt, jak dotychczas, zupełnie nie zawiódł naszego w nim zaufania. W wycieczce uczestniczy około 90 lekarzy wraz z żonami, przeważnie Niemców. Polaków jest nas 16, naczelnikiem »kolonii« polskiej wybrany został jednomyślnie członek komitetu urządzającego, Dr Obtułowicz ze Lwowa.

Jadąc ze Lwowa do Tryestu, zatrzymałem się kilka godzin w Peszcie, aby poznać również tamtejsze źródła mineralne. Najbliższa okolica Pesztu bardzo w nie obfituje, a co ciekawsze, ma ich najrozmaitsze rodzaje. I tak np. na prawym brzegu Dunaju wytryskują, jako studnie artezyjskie, cieplice siarczane (43—45° C); ujęte w odpowiednie baseny służą przeważnie do kąpieli. Na łące poniżej góry zamkowej są znowu znane źródła gorzkie, jak Hunyady-Janos, Rakoczy, Franciszka Józefa i inne, rozsyłane w ogromnych ilościach po całym świecie. Wreszcie jako wody stołowej używają Węgrzy przeważnie wody z wyspy Małgorzaty, która to woda, sprzedawana wszędzie i po cenie bardzo nizkiej, zastępuje im znakomicie niemiecki Gieshübler.

Osiem dni przed rozpoczęciem wycieczki można było korzystać z bezpłatnego biletu jazdy okrętem Lloydu z Tryestu do Wenecyi i z powrotem, z czego też wielu uczestników skorzystało. Właściwa wycieczka rozpoczęła się 10 listopada z Tryestu, skąd, po całonocnej podróży, dojechaliśmy wcześnie rano do Abacyi. Tu przyjął nas w imieniu komisyi zdrojowej prof. Glax, autor znanej powszechnie balneologii, z Polaków zaś Dr Górski i Ebers. Prof. Glax udzielił nam w formie krótkiego wykładu licznych objaśnień co do klimatu, urządzeń leczniczych i wskazań do leczenia w Abacyi.

Abacya, jak wiadomo, zawdzięcza swój rozwój Towarzystwu kolei południowej. W przeciągu około 30 lat rozwinęła się Abacya do tego stopnia, że gdy w roku 1888 było tu zaledwie kilka budynków, wynajmowanych dla przyjeżdżających tu gości, dziś jest ich przeszło 200. Ma ona wspaniale urządzone parki z drzew oliwnych, ścieżki do leczenia terenowego metodą Oertla, kilka sanatoryów, wyposażonych we wszelkie urządzenia dla leczenia fizycznego, doskonałe kąpiele w wodzie morskiej ogrzewanej, lub zimnej. Tak zwany »Strandweg«, długa na kilka kilometrów droga, ciągnąca się po skałach nad samem morzem, jest doskonałem miejscem przechadzek dla chorych, jest bowiem, jako tylko dla pieszych przeznaczona, zupełnie pozbawiona kurzu, a powietrze jej jest przesycone cząstkami soli od rozbijających się u jej podnóża fal morskich. Abacya podnosi się z roku na rok widocznie; widać tu wszędzie dbałość o wygodę przybywających gości. Polaków tu mnóstwo, na ulicach słyszy się bardzo często język polski, są pensyonaty, zamieszkiwane wyłącznie przez Polaków, a w wielu sklepach można się po polsku rozmówić. Lud tutejszy, to Kroaci, chociaż w poblizkiem miasteczku Lovranie słyszy się już prawie wyłącznie język włoski. Oczywiście i Niemców tutaj, jak wogóle wszędzie, nie brak. Do Abacyi dojeżdża się od Pesztu do stacyi Abacya-Montuglie, skąd tramwajem elektrycznym, mając śliczny widok na morze, na samo miejsce, albo do Rjeki, a stąd statkiem parowym w przeciągu $^1/_2$ godziny do Abacyi, co w razie spokojnego morza stanowi wielką rozmaitość w podróży.

Abacya ma dwa sezony. Pierwszy (październik, listopad, grudzień, a częściowo i marzec) jest wilgotno-ciepły. W tym czasie morze zwykle dość burzliwe, rozbija się o skały nadbrzeżne i rozpyla w powietrze cząstki soli. W tym czasie przebywanie na drodze nadbrzeżnej dla chorych na cierpienia dróg

oddechowych ma być według prof. Glaxa bardzo korzystne. Najlepiej czują się wtedy chorzy z trudnem wykrztuszaniem, skąpą wydzieliną a silnym kaszlem. Chorzy z obfitą wydzieliną dróg oddechowych czują się lepiej w sezonie drugim, który jest suchy, ale i wietrzny. Sezon drugi nadaje się również dla neurasteników, którzy w tym łagodnym klimacie czują się zazwyczaj dobrze, mogą cały dzień, nawet w zimie, przebywać na świeżem powietrzu, a nawet brać zabiegi wodolecznicze. Oba sezony mają być korzystne dla chorych na serce, tembardziej, że na miejscu są i środki leczenia fizycznego, jak ścieżki do leczeń terenowych, przyrządy Zandera, kąpiele z wody morskiej, przesyconej bezwodnikiem węglowym i t. d. Zimnica tutaj nie znana, co tłómaczy się zupełnym brakiem tak dokuczliwych w innych miejscowościach południowych moskitów. Woda morska tutejsza jest 4% solanką, zawiera więc znacznie więcej soli, aniżeli woda morza północnego. Ciepłota jej, zależnie od pory, dochodzi do 26·5° C, średnia zaś w miesiącach letnich wynosi 22° C. Działanie jej na układ nerwowy przy przedłużonych kąpielach jest uspokajające, przeciwnie więc, niż na morzu północnem. Kąpiele te zalecają tu przy zołzach, wszelkiego rodzaju niedokrwistościach, nerwicach ogólnych, a w końcu w chorobach narządu rodnego kobiecego. Co do urządzeń higienicznych, to i pod tym względem nie ustępuje Abacya innym uzdrowiskom. Posiada doskonałą wodę, sprowadzaną wodociągami z wysokiej góry, t. zw. Monte Maggiore, kanalizacyę, halę targową, fabrykę sztucznego lodu itd. Wogóle sprawia Abacya bardzo korzystne wrażenie.

Dalszym naszym przystankiem był Dubrownik (Raguza), gdzieśmy przybyli po niespokojnie spędzonej na morzu nocy. Miasto stare i nadzwyczaj oryginalne, przechowuje dotychczas swój obronny charakter średniowieczny. Otoczone wysokim kamiennym murem, po którym przechadzka należy chyba do największych przyjemności z powodu wspaniałego widoku na miasto i morze, miał Dubrownik, jako rzeczpospolita, czasy swego wspaniałego rozwoju. Statki jego handlowe zawijały do portów Egiptu i Syryi, Tunisu i Czarnego morza, a rzeczpospolita prowadziła handel z Bośnią, Bułgaryą, Grecyą, Neapolem, Sycylią, Hiszpanią. Odkrycie nowych dróg morskich sprowadziło upadek rzeczypospolitej. Dziś liczy Dubrownik zaledwie 10 tysięcy mieszkańców. Roślinność tu przebujna. Pinie, oliwki, aloesy, oleandry, migdały rosną dziko. W czasie, gdyśmy tu byli, t. j. prawie w połowie listopada, gdy u nas już zaczęły się mrozy, tu zielono i ciepło, a nawet widzieliśmy kwitnące oleandry. Na obok leżącej wyspie Lakromie (Locrum) roślinność tak bujna, że przypomina podzwrotnikową. Średnia roczna ciepłota wynosi w Spljecie 14° C, na wyspie Lesina 16·3, w Dubrowniku 17·1° C, gdy w Wenecyi tylko 13·5°, w Neapolu 16° C. Najwyższa ciepłota w lipcu 23·8—25·5° C, w styczniu 9·2° C.

Na 100.000 mieszkańców umiera w Dalmacyi z powodu gruźlicy 240, mniej o 16, niż w Tyrolu; na uwiąd starczy umiera rocznie 375 ludzi, prawie o 100 więcej, niż w Tyrolu. Prawdopodobnie ma tu wpływ stary zwyczaj palenia wszystkich rzeczy, pozostałych po gruźliczym, (nawet zwierciadła, w które patrzył, i ozbijają!) Bruki tu wszędzie kamienne, kurzu więc nie ma, miasto samo bardzo czyste, a chociaż ma wązkie, jak zresztą wszędzie na południu, uliczki, powietrza dużo i to dobrego. Wodę sprowadza Raguza ze źródła Ombla, które jest właściwie wywierzyskiem rzeki Trebinjicy, przepadłej gdzieś w Karście. Dziś Raguza zaczyna się coraz więcej rozwijać, coraz więcej przybywa tu chorych na zimowy pobyt, zbudowano wspaniale pod każdym względem urządzony hotel Imperial i jest nadzieja, że kiedyś utworzy się tu słowiańska Riviera, na co zresztą Dubrownik ze względu na swój klimat zupełnie zasługuje. 75% ludności to Chorwaci; mówią przeważnie po słowiańsku, (chociaż słyszy się również dość języka włoskiego i niemieckiego). Spotkaliśmy tu lekarza Polaka, Dra Marcelego Wędziłowicza, który tu już od kilkudziesięciu lat pracuje. Powitał on nas w imieniu kolegów z Raguzy i towarzyszył nam wszędzie, udzielając chętnych wyjaśnień.

Dr St Lewicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej. Pod tym tytułem wydał dr Al. Zaleski rozprawkę (Płock, druk. K. Miecznikowskiego, 1908), w której rozpatruje organizacyę pomocy lekarskiej dla ludności niezamożnej w Królestwie polskiem. Po krótkim zarysie historycznym opisuje dr Z. organizacyę rządową, istniejącą od r. 1899 w gub. płockiej, która miała się zasadzać: 1) na utworzeniu lecznic po 10 łóżek dla chorych, wymagających opieki stałej, 2) na leczeniu ambulatoryjnem, po 2 razy na tydzień w miejscu zamieszkania lekarza i 2 razy w 2 punktach wyjazdowych, 3) na odwiedzaniu przez lekarza obłożnie chorych w domu. Do pomocy lekarzowi dodano felczera i felczerkę-położną, a cały plan wzorowano na organizacyi medycyny rosyjskich ziemstw, w jej pierwotnej formie, ze wszystkiemi jej wadami. Gubernię płocką podzielono zrazu na 8 obwodów lekarskich, a gdy to na ludność 600.000 nie wystarczało, wciągnięto do organizacyi »czasowo« 4 istniejące w gubernii szpitale, ze szkodą dla tych instytucyi, a krzywdą dla lekarzy szpitalnych. Lekarze bowiem szpitalni, zajęci przez 3 dni w tygodniu narzuconem im ambulatoryum, za co nie otrzymali żadnego wynagrodzenia, oczywiście mniej mogli zajmować się stałymi chorymi szpitalnymi. Utworzone nowe lecznice (8) po 10 łóżek okazały się istną parodyą szpitali; pomieszczone i urządzone najfatalniej, pozbawione lekarza przez 2 dni w tygodniu (ordynacya na punktach wyjazdowych), przeważnie odstraszały one chorych, tak że w niektórych lecznicach przebywało 5—30 chorych w ciągu całego roku. Również złe wyniki w praktyce dała organizacya porad ambulatoryjnych; na jednego lekarza przypadało średnio około 30 chorych na jedno przyjęcie, 6000 rocznie, wszelako w niektórych obwodach wypadało tylko 9 (resp. 1800), — w innych, przeciążonych, dochodziła liczba chorych aż do 110 (resp. 12000) i tam oczywiście nie mogli lekarze podołać zadaniu. Co do odwiedzania obłożnie chorych po domach, to wynagrodzenie lekarzy obwodowych w płockiem jest zbyt nizkie, aby i ten obowiązek mogli wypełnić, zaniedbując praktykę prywatną, z której właściwie żyją. Nie lepsze wyniki dała rządowa organizacya w zakresie pomocy położniczej, szczepienia ospy, nadzoru sanitarnego i t. p. — Streściwszy te (z góry w pismach i Towarzystwach naszych lek. przepowiadane) niepomyślne wyniki szablonowo narzuconej rządowej pomocy lekarskiej dla ubogiej ludności, podaje dr Z. plan, według którego, jego zdaniem, pomoc ta zorganizowana być powinna. Należałoby przedewszystkiem urządzić porządne szpitale we wszystkich miastach powiatowych (z 84 niema szpitali 29), przyczem nie warto zakładać zbyt małych szpitalików poniżej 15 łóżek; utrzymanie szpitali zapewnić przez odpowiednie podatki; płace lekarzy szpitalnych uregulować (obecnie otrzymują 200—400 rb. rocznie!); zorganizować pomoc ambulatoryjną w sposób właściwy przy szpitalach; wprowadzić pomoc położniczą, choćby przez kształcenie »babek«, zanimby można ustanowić położne gminne. *R.*

Kolejowe apteki na większych stacyach ma zamiar urządzić dyrekcya kolei państwowych w Wiedniu dla użytku członków kolejowych Kas chorych. W piśmie rozesłanem do lekarzy kolejowych zapytuje dyrekcya, które stacye uważają lekarze do tego za najodpowiedniejsze. Sprawa ta powinnaby jednak pozostać tylko projektem, gdyż z tej samej racyi zakładaćby mogły własne apteki wszelkie inne kasy chorych, co wobec projektowanej nowej ustawy mogłoby doprowadzić do ruiny stan aptekarski. *X.*

Okręt leczniczy ma zamiar zbudować Towarzystwo pomocy dla chorych piersiowych w Wiedniu. Okręt ten na 200 chorych krążyć będzie nad wybrzeżem, a w razie burzy zajeżdżać będzie do portów. Chodzi o wystawienie chorych przez cały czas na działanie łagodnego, wolnego od kurzu i dymu powietrza morskiego, na działanie słońca i klimatu morskiego. *X.*

Ochrona matek w Niemczech. W parlamencie niemieckim przejdzie prawdopodobnie wniosek komisyi przemysłowej, aby położnice wolno było przyjmować do pracy dopiero najwcześniej w 6 tygodni po porodzie i aby poród stawiano w kasach chorych na równi z chorobą, udzielając położnicom zasiłków pieniężnych obowiązkowo (co dotąd zostawiano kasom chorych do woli). *R.*

Wychowywanie i leczenie młodocianych chorych nerwowych i umysłowych omawiał na III międzynarodowym Zjeździe dla opieki nad chorymi umysłowo, Hess. Chorych takich podzielić można na 3 grupy: 1) nerwowi, neurastenicy, histerycy, 2) psychopaci, 3) moralnie upadli. W grupie pierwszej możliwe jest wyleczenie nawet w domu, podobnież w grupie drugiej po przejściu ostrego stanu (przebytego w zakładzie), natomiast chorzy z grupy trzeciej powinni być leczeni jedynie w odpowiednich zakładach. O tem, że uzyskać można przy tem bardzo dobre

wyniki, świadczy najlepiej statystyka zakładu wychowawczego Kahlbauma dla takich chorych w Görlitz. *X.*

Wyroki honorowe w Niemczech. Lekarski pruski honorowy trybunał uwolnił pewnego lekarza, skazanego w drodze honorowej za to, że będąc specyalistą, zajmował się prócz tego ogólną praktyką. W motywach podaje trybunał, że § 29 rządowej ustawy przemysłowej zezwala każdemu lekarzowi wykonywać praktykę we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej. Natomiast zatwierdził trybunał wyrok, skazujący pewnego lekarza za sprzedanie praktyki, albowiem: wyrobiona praktyka opiera się na zaufaniu chorych do danego lekarza, a zaufania nie można ani przekazać, ani też sprzedać nikomu innemu. *X.*

Za oszpecenie przez rentgenizacyę skazano pewnego lekarza w Bawaryi we wszystkich 3 instancyach na znaczną karę. Leczenie, podjęte z powodu zarostu na wardze górnej, pozostawiło szpecące blizny; sądy uznały leczenie to za nieostrożne. *X.*

Międzynarodowy Zjazd dla spraw ubezpieczeń wyraził życzenie, by odpowiednie czynniki ogłaszały wszelkie spostrzegane »uszkodzenia zawodowe«, które wobec rozwoju przemysłu wydarzają się coraz częściej, a nie są lekarzom ogólnie znane. *X.*

Jak ostrożnie postępować należy z nowymi środkami, dowodzi sprawozdanie zakładu farmaceutycznego w Berlinie, przedłożone na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa aptekarzy w Darmstadt. Otóż szczegółowe badania dowiodły, że znaczna liczba nowych środków nietylko nie ma wartości leczniczej, ale często rzeczywisty ich skład chemiczny nie odpowiada wcale idealnemu, podawanemu na etykiecie leku. Lekarz nie powinien też używać żadnych próbek nowych leków, przysyłanych mu z fabryki, dopóki się nie upewni na podstawie wiarogodnych publikacyi, że tak skład, jakoteż i działanie danego leku są polecenia godne. *X.*

Sprawa palenia zwłok w Niemczech ma gorących zwolenników, ale też i zaciętych przeciwników. Bawarskie ministeryum spraw wewnętrznych odrzuciło prośbę magistratu m. Monachium o zezwolenie na budowę krematoryum, uzasadniając między innemi odmowę i tem, że obecne ustawodawstwo karne zna tylko »zwłoki« osób, a nie ich popioły. W niektórych miastach istnieją już krematorya i bywają przyczyną ciągłych dziwnych zawikłań. Tak np. w Treptowie rodzina zmarłego pragnęła, by duchowny brał w pogrzebie udział. Po wielu zachodach wyższa władza duchowna zezwoliła na to pod warunkiem, że duchowny nie będzie odziany w szaty kościelne. Kapłan jednak mimo to ubrał się stosownie, za co też został pociągnięty do odpowiedzialności. W jednym przypadku zgonu na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych policya w Hamburgu zakazała przewozu zwłok do rodzinnego miasta. Wobec tego zwłoki spalono i przewieziono i znowu z duchownym było zajście tego samego rodzaju. W wielu znów przypadkach władza zakazywała umieszczania popiołów na cmentarzach, twierdząc, że cmentarze są właśnie dlatego, by zwłoki tam chować, a nie palić. Jednakże Najwyższy Trybunał w jednej z takich spraw wydał wyrok, dozwalający chować popioły na obecnych cmentarzach. Sprawa palenia zwłok wymaga przeto koniecznie rozwiązania oficyalnego, jak dotąd bowiem sprawia konflikty, niemiłe dla wszystkich. *K. A.*

Lekarz w szkole. Radca sanitarny z Berlina, Dr P. Meyer, ogłasza następujące szczegóły, tyczące się opieki lekarskiej nad dziećmi w szkołach. W roku 1906/7 wynosiła liczba lekarzy szkolnych 44; liczba uczniów w szkołach gminnych m. Berlina 227.750; na poszczególnych lekarzy przypadło od 3398 do 7175 dzieci, średnio 5176. Dzieci pierwszy raz wstępujących do szkół zbadano 45481 tak, że na każdego z lekarzy wypadło średnio 806 badań. 3100 dzieci uznano za niezdolne do uczęszczania do szkół publicznych, a 9169 nowo zapisanych wzięto pod stałą obserwacyę. W obserwacyi szkolno-lekarskiej było w r. 1904/5 24225 dzieci, w r. 1905/6 29622, w 1906/7 36375, t. j. wypadło 827 na jednego lekarza. Dzieci te okazywały następujące zboczenia: cierpienia oczu 7454, niedokrwistość 5129, cierpienia uszu 3453, cierpienia nosa i gardła 2557, schorzenia serca 2551, skrzywienia kręgosłupa 2380, zołzy 1751, choroby nerwowe 1487, gruźlica płuc 1386, zaburzenia mowy 1175, krzywica 1011, upośledzenie w rozwoju umysłowym 839, choroby skórne 615, gruźlica kości 359, wady rozwojowe 325, padaczka 279, niegruźlicze choroby płuc 218, choroby nerek 172 i inne choroby 671. *E. S.*

Gminne dozorczynie chorych wprowadzono w Saksonii z wielkiem powodzeniem i korzyścią dla chorych. Osoby, pragnące poświęcić się temu zadaniu, przechodzą odpowiednie 10-tygodniowe kursa. *X.*

Zwierzęta dotknięte wścieklizną (stwierdzoną) pokąsały w Niemczech w 1907 r. 274 osób. Z tego 94·9% poddało się leczeniu ochronnemu i z tych zmarło zaledwo 2, t. j. 0·52%. *X.*

W walce z zimnicą we Włoszech podjęte będą próby w nowy, ciekawy sposób. Mianowicie: wykryto, że niektóre ryby tępią i zjadają jaja i larwy owadów, przenoszących na ludzi zimnicę; odnosi się to zwłaszcza do rybek z gatunku *Girardinus poicilloides*, pochodzącego z wyspy Barbados. Rybki te są wielkości 1 cm i rozmnażają się bardzo szybko, tak, że nawet krajowcy nazywają je dlatego »milionami«. Być może, że hodowla tych rybek przyczyni się znacznie do zwalczania malaryi. Z naszych ryb pożerają jaja i larwy komarów także karpie i węgorze. *A. K.*

Badanie dentystyczne dziatwy szkolnej w Medyolanie stwierdziło, że na 50000 uczniów szkół początkowych tylko 3000 ma zdrowe uzębienie. Wobec tego zaprowadzone będzie peryodyczne badanie uzębienia dziatwy celem odpowiedniego wczesnego leczenia; o wynikach badania zawiadamiani będą rodzice i opiekunowie — niezamożni bezpłatnie, inni za małą opłatą. *X.*

Kiła u prostytutek. Schlasberg przeprowadził w tym kierunku rozległe statystyczne badania w Szwecyi i przekonał się, że zakażeniu przymiotem przed wpisaniem się na listę policyjną ulega 9·7% prostytutek, w czasie i wśród wpisywania się 32·5%, po wpisaniu 56·3%. Objawy drugorzędne występują raz u 20%, dwukrotnie u 30%, trzy razy u 20%, czterokrotnie i więcej u reszty. Liczba nawrotów nie wpływa wcale na ciężkość i szybkość występowania zmian trzeciorzędnych, podobnie i rodzaj leczenia w okresie drugorzędnym. Zmiany trzeciorzędne występują najczęściej w 6—7 lat po zakażeniu. (*Hygiea*, maj, 1908).

Ciekawe zestawienie podają pisma niemieckie. Rada miasta Drezna ogłosiła konkurs na posadę II. asystenta miejskiego lekarza obwodowego. Wymagano egzaminu fizykackiego, zrzeczenia się prywatnej praktyki i wszelkich bocznych zarobków przy płacy 3000 marek rocznie. Równocześnie zaś ogłosiła taż rada konkurs na posadę piwnicznego miejskiej winiarni w ratuszu z pensyą 5000—7000 marek rocznie! *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca października 1908	411,802	214,676
W listopadzie 1908	8,791	5,324
Razem .	420,593	220,000

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 69, nieżywo 5; zmarło osób 62 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 3 (2), płonicy 1 (—), odry 1 (—), duru brzusznego — (—). *S*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 3, płonicy 9 † 1 (2 † —), odry 41 † 1 (1 † —), duru brzusznego 5 † 1 (— † —). *Dr Sch.*

Cholera w Rosyi. Od 2. do 8. XI. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 500 († 250). Od początku epidemii do 1. XI. chorowało na cholerę w całej Rosyi 27,631 osób, zmarło 13045. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. XII. b. r. posiedzenie, na którem Doc. Gliński przedstawił okazy rozlanego naczyniaka wątroby, mięsaka żołądka i zwężeń przełyku (po działaniu kwasu solnego), Prof. Rosner preparat ciąży bliźniaczej monochorialnej, dołączając uwagi o jej powstawaniu, a Dr Cetnarowski miał wykład: »O pęknięciu ma-

cicy w ciąży«. W dyskusyach przemawiali Prof. Godlewski, Prof. Rosner, Dr Owsiński i Dr Wojciechowski.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galic. w dn. 27. XI. b. r. zajmowano się następującemi sprawami: 1) Na przedłożoną przez Towarzystwo Samopomocy lekarzy prośbę Dra W. o zaopiniowanie propozycyi zarządu Kasy chorych kupców w Wiedniu uchwalono odpowiedzieć, że propozycye te są za nizkie. 2) W sprawie kasy chorych w G., z powodu sprzecznych podań Dra W. i Dra M., postanowiono zażądać od nich wyjaśnień. 3) W sprawozdaniu z uchwał XIII Wiecu Izb stwierdzono omyłkę w punkcie 2., wobec czego Prezydent odniósł się o sprostowanie do Izby praskiej, jako zarządzającej. 4) Załatwiono szereg drobnych spraw.

— W Radzie miejskiej poruszono 26. XI. br. sprawę opóźniającego się mianowania lekarza naczelnego (fizyka) i chemika miejskiego, sprawę dokładniejszego nadzoru nad środkami spożywczymi, nadzoru lekarskiego przy odkażaniach, częstszego zwoływania komisyi sanitarnej, przyczem r. Prof. Dr Domański zaznaczył, że przewodniczącym tej komisyi powinien być lekarz.

— Schronisko ze szpitalikiem na 12 łóżek otwarło w dn. 29. XI. b. r. Stowarzyszenie służących im. św. Zyty. Kierownictwo lekarskie objął Dr Murczyński.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maurycy Spira, rodem z Krakowa.

— Dr B. Gerżabek uzyskał na uniwersytecie londyńskim stopień doktora medycyny oraz członka kollegiów (Member of the Royal College of Physicians of London, Member of the Royal College of Surgeons of England), pierwszy z lekarzy z Austryi.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zwraca za naszem pośrednictwem uwagę Kolegów, że wysyła kalendarz za pobraniem pocztowem tylko tym, którzy tego wyraźnie zażądali, i że przesyłka za pobraniem podnosi koszta pocztowe w porównaniu z przesyłką zwykłą o 55 hal.

Warszawa. Dnia 30. XI. b. r. odbyło się uroczyste otwarcie sanatoryum dla piersiowo chorych w Rudce pod Warszawą. Przy otwarciu, na które przybyło około 60 lekarzy i przedstawiciele prasy, przemawiał dr Teodor Dunin, kreśląc dzieje sprawy. Przed laty dziesięciu, w roku 1899, rzucił dr Dunin myśl założenia sanatoryum, która od razu żywo została przez ogół poparta. Stanisław ks. Lubomirski ofiarował 20 morgów gruntu pod budowę; Hipolit Wawelberg, pani Rau, panna A. Natansonówna złożyli po 10.000 rb., p. Scheiblerowa, bar. Kronenberg, Dr Dunin, po 5.000 rb., cały szereg osób po 3.000, 2.000 i 1.000 rubli, Rada kolei wiedeńskiej 30.000 rubli z prawem do 10 łóżek dla swych urzędników za opłatą 1·50 rb. dziennie, Towarzystwo kopalń węgli 10.000 rb. z prawem do jednego łóżka i t. d. Banki ofiarowały pożyczki na bardzo dogodnych warunkach, wielu z fabrykantów i rzemieślników oddało swe wyroby po cenie kosztów własnych, a nawet ofiarowało bezpłatnie swą pracę. Dzięki tej powszechnej ofiarności stoi dziś gotowa do użytku połowa sanatoryum, mogąca pomieścić 60 chorych. Gmach stanął według planów pp. Franciszka Lilpopa i Karola Jankowskiego; urządzony jest skromnie, ale nowocześnie; wszystko wykonały firmy krajowe. Koszt ogólny wynosi 240.000 rb. Opłaty, wynoszące przeważnie po 1·50 rb. dziennie, są bardzo nizkie w porównaniu z sanatoryami zagranicznemi; ale ponieważ i te opłaty mogą być dla niejednego z chorych niedostępne, przeto dla dopomożenia takim chorym utworzył dr Alfred Sokołowski fundacyę w kwocie 10.000 rb. Szlachetna ta ofiara, ogłoszona przy otwarciu sanatoryum, jest w tym kierunku pierwszym krokiem, który niewątpliwie podziała jako zachęta do dalszych podobnych fundacyi. Po otwarciu przemawiali prof. Kosiński, dr Hewelke, dr Polak, dr J. Jaworski, dr J. Tchórznicki, podnosząc zasługi dra Dunina i zmarłej jego małżonki, ś. p. Zeneidy Duninowej, jako twórców sanatoryum. — W dniu otwarcia znajdowało się już w sanatoryum 26 chorych. Kierownictwo zakładu objął dr Stanisław Gałecki.

— W Łodzi odbyło się 25. XI. b. r. uroczyste otwarcie pawilonu ortopedycznego w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci.

— Miasteczko Lutomiersk pod Łodzią ofiaruje 600 rb. zasiłku lekarzowi, któryby się tam osiedlił.

Z różnych stron. W Niemczech coraz liczniej odzywają się żądania, aby na Zjazdach lekarskich zaniechano uroczystości i kosztownych przyjęć, do czego pierwszy krok zrobiło niemieckie Towarzystwo higieniczne (Ges. f. öffentliche Gesundheitspflege), uchwalając nie godzić się na żadne przyjęcia przez zarządy miast, w których odbywać się będą Zjazdy. Dr Mamlock (Deuts. med. Wochs. 48) oblicza, że samo miasto Berlin wydało w ciągu 25 lat ostatnich na przyjęcie różnych Zjazdów lekarskich i higienicznych 178.188 Mk.; gdyby się pod tym względem zwyczaje nie zmieniły, to nieprodukcyjne te wydatki jeszcze wzrosną wraz z mnożeniem się rozmaitych Zjazdów, których liczba w ciągu lat 25 wzrosła z 7 (1883) na 41 (1907).

— Ostatni budżet państwa niemieckiego przeznacza na renty, płacone z tytułu powszechnego ubezpieczenia robotnikom do pracy niezdolnym 51,310.000 Mk.; dalej przeznacza on np. na zwalczanie duru 200,000 Mk., na zwalczanie gruźlicy 120,000 Mk., na zwalczanie śmiertelności niemowląt 40,000 Mk., na badanie kiły 30.000 Mk. i t. d.

— Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach jest we Wrocławiu znakomicie zorganizowana. Przy 5 posterunkach straży ogniowej znajduje się tyleż stacyi pogotowia, zaopatrzonych w automobile. Znaki na latarniach ulicznych wskazują drogę do najbliższej stacyi ratunkowej. Lekarzy wzywa się w razie potrzeby zaraz telefonem, na stacyi w pogotowiu są zawsze sanitaryusze. Oprócz tego istnieje jeszcze stacya ratunkowa Czerwonego Krzyża, gdzie służbę pełnią lekarze i 38 ochotniczych stacyi meldunkowych, które wysyłają oddziały pod kierunkiem lekarzy w razie większych zebrań, jak wystaw, wyścigów, manifestacyi politycznych i t. p. W oddziałach tych pełnią służbę pod kierunkiem lekarzy obywatele miasta, odpowiednio wyuczeni. Pomocy udziela się w przeszło 12,000 przypadkach rocznie. *N.*

— Niemieckie Stowarzyszenie aptekarzy na Zjeździe w Darmstadt oświadczyło się za lepszem wykształceniem farmaceutów w chemii organicznej i fizyologicznej, jakoteż w bakteryologii. Pożądanemby było, by w przyszłości apteki były zarazem posterunkiem, gdzieby mogły być wykonywane także badania chemiczne i bakteryologiczne przez lekarzy i aptekarzy. *N.*

— »Medycyna i Kronika lek.« (48) podaje według »London Statistics« z r. 1907/8 ciekawe dane o stolicy Anglii. T. zw. Mały Londyn (County of London) zajmuje 74.816 akrów i ma 4.795.789 mieszkańców: cały Londyn (Greater London) liczy 7.323.236 ludności. W Małym Londynie przypada na akr 60 osób i 8 domów; ma on 611.786 domów, 2134 mil ang. ulic, 9026 akrów, parków, placów i ogrodów. W r. 1907/8 zawarto w Małym Londynie 40435 małżeństw (tylko 1712 analfabetów); dzieci urodziło się 126.392 (14 co godzinę), zmarło osób 73.990 (8 co godzinę). Śmiertelność waha się w różnych dzielnicach od 9·46‰ (Hornsey) do 21·03‰ (Finsburg). Mieszkańcy Londynu spożywają rocznie 820.000 tonn (16,400,000 funtów ang.) mięsa, 80.000 galonów mleka, 82 miliardy galonów wody, która rocznie kosztuje 18 milionów rubli.

— W angielskiej izbie gmin uchwalono prawo o ochronie dzieci, zakazujące młodzieży do lat 16 palić tytoniu w miejscach publicznych i sprzedawać jej tytoń i napoje wyskokowe. Za występek przeciw bezpieczeństwu życia uznane zostało w tej ustawie palenie ognia na kominku w obecności dzieci bez należytego zabezpieczenia, branie dzieci niżej lat 3 do łóżka przez pijane osoby dorosłe (w Londynie ginie bowiem rocznie około 1500 dzieci w ten sposób przez uduszenie) i t. p.

— Zjazd lekarski im. Pirogowa odbędzie się w Petersburgu w grudniu 1909; równocześnie odbędzie się III. Zjazd psychiatrów rosyjskich.

— Fryderyk Jones zbadał 6000 kośćców z grobów egipskich z okresu 4000 lat przed Chrystusem i znalazł 200 złamań kości. Pomimo, że wtedy medycyna była jeszcze w zawiązku, złamania były wogóle bardzo dobrze składane i wygajane, a skrócenia wynoszą zaledwo kilka milimetrów. Zniekształtnienia widać jedynie na zgojonych złamaniach obojczyków. Rodzaj złamań był o tyle inny, że bardzo rzadko wydarzały się złamania poniżej kolana, może z tego powodu, że Egipcyanie chodzili boso i nie znali schodów, ani kamiennych chodników. Bardzo często natomiast zdarzały się złamania obojczyka i kości łokciowej (te ostatnie pochodzą od uderzeń tak zw. naboot, t. j. kijem do obrony). Złamania leczono w szynach, bardzo dobrze i mądrze sporządzanych, które także w grobach znaleziono (Brit. M. J. 22/8). *A.*

Mianowani: Otyatra prof. Kümmel profesorem laryngologii w Heidelbergu (na miejsce prof. Jurasza), pedyatra doc. Svehla na czeskim uniw. w Pradze profesorem nadzw. tyt.

Odznaczeni w dniu 60-letniego jubileuszu rządów cesarskich: orderem żelaznej korony III klasy: poseł do Rady państwa i burmistrz m. Jarosławia Dr A. Dietzius, dyrektor szpitala im. Rudolfa w Wiedniu Dr Eug. Hofmokl, poseł na Sejm i burmistrz m. Rzeszowa Dr St. Jabłoński, Prof. Dr Ant. Mars

we Lwowie; krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa: dyrektor szpitala w Stanisławowie dr St. Krasowski, st. lekarze powiatowi: dr F. Obtułowicz we Lwowie i dr A. Wurst w Kałuszu; orderem Elżbiety II klasy: dr Bronisława Dłuska w Zakopanem; tytułem radców cesarskich: dr K. Berezowski, A. Burzyński, J. Gostyński, J. Mahl, H. Mehrer, J. Sochański, M. Sołtysik we Lwowie, J. Blumenthal w Bolechowie, M. Buzdygan, M. Nartowski w Krakowie, O. Heczko w Karwinie, W. Macudziński w Jaśle, T. Piotrowski w Zegiestowie, A. Żukowski w Stanisławowie; złotym krzyżem zasługi z koroną: dr B. Bogdański w Delatynie, B. Eitelberg w Tarnopolu, M. Kramarzyński w Przemyślu, S. Ożarowski w Uhnowie, K. Rudnicki w Szczucinie, J. Walczyński w Tarnowie.

Zmarli: Psychiatra prof. Joffroy w Paryżu; patolog prof. Brigidi w Genui;

Dr Józef Sikora, lekarz miejski w Jabłonkowie na Śląsku.

Zapiski bibliograficzne.— Sabl: **Kalender für beamtete und praktische Ärzte f. d. J. 1909.** Wiedeń (J. Safar). Cena 3 K. — Rozpadanie się medycyny na »specyalności« polega nietylko na tem, że właściwą sztukę leczenia dzieli się na coraz nowe gałęzie, ale i na wyodrębnianiu się różnych zakresów działania lekarza w społeczeństwie. Obowiązki i zadania lekarza urzędowego znacznie się różnią od zadań i czynności lekarza-praktyka; to też Dr Sabl, sam lekarz miejski w Gr. Seelowitz, odczuwając tę różnicę codziennych potrzeb lekarzy urzędowych, podjął w r. z. próbę ułożenia dla nich osobnego kalendarzyka. Zebrał w nim najważniejsze ustawy i rozporządzenia, dotyczące lekarzy, podał uwagi praktyczne dla lekarzy sądowych; podręcznik leczniczy ograniczył do chorób oczu, uszu, zastosowania nowych środków; prócz tego podał spis zdrojowisk austryackich i zwykłe zestawienia tabelaryczne (dawki maksymalne, ząbkowanie i t. p.), a w części informacyjnej spis profesorów i docentów wiedeńskich. W roczniku obecnym, drugim z rzędu, przybyły rozdziały: o nowoczesnem zwalczaniu epidemii (Dr Winter), zastosowanie i dawkowanie leków, objętych VIII. lekospisem austr. (Prof. Nevinny), wskazania rentgenologiczne (Dr Kodon). *Z.*

Bibliotèque de psychologie expérimentale et de metapsychie. Directeur: Raymond Meunier. Paris, 1908, (Bloud & Cie). 1) N. Vaschide: **Les hallucinations télépathiques.** 2) M. Viollet: **Le spiritisme dans ses rapports avec la folie.** 3) A. Marie: **L' audition morbide.** 4) Lubomirska: **Les prejugés sur la folie**. 5) N. Vaschide et R. Meunier: **La pathologie de l'attention**. 6) H. Laures: **Les synesthésies.**

Wydawnictwo, rozpoczęte pod kierunkiem R. Meuniera, przeznaczone jest zarówno dla lekarzy i słuchaczy medycyny, jak i dla wychowawców oraz wykształconej publiczności, a ma na celu w szeregu dostępnie opracowanych monografii przedstawić nowsze zdobycze psychologii doświadczalnej, zwłaszcza w zakresie, stykającym się z psychopatologią. Trojakiego rodzaju dziełka złożą się na »Bibliotekę psychologii doświadczalnej«; jedne utworzą seryę niejako historyczną, rzucającą światło na źródła, z których rozwinęła się dzisiejsza doświadczalna psychologia, na starożytne nauki, które były jej początkiem (okultyzm, magia, spirytyzm, teozofia), a których przeżytki do dziś dnia pokutują w wielu umysłach oświeconych zresztą ludzi, wprawiając nieraz w życiu potocznem w kłopot lekarza, który nie wie, jakie ma zająć stanowisko wobec nieznanej sobie »metapsychii«. Druga serya rozpraw poświęcona będzie zasadniczym zagadnieniom psychologicznym z tego punktu widzenia, jak je traktują nauki filozoficzne; trzecią grupę stanowić mają monografie szczegółowe, dotyczące różnych zagadnień z zakresu psychologii normalnej, patologicznej, etnologicznej i porównawczej.

Z wydanych dotąd 6 tomików (średnio zawierających po 6 do 8 arkuszy druku), pierwszy, skreślony żywem piórem przedwcześnie zgasłego Dra Vaschide, dyrektora pracowni psychopatologicznej w Sorbonie, zajmuje się zagadnieniem t. zw. »omamów telepatycznych«, t. j. mających polegać na »przesyłaniu« myśli i uczuć jednego umysłu drugiemu bez pośrednictwa narządów zmysłowych, na znaczną nieraz odległość. Należą tu nietylko istotne omamy (zwidywania, głosy i t. d.), ale także przeczucia, sny prorocze (o śmierci osób ukochanych i t. p.). Vaschide stwierdził własnemi badaniami, obejmującemi 1011 spostrzeżeń u 32 osób, różnego wieku, płci, wykształcenia i różnej narodowości (Rumunów i Francuzów), jednak wogóle należących do t. zw. »nerwowych«, że omamy, złudzenia i urojenia treści »telepatycznej« rzeczywiście istnieją, że jednakże treść ta jest prawdziwą, t. j. odpowiada rzeczywistemu zdarzeniu (n. p. śmierci lub nieszczęściu osoby oddalonej) zaledwo w 2·25%, co odpowiada czysto przypadkowemu zbiegowi okoliczności. Co więcej, w każdym ze zbadanych uważnie przypadków o treści prawdziwej, zdołał autor bez trudności stwierdzić, że pojawienie się omamu lub złudzenia »telepatycznego« tłómaczyło się jasno, jako wynik naturalnego procesu psychicznego, odbywającego się u danego osobnika oddawna pod progiem świadomości i stanowiło logiczny wynik dawniej świadomie odebranych wrażeń. — W tomie drugim rozpatruje Dr Viollet, lekarz zakładów psychiatrycznych paryskich, wzajemny wpływ spirytyzmu i obłąkania, udowadniając, że z jednej strony praktyki spirytystyczne wywierają wpływ fatalny na osoby, usposobione do choroby umysłowej lub znajdujące się w jej początkach, wyzwalając lub przyspieszając jej wybuch, z drugiej zaś, że wśród t. zw. »medyów« znajduje się wiele osób umysłowo nieprawidłowych, albo wyraźnie chorych, których stan umysłowy wywierać może na prozelitów spirytyzmu działanie bardzo niekorzystne. — Dr A. Marie, lekarz naczelny zakładu obłąkanych w Villejuif, zajmuje się w tomie trzecim sprawą patologii słyszenia, Vaschide i Meunier w tomie piątym patologią uwagi. Dopełnia seryę pierwszą rozprawka ks. Lubomirskiej z przedmową J. Voisina, oraz książka H. Lauresa o syestezyach. Dalsze tomy »Biblioteki psychologii doświadczalnej«, opracowane, prócz już wymienionych, przez prof. Bajenowa z Moskwy, Dr Ziema, A. Oresco, Dr J. Voisina (Salpetrière) i t. p. objąć mają m. i. następujące zagadnienia: sny chorobowe, zjawiska psychiczne pod wpływem haszyszu, psychologię strachu, radości, psychologię dzieci umysłowo nieprawidłowych, zarys psychologii etnologicznej, psychologię narodów uciskających i uciskanych i t. d. Zarówno to, co się dotychczas w »Bibliotece« ukazało, jak i tytuły wyjść mających tomów, zalecają »Bibliotekę«, jako lekturę i ciekawą i pouczającą także dla lekarzy. *Z.*

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w listopadzie 1908:

Gazeta lekarska Nr 43: Erbrich: O operacyach podśluzowego usuwania skrzywionej przegrody nosa (dok.). Gajkiewicz (c. d.). Sawicki (dok.). — Nr 44. Wretowski: Dwa nowe sposoby aglutynacyi. Gajkiewicz (c. d.). Dębiński (c. d.). — Nr 45: Borzymowski: Osiem przypadków zranienia wątroby. Gajkiewicz (c. d.). Dębiński (dok.). Erbrich (c. d.). — Nr 46: Czernecki: Hemoglobinurya a hemoliza. Wretowski (dok.). Erbrich (dok.). Gajkiewicz (c. d.). Borzymowski (c. d.). — Nr 47: Gajkiewicz (c. d.). Borzymowski, Czernecki (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 44: Landau A.: Przemiana ciał purynowych w ustroju ludzkim oraz wpływ na nią alkoholu. Rontaler: Przyczynek do działania leczniczego tracheobronchoskopu z krótkim wstępem o technice bronchoskopii.— Nr 45: Prof. W. Jaworski: Przyczynek do działania promieni radu na bakterye. Świątecki: Trzy przypadki wycięcia śledziony. Rosenthal: Przyczynek do stosowania cięcia nadłonowego poprzecznego powięziowego Pfannenstiela przy cięciach brzusznych. — Nr 46: Julian Majkowski (życiorys). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią naftolu β. — Nr 47: Jakowski: Upusty krwi i wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tężcu. Handelsman: O zwyrodnieniach wtórnych w rdzeniu przy ucisku na ogon koński. — Nr 48. Handelsman (dok). Jakowski (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 44: K. Orzechowski (c. d.). W. Pisek (c. d.). — Nr 45: Bocheński: Znaczenie badania krwi w przypadkach zakażenia gnilnego z uwzględnieniem neutrofilnego obrazu i bakteryologicznego badania krwi. Orzechowski (c. d.). — Nr 46: Bocheński (c. d.). Orzechowski (dok.). — Nr 47: Węgrzynowski: Dwa przypadki endocarditis gonococcica. Bocheński (c. d.). — Nr 48: Węgrzynowski (dok.). Bocheński (dok.).

Nowiny lekarskie Nr 11: Nowicki: Przyczynek do kazuistyki wrodzonego braku części jelita grubego. Szumowski: Spór o amerykańskie pochodzenie kiły. Klęsk: Znieczelenie rdzeniowe. Dembiński: O zachowawczem leczeniu przewlekłych zapaleń ucha środkowego. Bugiel: Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś.

Czasopismo lekarskie Nr 10. Biegański: Co i jak lekarz czytać powinien. Raszkes: W sprawie rozszerzenia szyi macicznej zapomocą wałeczków blaszkowniczy. Helman (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 10: Noiszewski: Bezład wzrokowy. Rumszewicz: Przypadek torbiela w okolicy fałdu przejściowego powieki dolnej. Rosenhauch: Kilak siatkówki wyleczony mergalem.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 7 i 8: Chybczyński: O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną. Malinowski: Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i błonach śluzowych.

Kronika dentystyczna Nr 11: Krakowski. Cierpienia gruczołów chłonnych u dzieci w zależności od spróchniałych zębów.

Przegląd higieniczny Nr 11: Hojnacki. Choroby a małżeństwo. Gąsiorowski: Bakteryologiczne badania powietrza w niektórych szkołach miejskich we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 21: W sprawie wypłacania kosztów za osobne podwody, których znawcy lekarze dostarczyli. — W sprawie ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. — Zasacki: Uwagi o projekcie ustawy emerytalnej dla galic. lekarzy okręgowych. Markl: O projekcie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie. — Nr 22: Mikołajski: Po sesyi Sejmu. Sprawozdanie komisyi o sprawozdaniu Dep. V. Wydziału krajowego. Millican: W sprawie tajemnicy lekarskiej. Połochajło: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Opinia wiedeńskiej Izby lek. w sprawie reformy ubezpieczenia robotniczego (c. d.). Klęsk: W sprawie specyalistów. Gilnreiner: Organizacya lekarzy okręgowych. Zasacki: Echa Zjazdu lekarzy okręgowych.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Liquores ferro-mangani peptonati i sacharati, sporządzane przez fabr. chem. Helfenberg także w postaci niezawierającej wyskoku, stosował dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Carlsfeld u niedokrwistych i bledniczych, stanowiących w zakładzie duży odsetek. Podawano ten środek także przy wrzodach żołądka, w chorobie Basedowa i o dobrych wynikach w tych cierpieniach świadczy powiększenie się liczby ciałek krwi, barwika krwi i poprawa stanu ogólnego, o czem Jung (Ther. Monatsh. Nr 11. 1902), opierając się o historye chorób, obszernie donosi. *S. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 12. grudnia 1908. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski.

Dla lepszego zoryentowania się w usadowieniu różnych spraw, zachodzących w jamie brzusznej, anatomia i patologia rozdziela, jak wiadomo, przednią powierzchnię brzucha przez przeprowadzenie odpowiednich linii na kilka okolic. W tym celu Anderson, który zestawił poglądy 14 autorów, przyjmuje dwie linie poziome: jedną, przechodzącą przez najniższe punkty dolnego otworu klatki piersiowej, i drugą, łączącą górne przednie kolce kości biodrowych, i dwie pionowe, idące przez środek więzadeł pachwinowych. Prawie te same linie przyjmuje i Cunningham, który górną linię poziomą prowadzi przez najniższe punkty X-ych żeber, a dolną linię poziomą przez górne punkty grzebienia kości biodrowych, które leżą o 5·5 cm ku tyłowi od górnych przednich ich kolców. Smith, uznając podział Andersona, radzi dla celów praktycznych jako linie pionowe brać brzegi zewnętrzne mięśnia prostego brzucha. Thomson przyjmuje następujące punkta podstawowe: 1) spojenie chrząstkowe trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym, 2) górne przednie kolce kości biodrowych, 3) najniższy punkt X-ych żeber i 4) spojenie kości łonowych. Łącząc punkt pierwszy z czwartym, pierwszy z obydwoma górnymi przednimi kolcami biodrowymi, obydwa kolce między sobą, wreszcie przeprowadzając linię poziomą przez najniższe punkty X-ych żeber, otrzymuje Thomson parzyste okolice: podżebrową, nadpępkową, zewnętrzną brzuszną, pępkową i pachwinową. Większość atorów uznaje jednak podział przedniej powierzchni brzusznej zapomocą dwóch linii poziomych, odpowiadających liniom Cunninghama, i dwóch pionowo-skośnych, prawie schodzących się w samym dolnym odcinku; każda z tych ostatnich idzie od najniższego punktu X-ych żeber ku guzkowi łonowemu po stronie odpowiedniej. Za pomocą tych linii przednia powierzchnia brzucha rozdziela się na trzy okolice: nadpępkową, śródbrzuszną i podbrzuszną. W każdej z tych okolic dzięki liniom pionowym odróżniamy trzy podokolice, mianowicie w okolicy nadpępkowej — *regio epigastrica*, odróżniamy nadpępcze właściwe — *reg. epigastrica sensu strictiori* (*epigastrium, praecordium, r. cardiaca*), i podżebrza: *r. hypochondriaca dextra* i *sinistra seu hypochondrium dextr. et sinistr.*; w okolicy śródbrzusznej odróżniamy, okolicę pępkową — *reg. umbilicalis* i okolice boczne brzucha — *reg. abdominalis lateralis dextra et sin. seu r. iliaca dextra et sin. seu r. lumbalis dextra et sin.*; wreszcie w okolicy podbrzusznej odróżniamy podbrzus zewłaściwe — *reg. pubica seu hypogastrium* i okolice pachwinowe — *reg. inguinalis dextra et sin. seu r. iliaca Richet.* Ze wszystkich tych okolic jedno z przodujących miejsc w patologii zajmuje okolica pachwinowa prawa *(regio inguinalis dextra s. r. iliaca Richet)* i dalszy odcinek bocznej prawej okolicy brzucha *(reg. abdominalis lateralis dextra)*, odpowiednio bowiem do pogranicza tych okolic usadowiona jest prawa zatoka biodrowa, w której znajduje się kątnica i po części wyrostek robaczkowy; ponieważ w tej zatoce biodrowej jelito biodrowe przechodzi w kątnicę, przeto ta okolica otrzymała nazwę okolicy krętniczo-kątniczej czyli kątniczo-biodrowej (*reg. ileocoecalis*). Badanie tej właśnie okolicy stanowi przedmiot niniejszej pracy, opartej na danych piśmienniczych i własnych badaniach i spostrzeżeniach.

Przy badaniu fizycznem okolicy krętniczo-kątniczej stosujemy zwykłe nasze metody, mianowicie oglądanie, macanie, opukiwanie i osłuchiwanie.

Przez oglądanie otrzymujemy zwykle niewiele oznak. Tu należą wysypki, które spostrzegamy w tej okolicy w niektórych chorobach zakaźnych, np., podczas ospy, duru i t. d., rozszerzenie gałęzi żylnych w tkance podskórnej wskutek utrudnienia odpływu krwi żylnej przez dolną żyłę główną, zależnego od znacznego osłabienia siły prawej komory serca lub od silnego ucisku tej żyły przez płyn wolny w brzuchu, wreszcie wskutek żylakowego obrzmienia żył bez przeszkód dla obiegu krwi w układzie żylnym (Braune). Oglądanie może nam wykryć wreszcie miejscowe wypuklenie, zależne od rozwoju nowotworu lub zatkania światła niżej połączonych odcinków jelita grubego, obecność przetok i t. d.

O wiele ważniejsze dane otrzymujemy drogą macania okolicy krętniczo-kątniczej. Tu, jak i w innych okolicach brzucha, metoda ta ze względu na wartość otrzymywanych przy jej stosowaniu danych jest niezaprzeczalnie pierwszorzędną.

Przy macaniu zwracamy przedewszystkiem uwagę na tkliwość zarówno powłok, jak i głęboko leżących narządów. Badanie czułości skóry jest cenne, jak wykazują spostrzeżenia Müllera, Mackenziego, Moullina, Pei-

sera, Sherrena i innych, zwłaszcza w razie podejrzenia istnienia zapalenia wyrostka robaczkowego. Już Müller wykazał, że w ostrem zapaleniu tego wyrostka, pomimo głębokiej bolesności, najwybitniej wyrażonej w punkcie Mc Burneya, nieraz spostrzegamy osobny pas nadczułości skórnej, usadowiony zwykle tuż koło punktu Mc Burneya. Peiser w 9 z 11 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego znalazł również wyraźne zaburzenia czułości skórnej w okolicy kątnicy, mianowicie, w 6 przytępienie czucia, w 2 przeczulicę, wreszcie w jednym początkowe przytępienie czucia, a następnie przeczulicę. Spostrzeżenia Sherrena wykazują, że nadmierna wrażliwość na ból może dopomódz nawet do rozpoznania charakteru zapalenia i dać wskazówki dla leczenia operacyjnego lub zachowawczego. Jakkolwiek usadowienie, kształty i rozległość tej wrażliwości nadmiernej przedstawiają się w poszczególnych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego rozmaicie, pomimo tego najczęściej przybiera ona kształty trójkąta, którego podstawa odpowiada linii środkowej brzucha, wierzchołek leży nieco na zewnątrz od górnego przedniego kolca biodrowego, dolny zaś brzeg sięga aż do więzadła pachwinowego; szerokość tego pasa wrażliwości na ból wynosi u dorosłych prawie 7 cm. Według Sherrena, wskazany trójkąt zawsze znajdujemy w pierwszym napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego; w następnych napadach nie spostrzegamy go w tych przypadkach, w których pierwszy napad doprowadził do zupełnego zniszczenia włókien nerwowych w ścianach wyrostka robaczkowego. W miarę zdrowienia równolegle z polepszeniem stanu chorego przeczulica stopniowo się zmniejsza. Przeciwnie, szybkie lub nagłe zniknięcie jej jest oznaką przedziurawienia (Moullin) lub zgorzeli wyrostka, zwłaszcza, gdy jednocześnie nie widzimy poprawy ogólnego stanu chorego. Podobne znaczenie ma mieć, zdaniem tych autorów, również brak nadmiernej wrażliwości skóry na ból we wczesnym okresie pierwszego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego. W ropnem zapaleniu wyrostka przeczulica może istnieć lub nie. Własne badania, przeprowadzone dla sprawdzenia twierdzeń wyżej wymienionych autorów, przekonały mnie jednak, że badanie czułości skórnej w okolicy krętniczo-kątniczej, wzbogacając nieraz badacza w cenne wskazówki przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, nie usuwa niezbędności najszczegółowszego zbadania zarówno okolicy biodrowo-kątniczej, jak i całego ustroju, ponieważ, jak nieraz przekonywałem się, dane, otrzymywane przy badaniu czułości skóry, nie są właśnie znamienne. Zwłaszcza całkiem stanowczo muszę podkreślić niezbędność obznajomienia się przy tych badaniach ze stanem czułości skóry w innych częściach ustroju, ponieważ przeczulica, przytępienie czucia i bezczułość skóry mogą w omawianej okolicy zależeć nie od miejscowych zmian patologicznych, lecz od choroby całego układu nerwowego, która czasami najwybitniej przejawia się w okolicy biodrowo-kątniczej w postaci zaburzeń czułości skórnej. Badanie czułości skórnej przeprowadzamy w ten sposób, że, uchwyciwszy skórę w fałd, ugniatamy ją wśród palców, rozpoczynając badanie w pobliżu okolicy biodrowo-kątniczej i coraz bardziej zbliżając się do niej. Badanie należy prowadzić bardzo ostrożnie w tym celu, żeby nie wywołać głębokiej bolesności w punkcie Mc Burneya. Analogicznie do innych pasów przeczulicowych Heada, zjawienie się przeczulicy w zapaleniu wyrostka robaczkowego tłómaczy się ścisłą łącznością czynnościową między nerwami wyrostka robaczkowego i nerwami skóry, idącymi do tegoż samego odcinka rdzenia kręgowego.

Po zbadaniu czucia skórnego okolicy biodrowo-kątniczej przechodzimy do głębszego macania. Tu przedewszystkiem zwracamy uwagę na stopień napięcia powłok zewnętrznych. Jakkolwiek w wysokim stopniu wartościowe badania Lennandera, stwierdzone niedawno przez Haima, Nast-Kolla i in., a dotyczące czułości jamy brzusznej, wykazały, że cały szereg narządów brzusznych, jakoto żołądek, jelita, przedni brzeg wątroby, pęcherzyk żółciowy, sieć, błona surowicza pęcherza moczowego, nerki, wyrostek robaczkowy nawet w stanie zapalnym i t. d. wcale nie odpowiadają na podrażnienia bolesne, mimoto jednak przekonywamy się co dnia, że sprawom zapalnym w okolicy kątniczej nader często towarzyszy bolesność, zależna, jak wykazują badania Lennandera i spostrzeżenia Sprengela, od wciągnięcia w sprawę chorobową otrzewnej ściennej. Ta okoliczność jest przyczyną częstego występowania w zapaleniach wyrostka robaczkowego nadmiernej oporności powłok brzusznych w okolicy biodrowo-kątniczej t. zw. »abdominal rigidity« autorów angielskich. Tworząc z naprężonych mięśni brzucha znaczny opór dla macającej ręki, chory chroni przez to od urazu narządy głęboko położone i zajęte sprawą zapalną. Nieraz stopień naprężenia bywa tak silny, że wymacać cokolwiek w zatoce biodrowej wprost niepodobna W tych razach używam metody, wykrytej jednocześnie i niezależnie przez Rovsinga i Chasea. Metoda ta zawiera się w następującem: położywszy kiść lewej ręki na okolicę lewej zatoki biodrowej i naciskając ją na jelita, odprowadzamy jej palce prawą ręką w kierunku ku górze, więc do okrężnicy; w razie zapalenia wyrostka robaczkowego gazy jelitowe, wtłaczając się do więcej dośrodkowych części okrężnicy, sprawiają przy tym zabiegu znamienny ból w punkcie Mc Burneya Metoda ta, zdaniem Rovsinga i Chasea, jako zupełnie bezpieczna, ma ogromne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w ostrych przypadkach. Mimoto tej metodzie Rovsing nadaje i znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze w tych przypadkach, gdy w okolicy krętniczo-kątniczej wyczuwa się obrzmienie i stwierdza się ból: tylko bole, zależne od zajęcia wyrostka robaczkowego lub kątnicy, wzmagają się przy ucisku według sposobu Rovsing-Chasea na zdrowe części okrężnicy, choroby zaś nerek, kamyki lub zapalenie moczowodu, zmiany jajowodu i inne schorzenia objawu Rovsing-Chasea nie dają. Moje własne, co prawda nieliczne, spostrzeżenia stwierdziły ogromne rozpoznawcze znaczenie metody Rovsing-Chasea, pozwoliła mi ona bowiem w niektórych nadzwyczaj trudnych co do rozpoznania przypadkach wywiązać się szczęśliwie z zadania. W biegu tych spostrzeżeń przekonałem się jednak, że i ta metoda nie zawsze może być stosowana: istotnie, nie może ona dopomódz nam w rozpoznaniu w przypadkach, przebiegających przy objawach rozlanej bolesności brzucha lub nader silnego ogólnego rozdęcia. W kilku wreszcie przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, metoda Rovsing-Chasea dała mi również wynik ujemny. Z innych autorów, którzy sprawdzali metodę Rovsing-Chasea, Rinne zaznacza, że w przypadkach zro-

stów wyrostka robaczkowego z tkanką przymaciczną badanie metodą Rovsinga nie rozstrzyga pytania o pierwotnem ognisku zapalenia.

Obok metody Rovsing-Chasea stosuję jeszcze jedną metodę macania, ułatwiającą rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie badam t. zw. »Zurückschnellungphänomen« Blumberga. Naciskając na punkt Mc Burneya, pytamy chorego, czy uczuwa ból; następnie szybko odejmujemy rękę i znów pytamy, czy w chwili odjęcia odczuwa ból, i który z nich jest dotkliwszy. Blumberg twierdzi, że w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, również w razie obostrzenia sprawy zapalnej, szybkie odejmowanie ręki wywołuje nader silny ból, zależny od wstrząśnienia otrzewnej, wciągniętej w sprawę zapalną. Ewald i Tretzel wkrótce stwierdzili doniosłość tej metody; jednocześnie jednak spostrzeżenia tych badaczy wykazały, że objaw Blumberga nie jest znamienny dla zapalenia wyrostka robaczkowego; jako zależny od zapalenia otrzewnej, może on wystąpić i w innych chorobach, przebiegających z jednoczesnem zajęciem otrzewnej, n. p. w razie zapalenia przydatków macicy z zajęciem otrzewnej i t. d. Z drugiej strony na mocy własnych spostrzeżeń dochodzę do wniosku, że objaw ten nieraz wypada ujemnie w tych przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, które wskutek łagodnego swojego przebiegu nasuwają pewne trudności w rozpoznaniu, a z drugiej strony w tych przypadkach, w których wskutek częstych nawrotów zapalenia wytworzyły się już obfite zrosty naokoło wyrostka. Wobec tego ujemny wynik badania metodą Blumberga nie ma, mojem zdaniem, rozstrzygającego znaczenia, i jest on raczej ważnym dla rokowania. Więcej wagi przykładam pod względem rozpoznawczym do dodatniego wyniku badania tą metodą, ponieważ przekonałem się, że w chorobach, przebiegających z bolami w brzuchu, lecz bez jednoczesnego zajęcia otrzewnej, n. p., w ostrem zapaleniu jelit, w kolce jelitowej, bębnicy i t. d., objaw Blumberga wypada zawsze ujemnie. W razach dodatniego wyniku objaw ten jednak wskazuje tylko, o ile mogę sądzić z danych piśmienniczych i z własnego doświadczenia, na zajęcie sprawą zapalną otrzewnej.

Przechodzę teraz do szczegółowego badania metodą macania tych narządów, które są usadowione w prawej zatoce biodrowej i w jej sąsiedztwie. Tu musimy zatrzymać się na badaniu kątnicy, dolnego odcinka okrężnicy wstępującej, wyrostka robaczkowego, dolnej części jelita biodrowego i gruczołów krezkowych, usadowionych w tępym kącie pomiędzy jelitem biodrowem, a okrężnicą wstępującą. Dla lepszego zoryentowania się badanie każdego z tych narządów poprzedzę niezbędnemi danemi z anatomii.

Kątnica leży w prawej zatoce biodrowej: według Perondi, najczęściej ją spotykamy w dolnej zatoce biodrowej prawej *(fossa iliaca dextra inferior)* (45,83%), następnie w zatoce biodrowej środkowej górnej *(fossa iliaca media superior)* (14,58%); zaledwie w 25% ta siedziba kątnicy była poza obrębem zatoki biodrowej. Wskutek zboczeń w rozwoju jelit kątnica może jednak leżeć w innych częściach brzucha (Hausman, Curschmann). Hausman podaje przypadki, w których kątnica znajdowała się w lewem podżebrzu, w prawem podżebrzu, wreszcie w lewej połowie brzucha ponad więzadłem pachwinowem. W warunkach zwykłych przy badaniu na żywym osobniku położenie kątnicy zmienia się zależnie od tego, czy jest ona wypełniona gazami, czy też masami kałowemi, czy okrężnica wstępująca jest wzdęta, czy przeciwnie skurczona. Przy obfitej zawartości w kątnicy mas kałowych opuszcza się ona wskutek ciężaru ku dołowi do mięśnia lędźwiowo-udowego *(m. ileo-psoas)* i nawet ponad tym mięśniem do jamy miednicy małej. Jeśli zaś kątnica jest przepełniona gazami, rozdyma się ona nietylko ku dołowi, lecz i na zewnątrz, i wtenczas przylega bezpośrednio do ściany brzusznej, odpowiednio do zewnętrznej połowy więzadła pachwinowego. W razie przepełnienia, zwłaszcza gazami, okrężnicy wstępującej, gdy ona nietylko się rozszerza, lecz i wydłuża, obsuwa się kątnica ku dołowi. Przeciwnie gdy okrężnica jest próżna i zmniejszona we wszystkich wymiarach, kątnica podnosi się do grzebienia kości biodrowej. Z prawej zatoki biodrowej kątnica skierowuje się z dołu, z przodu i od strony lewej ku górze, ku tyłowi i w prawo i w swym biegu przecina pod kątem prostym linię, łączącą górny przedni kolec biodrowy z pępkiem *(lin. spino-umbilicalis)* na odległości prawie 5 cm od kolca, więc mniejwięcej odpowiednio do granicy pomiędzy zewnętrzną, a środkową $^1/_3$ wyżej wymienionej linii. U mężczyzn znajdujemy kątnicę najczęściej nieco na wewnątrz od tej linii, u kobiet zaś na zewnątrz. Dolny ślepy koniec kątnicy leży ponad *lin. bispinalis*, łączącą obydwa kolce biodrowe; najkrótsza odległość między środkiem dolnego końca kątnicy, a tą linią wynosi najczęściej u mężczyzn 1 cm, u kobiet przeciwnie dolny koniec kątnicy leży albo na *lin. bispinalis,* albo nieco niżej. Długość kątnicy bywa różna i zależy od stopnia wypełnienia jej gazami: przy miernem wzdęciu, jak wykazują zestawienia z liczb Luschki, Sappeya, Quaina, Henlego, Struthersa i Berry — wynosi ona średnio 7 cm. Najczęściej wyczuwamy kątnicę w kształcie miernie naprężonego gładkiego walca o średnicy 4—6 cm; ku dołowi walec ten nieco się rozszerza i kończy się zaokrąglonem dnem, które przy macaniu daje kruczenie. Obecność tego okrągławego dna ułatwia odróżnianie kątnicy od okrężnicy poprzecznej i jelita biodrowego. Rozmiary światła kątnicy zależą od stopnia skurczu jej mięśni. Okoliczność ta wpływa na kształt kątnicy. Prof. Jaworski z Łapińskim na 440 przypadków, w których powiodło im się wyczuć kątnicę, znalazł ją w kształcie równego walca 145 razy, nie gładką 12 razy, w kształcie wiotkiego worka 31 razy, jako gładki sznurek 4 razy, jako postronek 7 i t. d.

Badanie kątnicy przeprowadzam w sposób następujący: po opróżnieniu pęcherza moczowego kładzie się chory na wznak z wyciągniętemi kończynami dolnemi i nie wysoko położoną głową; stojąc lub siedząc możliwie wygodniej dla uniknięcia zbytecznych skurczów własnych mięśni po prawej stronie chorego twarzą do jego brzucha, przeprowadzam zgiętymi palcami prawej ręki po przedniej ścianie brzusznej w kierunku od pępka do górnego kolca kości biodrowej odpowiednio do linii pępkowo-kolcowej *(lin. spino-umbilicalis)*, więc, prostopadle do osi kątnicy; jednocześnie stopniowo i ostrożnie, aby uniknąć ruchów gwałtownych, naciskam na ścianę brzuszną, usiłując przy każdym wydechu, gdy napięcie powłok brzusznych obniża się, dostać się możliwie głębiej do jamy brzusznej; zagłębiając się w ten sposób coraz dalej, dochodzę stopniowo do zatoki biodro-

wej i tu w wielu razach na granicy prawej bocznej okolicy brzucha i prawej okolicy pachwinowej wyczuwam walcowatą kątnicę. Edebohls dla przyspieszenia badania radzi za punkt wyjścia brać tętnicę biodrową *(a. iliaca)*, Rose zaś linię bezimienną. Wyczuwanie kątnicy nieraz ułatwia również stosowanie metody, poleconej przez prof. Obrazcowa: kłębem *(thenar)* i zewnętrzną powierzchnią palca wielkiego lewej ręki naciskamy początkowo na linię środkową brzucha na poziomie, odpowiednim do ułożenia prawej ręki, a następnie, nie zmniejszając ucisku lewą ręką, szukamy kątnicy; przy takim zabiegu opór, stawiany uciskowi lewą ręką, występujący, jako skurcz mięśni, odpowiednio do linii środkowej brzucha, przeszkadza poniekąd powstaniu takiegoż oporu w miejscu badania kątnicy. Jeśli i tą metodą nie uda się wyczuć kątnicy, w niektórych przypadkach, zwłaszcza przy wysokiem jej usadowieniu, można ją czasami wyczuć (Obrazcow) metodą, którą stosujemy przy wymacywaniu nerek. Lecz i ta metoda nie zawsze daje wyniki dodatnie. Wobec tego za punkt wyjścia przy badaniu kątnicy zwykłem brać mięsień lędźwiowo-udowy, który najłatwiej wyczuwa się w poziomem położeniu chorego z nieco podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą dolną kończyną; w tem położeniu napięcie mięśnia jest największe. Moja więc metoda jest zbliżona do tej, którą niedawno ogłosili Prof. Jaworski i Łapiński dla macania wyrostka robaczkowego. Różnica polega na tem, że Prof. Jaworski i Łapiński zadowalniają się podniesieniem kończyny o pół metra, nie okręcając jej nazewnątrz. Porównując po zapoznaniu się z metodą Prof. Jaworskiego obydwie metody, doszedłem jednak do wniosku, że przy stosowaniu mojej metody mięsień lędźwiowo-udowy występuje o wiele wyraźniej, niż przy metodzie Prof. Jaworskiego, przy której napięcie mięśni jest mniejsze. Rzeczą jest zrozumiałą, że i tą metodą nie zawsze powiedzie się wyczuć kątnicę. Znaczny rozwój podściółki tłuszczowej, silne napięcie powłok brzusznych, obecność puchliny brzusznej, silne wzdęcie brzucha, wybitna bolesność miejscowa i inne warunki mogą przyczynić się do ujemnych wyników badania. Obrazcow na 109 poddanych badaniu mężczyzn wyczuł kątnicę u 56, więc w 51,4%, na 60 zaś kobiet u 35 (58%); Prof. Jaworski i Łapiński na 800 mężczyzn wyczuli ją 440 (55%) razy, w tej liczbie na 352 przypadki o powłokach grubych lub niepodatnych 99 (28,1%) razy. Mnie na 305 mężczyzn powiodło się wyczuć zdrową kątnicę 162 razy, więc w 53,1%.

Muszę jeszcze zaznaczyć, że w tych przypadkach, w których badanie kątnicy, zarówno jak wyrostka robaczkowego jest nader ważne dla rozpoznania choroby, przeprowadzam badanie na chorym, znajdującym się w ciepłej kąpieli, która zmniejsza w znacznej mierze napięcie powłok brzusznych i przez to ogromnie ułatwia dostęp do narządów głęboko leżących.

Badając kątnicę, musimy wyjaśnić sobie jej położenie, stopień ruchomości, właściwości jej ścian, rozmiary jej światła, zawartość i stopień bolesności przy ucisku.

Położenie kątnicy, jeśli wyłączyć różne zboczenia, zmienia się w warunkach patologicznych w tych przypadkach, gdy występuje skrócenie jej krezki. Zjawisko to często spotykamy u chorych na raka kątnicy lub gruźlicze jej zmiany, gdy krezka kątnicy i okrężnicy wstępującej ulega rakowatemu lub gruźliczemu naciekowi i wskutek tego ściąga się. W tych przypadkach znajdujemy wysokie ułożenie kątnicy.

Ruchomość kątnicy w stanach patologicznych może ulegać również zmianom. Już Nothnagel uważał za nadzwyczaj cechujące dla raka kątnicy, że zajęta tą sprawą kątnica jest w wysokim stopniu ruchomą; tę ruchomość tłómaczył on znacznem rozciągnięciem krezki. W większości jednak przypadków znajdujemy obniżenie ruchomości kątnicy, niekiedy nawet zupełne unieruchomienie kątnicy, zależne od zrostów. Tak np. w razie rakowego zajęcia kątnicy, pierwotna znaczna jej ruchomość obniża się i nawet znika w dalszym przebiegu choroby, gdy sprawa nowotworowa po nacieczeniu ścianek szerzy się na krezkę lub wywoła zlepne zapalenie otrzewnej. To samo stosuje się i do gruźlicy kątnicy; kątnica jest ruchomą tylko do tego czasu, póki sprawa chorobowa ogranicza się tylko do ścianek i nie przejdzie na otrzewną.

Co się dotyczy właściwości ścianek kątnicy, to one zmieniają się w razie rozwoju w kątnicy nowotworów lub w zapaleniach kątnicy bez lub z jednoczesnem zajęciem wyrostka robaczkowego. Przypadki zapaleń bez udziału wyrostka, przebiegające pod obrazem klinicznym zapalenia wyrostka robaczkowego, są wielce pouczające i nader ważne, ponieważ dowodzą one stanowczo możliwości pierwotnego zapalenia kątnicy w postaci *typhlitis stercoralis*, które większość klinicystów zupełnie odrzuca. W przypadkach rozwoju nowotworów złośliwych, najczęściej raka, kształt kątnicy może do takiego stopnia się zmienić, że jej ścian już się więcej nie wyczuwa, zależnie od tego, że rak wzrasta na objętość przeważnie wskutek nagromadzenia się mas rakowych bez wybitnego oddziaływania ze strony tkanki otaczającej; w tych przypadkach znajdujemy nowotwór o bardzo wyraźnie ściętych brzegach (Obrazcow), a nad nim okrężnicę wstępującą ze zgrubiałemi nieraz ścianami. Przeciwnie, w gruźlicy kątnicy i w sprawach zapalnych wyczuwamy zupełnie wyraźnie samą kątnicę, której kształty i sprężystość pozostają zachowane, w tych razach ściany kątnicy są zgrubiałe, naciekłe, naciek w kierunku ku górze stopniowo zmniejsza się.

(C. d. n.)

Z oddziału II. w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

Badania nad czynnością układu tętniczego w stwardnieniu tętnic *(arteriosclerosis)*.

Podał

Kazimierz Rzętkowski, ordynator oddziału.

(Dokończenie).

Na zasadzie powyższego możemy już obecnie uprzytomnić sobie, w jaki sposób azotyn amylowy działa na układ krążenia chorych na stwardnienie tętnic. Przedewszystkiem widzieliśmy, że we wszystkich badanych przezemnie przypadkach AN obniżał ciśnienie tętnicze, które spadało w niektórych przypadkach nieznacznie — tak jak u ludzi

zdrowych, w innych znowu bardzo znacznie, bo aż do 39% wysokości poprzedniej. W ten sposób stwierdziliśmy, że u znacznie przeważającej liczby chorych na stwardnienie tętnic podniesienie ciśnienia tętniczego jest wywołane nie przez stałe organiczne zesztywnienie wszystkich tętnic, lecz raczej przez czynnościowy skurcz ich większości (na obwodzie). Rozluźnienie tętnic pod wpływem AN u chorych na stwardnienie tętnic jest znaczne i ciśnienie tętnicze rozkurczowe spada u nich do liczb blizkich normy ludzi zdrowych, acz nieco wyższych. Stwierdziwszy owo rozluźnienie, do którego jest zdolne drzewo tętnicze u chorych na stwardnienie tętnic, widzieliśmy dalej, że u przeważającej większości tych chorych obniżenie ciśnienia nie jest skutkiem osłabienia serca, które w wielu razach pracuje nawet silniej. Tylko w niewielkiej liczbie przypadków mamy do czynienia prawdopodobnie z objawami mniej silnej pracy serca (zmniejszenie się iloczynu: Tętno × Amplituda w okresie wdychania AN). Tu w spadku ciśnienia możnaby uznać współdziałanie ze strony niedostatecznej działalności serca. Atoli w większości przypadków wzrost w okresie wdychania AN iloczynu T × A zdaje się świadczyć o wzmożeniu się pracy serca, które mimo to zgoła nie potrafi pokryć spadku ciśnienia. W tych razach mamy niewątpliwie do czynienia ze stałem i organicznem zesztywnieniem ścian tętnic trzewnych. Nawet u tych chorych, u których praca serca, w postaci iloczynu T × A przedstawiona, uległa w badaniach naszych zmniejszeniu, nie jest zgoła wyłączone nieruchome zesztywnienie tętnic trzewnych, bowiem przypuszczać, że azotyn amylu działał tu pierwotnie na serce, zmniejszając jego sprawność, byłoby to mniemać wbrew naszym dotychczasowym wiadomościom o działaniu farmakologicznem tego środka, który jest »par excellence« naczynioruchowym.

* * *

Zwróćmy się teraz do rozpatrzenia, **jak się zachowuje układ tętniczy po odstawieniu AN.** Jak to zauważyliśmy powyżej, u zdrowych powraca on niezwłocznie bez żadnych wybitniejszych wahań do normy. Stwierdza to następujące zestawienie:

Tętnc	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	
		Dr O.		
67	124	102	22	przed AN
96	112	93	19	podczas AN
68	125	101	24	w 2—3 min. po odst. AN.
		Stud. Z.		
76	117	95	19	przed AN
94	110	92	18	podczas AN
78	113	97	16	w 2—3 min. po odst. AN.

Jak widzimy, **układ tętniczy u zdrowych posiada elastyczność doskonałą**, t. j. po rozciągnięciu wraca do wymiarów poprzednich niezwłocznie, na co wskazują nieznaczne różnice w ciśnieniu rozkurczowem (1—2 mm.) przed i po AN, będące w każdym razie w granicach błędu naszej dzisiejszej metody pomiarów sfigmomanometrycznych.

Przejdźmy do chorych na stwardnienie tętnic.

Nr I.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
92	180	158	22	
		podczas AN		
100	132	110	22	godz. 12,56′
		po AN		
	158			zaraz po odst.
90	174			
92	160	142	18	1-a
93	178	161	17	1,5′
93	161	146	20	1,10′
84	180	163	17	na drugi dzień.

Widzimy tu, że po odstawieniu AN jeszcze w 14 minut rozluźnione naczynia nie powróciły do kalibru poprzedniego; widzimy tu też dosyć znaczne wahania w ciśnieniu rozkurczowem i w amplitudzie.

Nr II.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
101	172	149	23	
		podczas AN		
114	148	123	25	
		po AN		
100	158	138	20	w 4 min. po odst.
96	154	132	22	8 » »
102	150	135	19	16 » »
99	150	112	18	23 » »

Widzimy tu, że nawet po upływie 23 minut po odstawieniu AN ciśnienie nie wróciło jeszcze do normy i różnica w ciśnieniu rozkurczowem wynosiła jeszcze 17 mm.

Nr III.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
75	211	169	42	
		podczas AN		
98	136	103	33	
		po AN		
68	218	168	50	w 4 min.
70	195	157	38	9 »
78	190	162	28	30 »

Przypadek ten uwydatnia bardzo interesujące zjawisko, mianowicie też podskok znaczny ciśnienia skurczowego i amplitudy bezpośrednio po odstawieniu AN. Czy oznaczać to ma znaczne wzmożenie skurczowego rzutu krwi po okresie AN rozluźnienia tętnic, jako następstwo wypoczynku serca w fazie tego rozluźnienia? Na to pytanie nie mogę tu znaleść odpowiedzi. Pozatem i tu widzimy, że tętnice nie wracają szybko do normy, tak jak w dwóch poprzednich przypadkach.

Nr IV.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
70	199	173	26	
		podczas AN (I)		
76	160	125	25	
		po odstaw. AN		
66	198	175	23	w 5 min.
		podczas AN (II)		
90	148	129	19	
		po odstaw. AN (II)		
75	180	156	24	w 6 min.

W tym przypadku podano AN dwukrotnie; za każdym razem ciśnienie opadało, przyczem za drugim razem (II) opadło ono znacznie więcej. Widocznie AN działa silniej ew. rozluźnienie większe następuje wówczas, kiedy układ tętniczy już raz przed tem podległ rozluźnieniu. Za pierwszym razem, wbrew temu cośmy widzieli w przypadkach poprzednich, układ tętniczy powrócił szybko do normy, za drugim jednak razem, po większem rozluźnieniu, jeszcze w 6 minut nie skurczył się on do rozmiarów poprzednich.

Nr V.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
94	157	134	23	
		podczas AN		
132	124	102	22	
		po odstaw. AN		
	127	106	21	w 5 min.
90	153	110	23	w 9 min.
	144	128	16	w 15—18 min.

Nr VI.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
58	144	117	27	
		podczas AN		
72	112	96	16	
		po AN		
62	122	103	19	zaraz po odst.
66	126	104	26	w 8 min.
60	130	107	23	w 20 min.

Ostatnie dwa przypadki dotyczą stwardnienia tętnic z nieznacznem wzmożeniem ciśnienia. Mimo to jednak i tu widzimy wybitnie zwolniony powrót do wymiarów poprzednich tętnic.

Sądzę, że powyższych przypadków, w których widzimy prawie jednobrzmiący odczyn układu tętniczego na działanie AN wystarczy, aby scharakteryzować wpływ AN na układ tętniczy u chorych na stwardnienie tętnic i zachowanie się tegoż układu wobec rozluźniania się jego części. Streśćmy tu to, cośmy powyżej stwierdzili dotychczas. Widzieliśmy, że AN, który rozluźnia tętnice górnej połowy ciała, u ludzi zdrowych wywołuje bardzo nieznaczne opadanie ciśnienia tętniczego rozkurczowego, będące nawet w granicach błędów naszej metodyki sfigmomanometrycznej. Po odstawieniu AN u ludzi zdrowych, których układ tętniczy posiada fizyologicznie doskonałą elastyczność, ciśnienie bezzwłocznie powraca do poprzedniej normy. Zachowanie się ciśnienia rozkurczowego u chorych na stwardnienie tętnic pod wpływem AN jest zupełnie inne. Przedewszystkiem spadek jego bywa tu zazwyczaj bardzo znaczny i w znacznej części przypadków istnieje on pomimo wzmożonej pracy serca, co świadczy, że nie w sercu tkwi *primum movens* spadku ciśnienia.

Dalej niezmiernie charakterystyczne jest zachowanie się układu tętniczego u chorych na stwardnienie tętnic w porównaniu ze zdrowymi po odstawieniu AN. Gdy u zdrowych widzieliśmy niezwłoczny powrót do normy, to u chorych na stwardnienie tętnic rozluźnione ew. rozciągnięte tętnice nie powracają do normy zaraz, lecz przeciwnie kurczą się zwolna, tak, że nawet po upływie nieraz $^1/_2$ godziny ciśnienie jeszcze nie osiąga liczb pierwotnych. To powolne kurczenie się tętnic po odstawieniu AN zdarza się też w tych przypadkach stwardnienia tętnic, w których ciśnienie jest mało wzmożone, a spadek jego po AN względnie niewielki (przyp. VI).

W związku z tem, cośmy wyłuszczyli na wstępie, spadek ciśnienia u chorych na stwardnienie tętnic pod wpływem AN, zwłaszcza gdy towarzyszy mu wzmożenie pracy serca, należy objaśniać brakiem wyrównawczego skurczu tętnic trzewnych, który ten spadek wyrównywa u ludzi zdrowych. Stwierdziliśmy tedy, że w znacznej większości przypadków stwardnienia tętnic z nadmiernem ciśnieniem tętnice trzewne tracą zdolność kurczenia się, prawdopodobnie na stałe. Wobec zaś tego, że tętnice obwodowe zdolne są do rozluźniania się, co możemy z łatwością uwydatnić w każdym poszczególnym przypadku zapomocą AN — wzmożone ciśnienie tętnicze u chorych na stwardnienie tętnic, musimy uważać za następstwo stałego i organicznego zwężenia się i unieruchomienia drzewa tętniczego trzewnego, co wywołuje przepełnienie tętnic obwodowych i wzmożenie ciśnienia. Istota tedy sprawy chorobowej, uwydatniającej się klinicznie jako stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem tkwi w ścianach tętnic trzewnych, których zesztywnienie wywołuje z jednej strony wzmożenie ciśnienia i przepełnienie krwią naczyń obwodowych, z drugiej zaś — przerost serca, pozbawionego tej skutecznej pomocy, jaką mu daje prawidłowo kurczący się układ tętniczy jamy brzusznej. Pogląd, jaki tu na istotę stwardnienia tętnic ze wzmożonem ciśnieniem wypowiadam, nie odpowiada dotychczasowemu pogląowi na tę sprawę, związanemu z pojęciem t. zw. »*plethora abdominalis*«. Co oznacza ten termin: »*plethora abdominalis*«, tego naukowo nikt dotychczas nie wyjaśnił. Ma on odpowiadać pojęciu przepełnienia krwią układu tętniczego jamy brzusznej, jakie istnieje jakoby u chorych na stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem. To pewna że do dziś nikomu nie udało się dowieść, czy takie przepełnienie istnieje w rzeczywistości.

Moje doświadczenia, z których powyżej zdałem sprawę, przemawiają za tem, że u chorych na stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem istnieje nie przekrwienie *(plethora)*, ale raczej niedokrwienie jamy brzusznej *(ischaemia abdomi-*

nalis) i przekrwienie obwodowe *(plethora peripherica)*. Dalsze badania wyjaśnią, o ile pogląd ten jest słuszny. To tylko zaznaczyć tu jeszcze pragnę, że azotyn amylowy, stosowany rozważnie, jest doskonałym środkiem badania sprawności czynnościowej układu tętniczego u ludzi zdrowych i chorych, środkiem, który w tym celu powinienby znaleźć bardzo szerokie zastosowanie przy łożu chorego.

Opinia krajowej Rady zdrowia

w sprawie zarzutów »Kółka lekarzy w Krynicy« co do niedbałej administracyi tego zdrojowiska.

(Przyjęto na posiedzeniu 24. października 1908 jednomyślnie.)

Dla wyjaśnienia sprawy zarzutów, podniesionych przeciw Zarządowi Krynicy, potrzeba na wstępie poznać pokrótce jej przebieg. Był on zaś następujący: W dniu 12. października 1907, wysłało »Kółko lekarzy w Krynicy« do Ministerstwa rolnictwa memoryał, wytykający różne nieprawidłowości w gospodarce zarządu zdrojowego i przewidujący zgubne skutki takiego stanu rzeczy. Zarzuty Kółka lekarzy streszczają się głównie w następujących czterech punktach: 1) wanny w kąpielach mineralnych podgrzewają zawartą w nich wodę, co mogło było spowodować tragiczne wypadki, gdyby nie natychmiastowa pomoc lekarska, osoby zaś poszkodowane tylko dzięki prośbom lekarzy powstrzymały się od wkroczenia na drogę sądową ze swojemi pretensyami. 2) Borowina używana do sporządzania kąpieli jest źle rozdrobniona, zawiera skorupy, trzaski, patyki i t. p., a to zraża do Krynicy publiczność z lepszych klas. 3) Wypadki duru jelitowego pojawiają się od szeregu lat w Krynicy, bez widoku poprawy, ponieważ brak ogólnej kanalizacyi i wodociągów. 4) Ciągłe są skargi publiczności na złe potrawy w restauracyach. W końcu lekarze umywają ręce od udziału w odpowiedzialności za grzechy Zarządu zdrojowego.

Pismo takie, wystosowane przez grono ludzi poważnych do władzy centralnej z pominięciem instancyi krajowych, z zarzutami ciężkiego kalibru, zdolnymi skompromitować Krynicę w oczach rządu i zniechęcić go do czynienia potrzebnych w tem zdrojowisku wkładów, wywołało łatwe do zrozumienia zaniepokojenie. Ministerstwo odesłało memoryał w dniu 2 listopada 1907 Namiestnictwu do zbadania poruszonego przedmiotu, Namiestnictwo zaś oddało sprawę do wyjaśnienia Zarządowi zdrojowemu w Krynicy. Lekarz zakładowy w obszernym, wyczerpującym wywodzie zbił większą część podniesionych bez poparcia faktami, lub cyframi zarzutów, a resztę sprowadził do istotnych rozmiarów, n. p. dowiódł, że podgrzewanie wanien po 30 minutach dochodzi do 1 lub $1^1/_2$ stopnia R., że zatem nie może być mowy o niebezpieczeństwie dla życia ludzkiego z tego powodu; co do tyfusu zaś oświadcza, że »odkąd c. k. Namiestnictwo zarządziło ulepszenia w asanacyi obszaru dworskiego, nie jest mu wiadomem, aby na tem terytoryum wydarzył się przypadek duru brzusznego«. Zarząd zdrojowy, przesyłając tę odpowiedź w dniu 6 marca b. r. Namiestnictwu, nie tai ze swej strony oburzenia na Kółko lekarzy o nieuzasadnione skargi i zażalenia. Z tego więc powodu Namiestnictwo w dniu 29 kwietnia b. r. wezwało przewodniczącego Kółka i innych tegoż członków do podania konkretnych faktów na poparcie zarzutów, podniesionych w memoryale do Ministerstwa. Zarząd Kółka odpowiedział Namiestnictwu 29 lipca, zaostrzając jeszcze mocniej niepokojący ton, użyty w memoryale, w końcowym zaś ustępie wyraża się tak: »nazwisk osób interesowanych Kółko lekarzy nie podaje z rozmysłu, aby pacyentów na badanie śledztwa nie narażać«... »że wanny podgrzewały i podgrzewają, dowodzą tegoroczne fakta poparzenia nawet drugiego t. j. wyższego stopnia, które tak c. k. Zarządowi, jak i lekarzowi zakładowemu i służbie łaziebnej dobrze są wiadome. Ostatni nieszczęśliwy, niedawno zaszły wypadek śmierci w łazience bezpośrednio po kąpieli jest chyba dość wyraźną przestrogą«.

Pismo to przez Zarząd zdrojowy odesłane zostało Namiestnictwu w dniu 23 sierpnia b. r. W oświetleniu pisma tego gospodarka zdrojowa w Krynicy, dopuszczająca do wypadków śmierci z powodu źle urządzonych łazienek, wygląda skandalicznie, jest na małą skalę panamą kąpielową.

Dla zaokrąglenia tej całej relacyi dodać należy, że w sierpniu b. r. odbył p. c. k. krajowy referent sanitarny konferencyę z lekarzami w Krynicy i omawiał z nimi sprawy drażliwe, objęte oboma pismami Kółka lekarzy. Sprawy te i w dyskusyi przeprowadzonej na konferencyi i w sprawozdaniu p. referenta sanitarnego wyglądają całkiem odmiennie i czynią wiarogodność twierdzeń Kółka lekarzy dość wątpliwą. Wobec tych rażących sprzeczności c. k. Namiestnictwo oddało dnia 22 września b. r. wszystkie akta, do sprawy tej odnoszące, się krajowej Radzie zdrowia z prośbą o zbadanie zarzutów Kółka lekarzy, w razie potrzeby przez delegata na miejscu w Krynicy, o ile możności jak najrychlej i przedstawienia odpowiednich wniosków.

Pan Prezydent krajowej Rady zdrowia mnie ten referat przydzielił.

W roku bieżącym w pierwszym i drugim sezonie spędziłem około 5 tygodni w Krynicy i przez ten czas miałem sposobność zapoznać się z jej urządzeniami, zdrojami, przyrodą — omawiać sprawy miejscowe z wieloma osobami zarówno z kół lekarskich, jak i publiczności kąpielowej i wogóle wglądnąć za kulisy różnych spraw sezonowych.

Korzystając z uprzejmości Dr Bolesława Skórczewskiego, przeczytałem prawie całą literaturę, odnoszącą się do Krynicy, jako zdrojowiska. To są dane, które mi pozwalają z pewną bezstronnością zająć się zarzutami, podniesionymi w memoryale Kółka lekarzy. W niektórych szczegółach, nie mając co do nich pewności, musiałem się oprzeć na informacyach, zaczerpniętych listownie z kilku znajomych mi, wiarogodnych źródeł.

Stosownie do otrzymanego polecenia przechodzę po kolei zarzuty Kółka lekarzy, w takim porządku, w jakim porusza je cytowany memoryał do Ministerstwa rolnictwa:

1. Podgrzewanie wanien w łazienkach mineralnych. Od r. 1866, t. j. od czasu wybudowania obecnych łazienek mineralnych, ogrzewanie wody w wannach odbywa się zapomocą znanego systemu Szwarza. Polega system Szwarca na tem, że wanny mają podwójne dno, a w tem dnie podwójnem mieszczą się rury, doprowadzające parę i ogrzewające w ten sposób wodę wpuszczoną do wanny. Wytwarzanie i doprowadzanie pary odbywa się w sposób centralny, a więc

dla wszystkich wanien wspólny i równoczesny. Z wielu systemów, począwszy od prymitywnych do bardzo skomplikowanych, żaden nie okazał się zupełnie dobrym do ogrzewania kąpieli zawierających bezwodnik kwasu węglowego, bo każde ogrzanie wypędza gaz z wody, czyni ją więc uboższą w ten doniosły składnik; stosunkowo jednak metoda Szwarza okazała się najlepszą w zastosowaniu do zdrojów krynickich, a dowodem tego fakt, że wprowadzony do kilku kabin system Priema, udoskonalony przez Wächtlera, okazał się wprost złym i musiał być na Szwarzowski przerobiony. Wadą główną systemu Szwarza jest t. zw. podgrzewanie. Na czem ono polega? Z chwilą ogrzania kąpieli do żądanej ciepłoty, powinien dopływ pary do dna wanny zupełnie zostać odcięty, zdarza się jednak, że — albo wskutek niedbałego zakręcenia wentyla przez służbę, albo wskutek drobnej nieszczelności wentyla n. p. przez wpadnięcie ziarneczka piasku lub metalu, — nieco pary dalej w rurach krąży i ogrzewa wannę, zajętą już przez chorego, a w ten sposób w ciągu 20 lub 30 minut ciepłota kąpieli zamiast ochładzać się nieznacznie, podwyższa się nieco — mniej więcej, jak stwierdzono, o 1 do $1^1/_2$ stopnia Reum. O podgrzewaniu wanny choćby najlżejszem ostrzega pacyenta wyższa temperatura dna wanny, co się odczuwa odrazu, skoro się usiądzie w kąpieli — nie podobna jednak nawet przypuścić, by mogło w tych warunkach nastąpić oparzenie, i to oparzenie z wytworzeniem pęcherzy, bo w takim razie przecież i ciepłota całej wody musiałaby być tak wysoka, że nikt ze zdrowymi zmysłami do kąpieli nie zgodziłby się wejść. Również wykluczonem jest przypuszczenie, że owo podgrzewanie wanny może się stać przyczyną śmierci osoby chorej na serce: o ile u osób dotkniętych zmianami organicznemi serca kąpiele muszą być stosowane z największą ostrożnością i po najsumienniejszem zbadaniu przez doświadczonego i z własnościami kąpieli obznajomionego lekarza — o tyle w przypadku stosownie do kąpieli nadającym się, różnica ciepłoty o 1 do $1^1/_2$ stopnia Reum. nie może sama przez się sprowadzić groźnych dla zdrowia lub życia następstw. (N. p. zamiast 26 stopni Reum. $27^1/_2$ stopni Reum.) Na poparcie swojego zarzutu o podgrzewaniu przytacza Kółko lekarzy rzekome fakta poparzenia znane Zarządowi i ostatni nieszczęśliwy przypadek śmierci w łazience. Co do pierwszego, to jest co do oparzenia, to na 82.767 kąpieli wydanych w sezonie podejrzane były o oparzenie dwa przypadki: jeden dotyczył p. S., miejscowego urzędnika, u którego jednak pokazało się według badania dwóch lekarzy (Dr K. i Dr C.) *eczema papulosum*, a nie *combustio*; drugi przypadek odnosił się do izraelitki, u której Dr B. miał stwierdzić oparzenie, a gdzie okazało się niewątpliwie, że oparzenie nie mogło było powstać w kąpieli, ciepłota wody mierzona bezpośrednio po kąpieli wynosiła 27 stopni Reum., a stwierdzono w obecności Dr B., że wanna nie podgrzewa. W innym wreszcie przypadku było symulowanie oparzenia przez natarcie skóry olejem gorczycznym w celach oszukańczych.

Przytoczone, a jedynie znane fakty, nie mogą przecież posłużyć do budowy poważnego oskarżenia. Zaś co do przypadku śmierci w łazience, to odnosi się on do ś. p. inżyniera T. z Warszawy. Dołączone do aktów świadectwo lekarskie wyjaśnia, że pacyent cierpiał na bardzo znaczne zmiany w sercu i że kąpiele były przeciwwskazane. Ja osobiście znałem ś. p. T., ponieważ nasze pokoje w zakładzie dyetetycznym sąsiadowały; badałem go też kilkakrotnie i znalazłem znaczne osłabienie tonów sercowych i arytmię; to też odradzałem mu najusilniej kąpanie się wbrew przepisom ordynaryusza. Niestety! działo się inaczej i przyszło do katastrofy, ale nie z winy łazienek. Wdowa dała prawdzie najlepsze świadectwo oznajmiając, że niema do nikogo żalu, bo wie, że jej ś. p. mąż był samowolnym w sprawach zdrowia.

Okazuje się więc dość jasno, że Kółko lekarzy nie miało realnej podstawy do przedstawiania sprawy podgrzewania wanien w oświetleniu drastycznem, jako nie cierpiącej dalszej zwłoki i jako wymagającej stanowczego załatwienia technicznego.

Kiedy niedługo potem, bo w 3 tygodnie po piśmie p. referent sanitarny odbywał konferencyę z lekarzami w Krynicy i omawiał różne sposoby ogrzewania wanien, żaden z obecnych lekarzy nie oświadczył się za wprowadzeniem ulepszeń jakichś w ogrzewaniu wanien, jak n. p. automatyczne wentyle (używane w Langenschwalbach), albo też obniżenie ciśnienia, pod jakiem para dochodzi do wanien. »Gdy nadto nikt z obecnych« — pisze w swem sprawozdaniu p. Protomedyk — »nie był w stanie wkazać innego lepszego sposobu ogrzewania wanien ze szczawami żelazistemi, zaproponowałem, aby Zarząd zdrojowy wydrukował kartki, na którychby lekarze donosili Zarządowi wszelkie zażalenia na podgrzewanie tej lub owej wanny. Na co się jednomyślnie zgodzono«. Kartki takie Zarząd rozesłał istotnie — jedną na okaz dołączam:

Krynica, dnia . . . . . 190 .

Do

c. k. Zarządu zdrojowego

w Krynicy.

Donoszę, że w łazienkach mineralnych / borowinowych

pod Nr. dnia

Podpis:

Są one potrzebne do ścisłego przekonania się, czy i jak często wanny podgrzewają — na razie zaś posłużyły do uratowania reputacyi wanien, ogrzewanych sposobem Szwarza. Dowiedziałem się, że od czasu zaprowadzenia kartek tylko Dr W. przysłał Zarządowi dwa doniesienia o podgrzewaniu o 1 stopień Reum.; w jednym przypadku okazało się, że wanna nie podgrzewa, w drugim podgrzewała rzeczywiście i tu zmieniono wentyl.

Warto też zapytać się, jakie jest w tej sprawie zdanie strony interesowanej, a więc publiczności, czy i ona podziela obawy Kółka lekarzy? Otóż rozmawiałem o kąpielach mineralnych z wielu osobami — było ich z pewnością kilkadziesiąt, a w tej liczbie zamiejscowi lekarze; wiele osób o podgrzewaniu wcale nie wiedziało, inne wiedziały, ale nie skarżyły się na przykrości, lub szkodliwe skutki podgrzewania — znajdując, że wystarczy miedziana podkładka,

stojąca w kabinie, do zapobieżenia niemiłemu uczuciu, jakie sprawić może niekiedy rozgrzane dno wanny.

Jak więc widać, sprawa przedstawia się tak: System Szwarza nie jest idealny, ale w obecnych stosunkach jest jeszcze najlepszy z powszechnie używanych, zdrowiu ani życiu ludzkiemu nie zagraża, a nawet i podgrzewania przy nim można uniknąć, jeżeli wentyle są szczelne i jeżeli służba przyrządza kąpiele bez pośpiechu i starannie. Z przedmiotem tym całym łączy się sprawa o wiele donioślejsza, o której — rzecz dziwna — Kółko lekarzy nie pamiętało, skoro nie poruszyło jej ani jednem słowem w swoim memoryale do Ministerstwa rolnictwa. Również i w aktach nie znalazłem śladów, by z tą sprawą Kółko lekarzy odnosiło się do gospodarza krynickich zdrojów, t. j. do Namiestnictwa. Oto w ciągu sezonu łazienki mineralne są w prawdziwem oblężeniu, nie są w stanie podołać zapotrzebowaniu kąpieli, choć pracują ponad możność, a z roku na rok jest z tem coraz gorzej. Frekwencya publiczności od roku 1894 do 1908 prawie, że zdwoiła się, bo z 4623 urosła do 8640, a gdy w roku 1894 wydano kąpieli 39510, to w roku bieżącym wydano ich 82767 (do dnia 29. września). W tym samym okresie ilość wanien do kąpieli mineralnych urosła tylko o 13, t. j. z 80 na 93. Dziennie w roku obecnym wydawano w przecięciu 1097 kąpieli mineralnych, zatem jedna wanna musiała służyć codzień dla 11·3 kąpieli. Łatwo pojąć, jak przez cały długi letni dzień musiała pracować cała kąpielowa maszyna, jak łatwo były narażone na zepsucie składowe części centralnego ogrzewania, ile było potrzeba wysiłków ze strony służby do zaspokojenia życzeń publiczności chorej i drażliwej. Dalej już nie mogą iść wymagania, stawiane zakładowi kąpielowemu, a pomimo to osoby, które w celu leczenia się przyjechały z dalekich stron do Krynicy, musiały po kilka dni czekać na pierwszą kąpiel, a niektóre podobno odjechały, nie doczekawszy się upragnionej kąpieli. Kto widział raz tylko ten codzienny obraz, jak długi szereg osób tłoczących się przy okienkach kas zakładowych wyczekuje na swoją kolej, by dostać jeden, wyraźnie jeden tylko bilet do kąpieli, a po następny znowu taką samą odbywać peregrynacyę, ten łatwo pojmie, że komuś mogło się odechcieć i kąpieli i całej Krynicy. To jest jedno — a drugie, jeszcze poważniejsze, to brak wody mineralnej, prawdziwie groźna dla Krynicy zmora. Przytaczam dla objaśnienia cyfry:

Zdrój główny	daje na minutę			45	litrów
Zdrój Dobrodziej	»	»	»	120	»
Zdrój Karola	»	»	»	20	»
Zdrój Słotwiński	»	»	»	12	»
Zdrój Józefa	»	»	»	10	»
			razem	207	litrów na mi-

nutę, czyli 298.080 litrów na dobę. Z tej ilości wody na 1097 dziennych kąpieli wydawano około 260.000 litrów, reszta pozostać musi jako nadwyżka do picia i poza tem już nic więcej, czyli, że Krynica w r. 1908 wydała najwyższą ilość kąpieli, do jakiej w obecnych warunkach jest zdolną, pamiętać zaś nam należy, że choć nibyto opady atmosferyczne nie wpływają na wydatność źródeł, to ludzie miejscowi inaczej twierdzą i powiadają, że w suche lata nie będzie ani lepiej ani tak samo, tylko gorzej z wodą mineralną.

W tej ciężkiej trosce jest kilka zadań do spełnienia, kilka sposobów ratowania od upadku Krynicy, tej perły polskich zdrojów! Zwiększyć ilość wody do kąpieli mineralnych, albo przez poszukiwanie za nowemi źródłami w okolicy przy pomocy głębokich wierceń, albo przez magazynowanie wody ze zdroju głównego, bo choć jej w sezonie bardzo brakuje — to przez resztę roku, przez 8 miesięcy, ta kosztowna woda płynie sobie do Kryniczanki, a z nią razem w świat daleki. Co lepsze? wiercenie za nową wodą, czy magazynowanie tej, która jest — to sprawa umiejętnego badania i technicznych studyów. Najpoważniejsi znawcy oświadczają się za głębokiemi wierceniami i stanowczo przeczą, by mogły one zagrozić bytowi obecnych źródeł. Już w dziełku epokowem Prof. Józefa Dietla o Krynicy przytoczona jest opinia Prof. Zeischnera, gorąco i śmiało zalecającego wiercenia.

Było to w r. 1857, a więc z górą przed pół wiekiem. Później Prof. Rziha (1890), a następnie nasz wybitny geolog Prof. Zuber potwierdził to samo zdanie, widząc w poszukiwaniach głębokich za wodą mineralną przyszłość Krynicy. Doświadczenia z Nauheim, z Karlsbadu i t. p. bardzo zalecają stosowanie w zdrojowiskach głębokich wierceń.

Wskazanem też jest spiesznie zaradzić wielkiemu niedostatkowi Krynicy, że nie można w niej teraz dostać innej kąpieli, tylko mineralną, albo borowinową. Wiele osób przyjeżdża dla towarzystwa, nie potrzebując kąpieli krynickich, ale jakichś innych — są to nieraz całe rodziny — gdzie n. p. córka kąpie się w łazienkach mineralnych, ale ojcu zdałyby się kąpiele z czystym kwasem węglowym, matce siarczane, dziecku małemu solankowe. Teraz w braku odpowiednich urządzeń, cała familia, żeby nie siedzieć darmo, bierze kąpiele mineralne, przez co niewiele swojemu zdrowiu pomaga, ale zabiera kąpiele prawdziwie potrzebującym. Kąpiele sztuczne, obojętne lub z dodatkami soli, igliwia i t. p. stosować też można jako leczenie wstępne do właściwych kąpieli krynickich, lub jako ich zakończenie. Nie jest to *desiderium* z powietrza wzięte, bo tak się robi prawie wszędzie, nawet w kąpielach morskich — dość przytoczyć wzorowe pod tym względem urządzenia w Norderney, gdzie rząd pruski nie żałował na ten cel pieniędzy, wiedząc, że się wróci nakład z dobrym zyskiem. Krynicy bardzo czegoś podobnego potrzeba. Przerobienie jednego z rządowych domów czynszowych (znawcy wskazują na »Koronę« lub »Berło«) — na łazienki do sztucznych kąpieli zaradziłoby niedostatkowi, bo wprawdzie budowanie domów czynszowych daje skarbowi rychły i realny dochód, ponieważ najem pokoi dobrze się opłaca, ale stokroć ważniejsze jest zabezpieczenie dostatecznej ilości wody mineralnej i łazienek, gdyż z brakiem kąpieli braknie i gości do mieszkań, Krynica bez wody krynickiej stanie się zapadłą dziurą w Beskidach, o której nikt nawet nie pomyśli. Niezależnie od powyższych inwestycyj potrzebne jest pomnożenie liczby łazienek mineralnych, bo, jak cyfry przytoczone powyżej wykazały, 93 wanien to zamało i cierpi na tem samo przyrządzanie kąpieli. Dojrzała już też i sprawa nowego zakładu wodoleczniczego. Obecny, który przed kilkunastu laty tak świetnie zakwitł i w całej Polsce zyskał sobie sławę, teraz z roku na rok upada, bo każdego swojem urządzeniem starem i zrujnowanem może odstraszyć. Oto są uwagi, które muszą być nawiązane bezpośrednio do sprawy wanien w ła-

zienkach mineralnych. Trudno pojąć, czemu o tem wszystkiem nie wspomniał memoryał Kółka lekarzy, któremu w pierwszym rzędzie powinno było zależeć na rozwoju Krynicy.

Rzeczy to zresztą wcale nie nowe. Czekają one cierpliwie długie lata na ziszczenie. Wszak już w pracy A. Mravincsicsa pod tytułem: »Krynica, informacye o c. k. Zakładzie zdrojowym« czytamy: »Zamierzone inwestycye: w przygotowaniu są plany i kosztorysy na budynek dla kąpieli hydropatycznych 100.000 kor., na budynek dla kąpieli borowinowych 120.000 kor., na ujęcie zdrojów Dobrodzieja i na Słotwinach 70.000 kor., na urządzenie kąpieli ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym 35.000 kor., na rozszerzenie wodociągu słodkiej wody 20.000 kor.; na powyższe inwestycye zezwoliło c. k. Ministerstwo rolnictwa reskryptem z dnia 30. czerwca 1900, L. 1428/ A. M.« Ileż z tych postulatów spełniło się dotychczas? Czemu to o te zaniedbane, zapomniane myśli nie upomniało się Kółko lekarzy u Ministerstwa rolnictwa? Przecież cały dalszy byt Krynicy opiera się na tych zadaniach, które postawić ją mogą na wyżynach nowoczesnej balneologii i uratować od nieuniknionego, choć powolnego upadku, o którym najlepsi jej przyjaciele i piórem i słowem prorokują,

2. Zarzut drugi odnosi się do kąpieli borowinowych. Kółko lekarzy żali się, że w borowinie, używanej do kąpieli, pojawiają się niepotrzebne dodatki, jak n. p. skorupy, trzaski i korzonki; odstrasza to lepszą publiczność, która zna zagraniczne, nie galicyjskie zdrojowiska. To złe usunąć można — zdaniem Kółka lekarzy — przez zaprowadzenie młynka do mielenia borowiny. Otóż wszędzie w kąpielach borowinowych napotyka się od czasu do czasu niepożądane domieszki; najwięcej winy ponosi w tem służba, która źle przesiewa ziemię borowinową i niedbale przyrządza kąpiel. I tu przyczyna krynickich nieporządków tkwi w nadmiernem obciążeniu łazienek borowinowych: w roku bieżącym wydano w 27 wannach — 22.815 kąpieli. Kto zna technikę przyrządzania tych kąpieli, łatwo przyzna, że to cyfra bardzo wysoka i że przy takim nawale pracy służba nieraz dopuścić się mogła drobnej niedokładności. Tu przynajmniej nie zanotowano przypadku śmiertelnego zejścia! Oglądając sposób przesiewania borowiny i robienia kąpieli w Krynicy, przyznać należy, że choć w porównaniu do innych krajowych zdrojowisk *in puncto* kąpieli borowinowych Krynica stoi jeszcze wcale dobrze, to przecież łazienki borowinowe krynickie są i za szczupłe i przestarzałe, nie dorastają pod względem balneo-technicznym najnowszym sposobom.

O tem zresztą powszechnie wiadomo i to właśnie spowodowało rząd do postanowienia budowy nowych łazienek borowinowych nad Kryniczanką poza teatrem. Kółko lekarzy, pisząc swój memoryał, wiedziało, że to sprawa już przesądzona. W obecnych starych łazienkach borowinowych niewiele da się dobrego zrobić, niewiele ulepszyć. Zdaniem mojem mielenie borowiny w Krynicy jest rzeczą dość podrzędną, a to dlatego, że borowina ta niema torfiastego włóknistego utkania, potrzebującego rozdrabniania maszynowego — ale jest ziemista, w stanie suchym sypka, wystarczy więc dla niej dobre wysuszenie i staranne przesianie. Widocznie były w tym względzie pewne zaniedbania i jest rzeczą administracyi miejscowej pilnować, by borowina była dobrze suszona i siana. Do tej też administracyi należało się po sąsiedzku zwrócić Kółku lekarzy, nie zaś do Ministerstwa, bo sprawa zbyt mało ważna, zwłaszcza wobec postanowionej już budowy nowych borowinowych łazienek.

3. Zarzut trzeci Kółka lekarzy odnosi się do pojawiania się duru jelitowego w Krynicy. W sprawie tej decydujące znaczenie ma urzędowy wykaz c. k. Starostwa nowosądeckiego z dnia 21 lutego 1908, L. 4121. Według tego wykazu stwierdzono w ostatnich 10 latach w Krynicy w r. 1903 dur u trzech osób, 1904 u 6 osób, 1905 u 1 osoby, 1907 u 7 osób. (Te 7 wypadków tyfusu pojawiło się w jednym domu ogrodnika Litwory, który uprawiał swój ogród ludzkim nawozem, a do picia czerpał wodę ze studni, umieszczonej w najniższym punkcie tego ogrodu). Lata 1898 i 1899, 1900, 1901, 1902 i 1906 są zupełnie wolne od tyfusu. W roku 1908 również — jak się dowiaduję — tyfusu nie było. W piśmie Starostwa nowosądeckiego nie wyrażono, czy przypadki chorobowe odnoszą się do Krynicy wsi, czy do obszaru zdrojowego. Jak widać z cyfr przytoczonych, tyfus w ostatnich 11 latach nie miał w Krynicy charakteru epidemii lub endemii, zwłaszcza zaś takiego charakteru, któryby upoważniał do szukania istotnej przyczyny szerzenia się zakażenia w wadliwych urządzeniach higienicznych, jak to twierdzi memoryał lekarzy. W ostatniem 10-leciu żadne z krajowych zdrojowisk nie było wolne od przypadków duru; w Szczawnicy w tym czasie wykazano 20, zaś w Zakopanem 60 przypadków. Nie mam wcale zamiaru twierdzić, że Krynica nie potrzebuje wodociągów i kanalizacyi, a tylko stwierdzam, że brak tych urządzeń dotychczas — na szczęście — nie odbił się na zdrowiu publiczności kąpielowej. Dziś, jak wiadomo, kanalizacya i wodociągi znajdują się w Krynicy tylko na obszarze dworskim, t. j. w części należącej do skarbu państwowego. Od dawna obywatelstwo czyni zabiegi o pomoc kraju lub powiatu w celu skanalizowania całego zdrojowiska. Jest nadzieja, że skoro Sejm bieżący przyjmie ustawę, oddzielającą Krynicę zdrój od Krynicy wsi, to ta nowa gmina zorganizuje się pod względem urządzeń zdrowotnych odpowiednio do swoich wyższych zadań. W każdym razie i kanalizacya i wodociągi należeć będą do inicyatywy miejscowej, autonomicznej, a nie do rządu i nie było potrzeby odwoływać się z tem do Ministerstwa rolnictwa pod rzekomą grozą epidemii tyfusowej.

4. Zarzut ostatni odnosi się do restauracyi krynickich. W tym przedmiocie trudno coś realnego napisać, bo o ile nie stwierdzi się, że potrawy były przyrządzane z artykułów nieświeżych i zepsutych, lub przyrządzane w sposób niechlujny, rzecz schodzi na tory indywidualnego smaku, pojęcia o komforcie i t. p., a tu istnieją niezliczone stopnie, odcienia i gusta, zależne od sfery towarzyskiej, narodowości, lub wyznania. Zatem odnośnie do tego zarzutu Kółka lekarzy musimy dać wiarę sprawozdaniu lekarza zakładowego, który twierdzi, że »robiąc sam, albo ze swoim asystentem rewizye sanitarne po 2 i 3 razy w tygodniu, nic do zarzucenia nie znalazł ani co do jakości zapasów, ani co do czystości ubikacyi gospodarczych; konkretnych skarg na restauracyę w kurhauzie nie wnoszono. Skarżono się wogóle na sposób przyrządzania potraw, a skargi te głównie dawały się słyszeć ze strony publiczności starozakonnej«. Także i Zarząd zdrojowy zapewnia, że na restauracyę za-

kładową nie wpłynęła w ostatnim roku żadna konkretna skarga. Wobec tego z czystem sumieniem przyjąć można, że jadłodajnie krynickie nie są gorsze, niż w innych miejscach kąpielowych i że dotychczasowy sposób kontroli nad restauracyami w Krynicy jest wystarczający.

WNIOSKI.

Krajowa Rada zdrowia uważa memoryał Kółka lekarzy w Krynicy, wystosowany w dniu 12 października 1907 do Ministerstwa rolnictwa z pominięciem władz krajowych, a zawierający zarzuty ogólnikowe, faktami ani dowodami rzeczowymi niepoparte — za akt dla Krynicy, jako dla naszego zdrojowiska szkodliwy.

Przechodząc do czterech zarzutów, zawartych w tym memoryale, krajowa Rada zdrowia oświadcza:

Nie stwierdzono ani w jednym przypadku, by z powodu wadliwego ogrzewania wanien w łazienkach mineralnych ktokolwiek doznał oparzenia skóry, a tem mniej, by przez używany w Krynicy sposób ogrzewania kąpieli spowodowane zostało zejście śmiertelne.

Nie jest wskazanem zaprowadzenie nowego sposobu przyrządzania kąpieli borowinowych w obecnych starych łazienkach borowinowych, gdyż dla zapobieżenia usterkom wystarczy nadzór zarządu.

Nie stwierdzono, aby dur jelitowy zagnieżdżony był w zdrojowisku Krynicy — pojawia się tam bowiem dur w postaci sporadycznych przypadków i to nie w każdym roku, co przy wielkim ruchu zdrojowiska łatwo da się wytłómaczyć zawleczeniem.

Niema potrzeby zmieniać dotychczasowy sposób opieki sanitarnej nad restauracyami w Krynicy.

Natomiast krajowa Rada zdrowia uważa za wskazane przedstawić najważniejsze istotnie potrzeby Krynicy, od których zaspokojenia zależą dalsze losy tegoż zdrojowiska.

Koniecznem jest spieszne staranie się o powiększenie ilości wody mineralnej, która obecnie z trudem tylko wystarcza na potrzebę łazienek, — przez głębokie wiercenia za nowemi źródłami.

Konieczną jest rychła budowa łazienek mineralnych, ponieważ wobec coraz większego napływu gości, jedna wanna służy już dziś codzień do wydania 11·3 kąpieli, a z roku na rok ten stosunek niekorzystny wzrasta.

Koniecznem jest przyspieszenie budowy nowych łazienek borowinowych.

Konieczną jest budowa nowego zakładu hydropatycznego, ponieważ obecny nie zaspakaja wymagań lecznictwa i wygody.

Pożądanem jest założenie łazienek dla kąpieli sztucznych i wogóle wzbogacenie Krynicy w sposoby i czynniki lecznicze.

Utworzenie osobnej gminy Krynica-zdrój, stosownie do przedłożonego Sejmowi krajowemu sprawozdania Wydziału krajowego, mieć będzie dla Krynicy znaczenie epokowe, dlatego rychłe wprowadzenie w życie tej ustawy jest bardzo pożądane.

Pożądana jest rychła regulacya Kryniczanki z równoczesnem pogłębieniem jej dna.

Również budowa normalnotorowej kolei żelaznej z Muszyny do Krynicy przyczyni się znakomicie do rozwoju zdrojowiska przez ułatwienie komunikacyi i korzystny wpływ na zaprowiantowanie i stosunki ekonomiczne.

Lwów, dnia 23 października 1908.

Józef Łuszczkiewicz w. r.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Sztromajer: **Towaroznawstwo apteczne, podręcznik dla drogistów i aptekarzy.** Płock 1908.

Pracą niniejszą zamierzył autor wypełnić istotną lukę w piśmiennictwie polskiem i dać młodzieży przygotowującej się do egzaminów pewną pomoc. Uznając w tym względzie w całej pełni zasługę autora, nie można jednak obecnego pierwszego wydania pracy nazwać już całkowicie udatnem. Wprawdzie autor ułożył przedmiot w pewnym systematycznym porządku, zaopatrzył swe dziełko w skorowidze i słowniczki, jednakże nie ma ono cech pracy, opartej na rozleglejszem doświadczeniu własnem, a ma pewien błąd, w danym przypadku dość ważny. Pisząc mianowicie książkę dla młodzieży polskiej, trzeba przedewszystkiem starannie przestrzegać czystości słownictwa. Autor jednak jakby lekceważył słownictwo chemiczne polskie, a przecież posiadamy »Słowniczek chemiczny«, wydany przez Redakcyę »Chemika polskiego« na zasadzie uchwał Akademii Umiejętności w Krakowie. Książka p. Sztromajera zawiera dużo błędów w słownictwie chemicznem, a dołączony do niej słowniczek, od początku ucząc fałszywych wyrażeń, może utrudnić młodzieży dalszą naukę. Słownictwo jest przytem niejednolite, n. p. »wodan barytu« a »siarczek baru«. Po usunięciu licznych w tym kierunku błędów, książka mogłaby mieć wartość dla przygotowujących się do zawodu drogisty lub materyalisty, dla farmaceuty będzie, jak mi się zdaje, nie dość wyczerpującą.

Mag. J. Banke.

Dr Tomasz Janiszewski: **Opieka nad chorymi gruźliczymi** (le dispensaire antituberculeux) **i walka z gruźlicą w Galicyi.** Kraków 1908. Nakład S. A. Krzyżanowskiego.

Praca niniejsza przedstawiona była jako wykład w Towarzystwach lekarskich lwowskiem i krakowskiem z wiosną b. r., zasługuje jednak na to, aby z zebranym w niej pracowicie materyałem zapoznały się szersze koła naszych lekarzy, zwłaszcza w Galicyi, gdzie najrychlej będzie można zorganizować systematyczną walkę z gruźlicą. Do tego zaś daje rozprawka Dra Janiszewskiego i podstawę i zachętę. Autor rozpatruje naprzód przyczyny, które wpłynęły na rozbudzenie się ruchu przeciwgruźliczego, mianowicie dane, zdobyte zapomocą statystyki o ogromnem rozpowszechnieniu się gruźlicy, przeświadczenie o jej uleczalności i odkrycie swoistego zarazka gruźlicy, pozwalające bezpośrednio z nim walczyć. Następnie kreśli autor — posługując się, jak wogóle wszędzie w swej pracy, bogatym i należycie wyzyskanym materyałem — trzy drogi, któremi dotąd kroczyła walka z gruźlicą: stosowanie ogólnych zasad higieny (Anglia), ruch sanatoryalny (Niemcy), tworzenie »opiek nad chorymi gruźliczymi« (dyspensatoryów) (Francya). — Udowadniając liczbami zmniejszenie się śmiertelności, z gruźlicy zagranicą, jako skutek tych różnych usiłowań, roztrząsa autor doniosłość każdego z trzech sposobów, stosowanych w walce z gruźlicą; następnie zestawia wszystkie dane, dotyczące sprawy gruźlicy w Galicyi, przytacza to, co u nas dotąd dla zwalczania gruźlicy zrobiono, wreszcie uzasadnia potrzebę instytucyi, któraby całym ruchem przeciwgruźliczym u nas systematycznie pokierowała. Zadanie to spełnić może zawiązane już we Lwowie »Towarzystwo walki z gruźlicą«, którego program autor przytacza, kreśląc w zakończeniu wytyczne linie działalności, jaką rozwinąć powinno społeczeństwo, a lekarze w pierwszym rzędzie. Do rozprawy dołączony jest obfity spis bibliograficzny, obejmujący prócz ważniejszych zagranicznych, wszystkie prace z naszego piśmiennictwa.

Z.

Naunyn. **Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer.** Jena. (Gustav Fischer) 1908. Cena 60 h.

Broszurka Prof. Naunyna obejmuje najważniejsze dane o dyecie w cukrzycy, zestawione dla podręcznego użytku lekarzy w następującym porządku: I. Odsetkowa zawartość tłuszczu w pokarmach (w różnych rodzajach mięsa, ryb, tłuszczów, wędlin, sera itd.). II. Odsetkowa zawartość tłuszczu i cukru w mleku i jego przetworach. III. Odsetkowa zawartość węglowodanów

w różnych rodzajach mąki, chleba, w kakao, jarzynach, owocach. IV. Zawartość cukru w napojach wyskokowych i innych. Potem następuje tabelka do obliczenia pożywności według kaloryi, dalej krótkie popularne przepisy dyetetyczne, które lekarze mają zalecać chorym, wreszcie przykład dokładnego przepisu na cały tydzień z obliczeniem wartości kalorycznej. W praktyce może książeczka Prof. Naunyna oddawać pożyteczne usługi. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Nacke. **Miesiączka przedwczesna.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, Nr 34). Autor stwierdził u dziewczynki liczącej 4 lata 3 mies., prawidłowo umysłowo i fizycznie rozwiniętej, normalnie wykształcone i uwłosione części rodne oraz tkliwy lewy jajnik wielkości wiśni. Matka dziecka podała, iż córka miesiączkuje typowo od roku. Za przyczynę, wywołującą tutaj przedwczesną miesiączkę przyjmuje autor krzywicę i przypuszcza, że w tym przypadku tyreoidyna może działałaby skutecznie. *Ow.*

Zangenmeister. **Doświadczalny przyczynek do operacyjnego leczenia ostrego połogowego zapalenia otrzewnej.** (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, t. 62, z. 3, 1908). Z różnych postaci gorączki połogowej przebieg najcięższy, bo śmiertelny, ma rozlane połogowe zapalenie otrzewnej. Aby zdać sobie sprawę z tego, czy operacyjne usunięcie ogniska pierwotnego (macicy) może dać wynik dobry, wykonał autor szereg doświadczeń na myszach, którym wszczepiał w koniec ogona 200—1000-krotną śmiertelną dawkę paciorkowców. Ponieważ jednak surowica przeciwpaciorkowcowa Aronsona działa u myszy w wysokim stopniu nietylko zapobiegawczo, ale i leczniczo, przeprowadzał autor swoje doświadczenia w ten sposób, że jednym myszom w rozmaitych odstępach czasu od chwili szczepienia odcinał ogon u nasady, u innych w tychsamych odstępach czasu ($^1/_2$—10 godzin od chwili szczepienia) stosował surowicę przeciwpaciorkowcową i u innych wreszcie połączył odcięcie ogona z równoczesnem działaniem surowicy. Na podstawie otrzymanych wyników dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Samo usunięcie pierwotnego ogniska może dać wynik dobry tylko wtedy, jeśli jest wykonane w jak najkrótszym czasie po zakażeniu i tylko przy zakażeniu dawką, nie przekraczającą zbytnio dawki śmiertelnej. 2) Znacznie lepsze wyniki daje stosowanie surowicy. 3) Najlepsze wyniki otrzymuje się przy połączeniu operacyjnego usunięcia ogniska pierwotnego z równoczesnem stosowaniem surowicy. — W zastosowaniu do człowieka, a w szczególności do połogowego zapalenia otrzewnej, warunki są znacznie gorsze, bo 1) nie mamy jeszcze skutecznej surowicy, 2) w chwili wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej zakażenie już jest tak daleko posunięte, że samo usunięcie macicy nie polepsza bynajmniej rokowania. Dobrych wyników z zabiegu operacyjnego będzie można dopiero wtedy się spodziewać, gdy się wynajdzie jakąś skuteczną surowicę, co zresztą jest tylko kwestyą czasu. Co do strony technicznej, to autor nie podziela zapatrywania Herffa, by wykonać odcięcie macicy nadpochwowe, ale radzi usunąć ją w całości drogą brzuszną, bo tylko w ten sposób zabieg może być doszczętnie wykonany. *Dr Friediker.*

Prof. Opitz. **O zapobieganiu zatorowi powietrznemu w położnictwie.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr 46). Za kardynalny środek, zapobiegający dostawaniu się powietrza do żył przy zabiegach w II i III okresie porodowym, uważa O. odpowiednie ułożenie rodzącej. Cała górna część ciała powinna być podniesiona; w praktyce prywatnej da się to wykonać zapomocą poduszek. O. powołuje się na swój materyał $4^1/_2$ tysięcy porodów, gdzie nie widział ani jednego zatoru. *Ow.*

Schönbek. **Dwa przypadki wynicowania macicy w III okresie.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr. 46). W odstępie 15 miesięcy spotkał się autor z wynicowaniem macicy dwukrotnie; w obu przypadkach wynicowanie zostało wywołane przez uraz: w pierwszym przez silne pociągnięcie pępowiny przez akuszerkę, w drugiem przez zabieg Credégo. W obu przypadkach poszło łatwo odprowadzenie, po którem S. radzi wstrzyknąć ergotynę. *Ow.*

Kröning. **Postępowanie przy łożysku przodującem.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 46). W pracy tej poleca K. na podstawie swoich sześciu przypadków wykonywać przy łożysku przodującem u rodzących typowe cięcie cesarskie, jako zabieg najpewniejszy dla matki i dziecka. Tylko wtedy, gdy ujście jest zupełnie rozwarte, wykonuje K. obrót na nóżkę, a tam, gdzie badanie na pewno wykaże łożysko przodujące, usadowione na tylnej ścianie, stosuje K. pochwowe cięcie cesarskie *Ow*

Doc. Zurhelle. **O zapobieganiu tworzeniu się zakrzepów.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr 43). Jako jeden ze sposobów zapobiegawczych radzi Z. stosowanie rychłego wstawania tak u położnic, jak i u chorych ginekologicznych. Na klinice w Bonn postępuje się w ten sposób: Po raz pierwszy (1—3 dni) sadza się operowaną na wygodnem krześle w blizkości łóżka, najdłużej na 20 m. Na drugi dzień pozwala się siedzieć 1—2 g. rano i wieczór itd., tak, że w dni następne zostawia się chorym zupełną swobodę. Chore te 10—12 dnia opuścić mogą klinikę. Metoda ta podnosi stan ogólny, reguluje czynność jelit, chore same oddają mocz, nie mają bolów krzyża, słowem przy rychłego wstawaniu usuwa się przypadłości, które są następstwem długiego leżenia. W przeciwieństwie do innych klinik sposób ten bywa stosowany także u osób wycieńczonych, niedokrwistych i tłustych. Przeciwwskazaniem tej metody są: gorączka ponad 38°, operacya zapalnych guzów przydatków, istniejące zakrzepy oraz bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem. *Ow.*

Hartog. **W sprawie wczesnego wstawania po laparotomiach.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 47). Niesłusznie twierdzą niektórzy, jakoby Krönig był pierwszym, który polecił wczesne wstawanie po laparotomiach. Myśl tę poruszył Ries w Chicago już w roku 1899 i ogłosił w »Journ. of the Americ. Med. Assoc.«, — aczkolwiek spotkała się ona w Ameryce z zarzutami. Hartog ogłosił swą pracę w »Berl. klin. Wochs.« 1907, Nr 1., opierając się o 40 przypadków, a dopiero $^1/_2$ roku później wystąpił Krönig z tą samą sprawą. *B. Wojciechowski.*

Sigwart. **Pubiotomia przy miednicy miernie ścieśnionej.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 48). Peham, jako przedstawiciel szkoły Chrobaka, odrzuca pubiotomię wobec miednicy miernie ścieśnionej; w przeciwieństwie do tego uważa Bumm operacyę tę w pewnych przypadkach miernego ścieśnienia za uzasadnioną. Sellheim opisał pubiotomię przy sprzężnej przekątnej 10·5 cm i dużym płodzie (długość 57 cm, ciężar 3740 gr, obwód główki czoł. potyl. 36 cm). W przypadku autora chodziło o osobę trzeci raz rodzącą. Pierwszy płód obumarł wśród porodu, trepanacyą; w drugiej ciąży wywołanie porodu przedwczesnego, płód zmarł po 3 dniach. Sprzężna przekątna 10·5 cm, prawdziwa obliczona na 9 cm. Poród trzeci na czasie, bole silne bardzo, częste, przez 18 godzin po pęknięciu pęcherza, prawie bez wyniku. Duże przedgłowie, tętno płodu wreszcie głuche, wolne, odchodzi smółka. Główka ciągle ruchoma, o wchód oparta. Pubiotomia, kleszcze. Płód docucono. W połogu nieżyt pęcherza, ciepłota do 37·9. Chora wstała 20. dnia. Chód prawidłowy. Czaszka płodu twarda, ciężar 4200 gr. Zdaniem S. byłby obrót zapobiegawczy w tym przypadku zawiódł. *B. Wojciechowski.*

Weinberg. **Przypadek wyjęcia macicy z rzadkiego wskazania.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, Nr 41). U chorej 38-letniej, dziedzicznie nie obciążonej, wystąpiła po raz pierwszy padaczka po połogu przebiegającym z gorączką. W. stwierdził badając wolne tyłozgięcie macicy i zwyrodnienie jajników. Gdy odprowadzenie macicy i założenie krążka oraz leczenie tamponami nie usunęło padaczki, wyjął W. macicę z przydatkami drogą pochwy, — poczem padaczka ustąpiła. *Ow.*

Rosenthal. **Zaciśnięcie dwunastnicy.** (*Archiv f. Gyn.* T. 86, Z. 1.). Od czasu bezgnilnego postępowania obawa groźniejszego zapalenia otrzewnej przy laparotomiach jest bardzo mała; dosyć często jednakże przebieg pooperacyjny nie jest zupełnie prawidłowy, występują bowiem objawy niedrożności jelit, lub zadrażnienia otrzewnej, jak wzdęcie brzucha, tętno przyspieszone, niemożność oddawania wiatrów, czkawka, wymioty. W takich przypadkach wczesne rozpoznanie jakości tych powikłań może uratować chorego, zwłaszcza przy niedrożności jelit. Podobne objawy mogą wywołać także ostre rozszerzenie żołądka i zaciśnięcie dwunastnicy. Przypadków takich opisano już cały szereg. Dla wyjaśnienia takich stanów opisuje autor stosunki anatomiczne i fizyologiczne dwunastnicy. Dwunastnica ma kształt podkowy; jest silnie przymocowana do tylnej ściany jamy brzusznej, zwłaszcza jej część wstępująca do kręgosłupa. Pomiędzy częścią dwunastnicy, a trzustką, leży tętnica krezkowa górna, rozgałęziająca się w krezce dwunastnicy i jelita cienkiego. Zachodzi pytanie, 1) czy przez pociągnięcie krezki może nastąpić niedrożność dwunastnicy, 2) w jakim kierunku musi pociąganie działać, 3) czem może być wywołane, 4) w którem miej-

scu ulega dwunastnica niedrożności. Spostrzeżenia Glenarda, Rokitanskyego, Heschla, Foerstera, Albrechta, Kundrata, Schnitzlera i autora dowodzą, że jeżeli pętle jelita cienkiego opadną do małej miednicy, wówczas krezka, a zwłaszcza w niej biegnąca tętnica krezkowa górna przyciska do kręgosłupa dwunastnicę, i to tak silnie, że powietrze, wdmuchiwane do żołądka, przechodzi dalej dopiero po użyciu dosyć wielkiego ciśnienia. Bäumler sądzi, że dwunastnicę uciska wtedy głównie trzon krezki, a mniejszą wagę przypisuje tętnicy krezkowej górnej; i on jednak znalazł przy autopsyi w jednym przypadku na dwunastnicy ślady ucisku, $^1/_2$ cm szerokie, któreby odpowiadały tętnicy. Tętnicę naciągają same pętle jelita cienkiego, opadając ku dołowi i według Glenarda obciążenie to wynosi 500 gr. Ciężar jelit powiększają zrosty w małej miednicy i ucisk na jelita od zewnątrz. Ten ucisk bywa wywołany samem położeniem chorego. Badania na zwłokach stwierdziły, że tętnica krezkowa uciska w tych razach dwunastnicę w jej części dolnej, leżącej poprzecznie na kręgosłupie i najłatwiej ulegającej przez to zaciśnięciu. Stan ten nie wytwarza się u wszystkich operowanych, tylko u osób z pewnem usposobieniem. Według Glenarda ulegają temu stanowi najłatwiej chorzy z opadnięciem jelit, zaś według Kundrata, ze zmianami w kształcie krezki, lub wązką szypułą krezki. Czynnikiem usposabiającym jest brak tłuszczu u osobników chudych, gdyż u nich tętnica wybitniej występuje z krezki jako postronek. Nadmierne przeczyszczanie przed operacyą wywołuje zapadnięcie się dwunastnicy; parcie w uśpieniu i podczas operacyi przyczyniają się do spychania jelit cienkich do miednicy małej. Objawem takiej niedrożności dwunastnicy są: pragnienie, wymioty, ale nie kałowe, zawierające dużo żółci. Ciepłota niepodniesiona, tętno szybkie, nadpępcze wzdęte. Leczenie: ułożenie chorego na brzuchu i sondowanie żołądka usuwa zwykle te przypadłości. W ostateczności dopiero radzi autor zrobić ponowną laparotomię i początkowo ograniczyć się tylko do podniesienia żołądka i okrężnicy i wysunięcia jelit cienkich z miednicy małej.

Dr Schlank.

Weindler. **W sprawie zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych.** (*Gynaek. Runds.* 1908, Z. 22). Opis 2 przypadków typowych. Wnioski: W przypadkach ciąży z niejasnemi podniesieniami ciepłoty należy częściej odprowadzać mocz cewnikiem i poddawać go dokładnemu rozbiorowi. Główny nacisk musi się położyć na wczesne, jak najściślejsze leczenie zmian zapalnych pęcherza, jako następstwo zastoju moczu spostrzeganych często w ciąży. Przy wyraźnem zajęciu miedniczek nerkowych dążyć należy do tego, aby nawet w najcięższych przypadkach ograniczać się do postępowania wyczekującego.

B. Wojciechowski.

Okulistyka.

Charles Woodruff. **Niewystarczająca pigmentacya jako przyczyna chorób ocznych.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). Podobnie jak cały ustrój, tak też i oko może od zbytku światła bardzo ucierpieć, tem więcej, że na działanie jego wystawione jest bardziej, niż jakikolwiek inny narząd ustroju, i że zapomocą swych środków łamiących skupia promienie na swych najdelikatniejszych i najszlachetniejszych częściach składowych. Autor usiłuje udowodnić, że u jasnowłosych, niebieskookich blondynów niektóre zaburzenia oczne występują częściej, niż u brunetów. Mówi o drżeniu gałek ocznych, zdarzającem się często u bielców, o różnych rodzajach niedowidzenia, astenopii, połączonej ze światłowstrętem. bolami głowy i różnemi przypadłościami nerwowemi, które zwłaszcza jasnych blondynów trapią. Ubóstwem barwikowem tłómaczy też niektóre zmiany zapalne i zanikowe w siatkówce, naczyniówce i w nerwie wzrokowym. Okuliści gorących okolic Ameryki, których ludność w znacznej części stanowią przybysze europejscy, spotykają się bardzo często z przypadkami dokuczliwej, powodującej nieraz niezdolność do pracy astenopii, zależnej od niezborności rogówkowej nieraz małego stopnia, ale nie zawsze dającej się dokładnie wyrównać. Zdaniem autora w wielu razach chodzi tu o niezborność nabytą wskutek nieustannego mrużenia powiek przed rażącem światłem słonecznem. *K. W. Majewski.*

Campbell Posey i Fr. Krauss. **Trzy przypadki zmian kiłowych 3-rzędnych u murzynów.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). 1) *Arteriitis syphilitica retinae cum atrophia nervi optici.* Nawiązując do tego przypadku podaje autor wziernikowe znamiona, pozwalające odróżnić *arteriitis* od *perivasculitis syphilitica.* 2) *Syphilis cerebrospinalis, paralysis nervi oculomotorii totius et nervi trochlearis oculi sinistri.* Szybkie ustąpienie porażeń pod wpływem leczenia swoistego. 3) *Paralysis syphilitica oculomotorii totius.* 50-letnia chora z niewątpliwą kiłą cierpiała na bardzo silne bole głowy, które ustąpiły z chwilą, gdy zaczęła skutkiem porażenia ocznego widzieć podwójnie.

K. W. Majewski.

Bonsignorio. **O zastosowaniu zimna i ciepła w lecznictwie okulistycznem** (*Révue gén. d' Opht.* 1908, Nr 3). Gdy chodzi o ropień powierzchowny lub czyrak na ręce lub na nodze, gorące okłady, przyspieszające dojrzenie i pęknięcie ogniska ropnego, przyspieszają tylko korzystne zagojenie się sprawy, a w żadnym razie nie szkodzą. O wiele ostrożniej trzeba postępować, gdy chodzi o grożącą lub rozwiniętą już sprawę ropną na rogówce, lub w głębi gałki ocznej. Tu przyspieszać ropienie lub ułatwiać przebicie ropy na zewnątrz byłoby, zdaniem autorki, wielkim błędem, może to bowiem wywołać upośledzenie lub utratę wzroku, a nawet zniszczenie gałki. Wychodząc z takiego rozumowania, zaleca autorka okłady zimne w wielu przypadkach, w których okuliści prawie bez wyjątku stosują (zdaniem jej bezkrytycznie) ciepło. Przy wrzodach rogówki mają, wedle autorki, gorące okłady wywoływać rozpulchnienie i obrzmienie tkanek, otaczających rogówkę i utrudniać w ten sposób jej odżywienie, przez co przyczyniają się pośrednio do szerzenia się sprawy ropnej. Tak samo przestrzega autorka przed gorącymi okładami w przypadkach rozlanego zapalenia naczyniówki, które mogłoby pod ich wpływem przejść w zapalenie całego oka *(panophthalmitis).* Ciepło wskazane jest przedewszystkiem w szeregu cierpień ocznych, wywołanych przez zimno, jak w pewnych przypadkach zapalenia tęczówki, w zapaleniach nerwu wzrokowego, a także przy powikłaniach ocznych w przebiegu grypy. Tu należą także cierpienia oczne, zależne od pobytu w mieszkaniach wilgotnych, źle oświetlonych, więzieniach, w podziemiach itd. Wreszcie korzystnie działają ciepłe okłady we wszystkich zmianach ocznych, o których z góry wiemy, że do ropienia nie prowadzą, a gdzie zależy wielce na przyspieszeniu wessania chorobowych wytworów zapalnych. Zimno, które w wyższym stopniu, niż ciepło, zmniejsza i koi ból, stosuje autorka śmiało we wszystkich sprawach zapalnych. ropnych, gałki ocznej, aby przez to ograniczyć i powstrzymać szerzenie się ropnego rozpadu i zapobiedz grożącemu zapaleniu całego oka. *K. W. Majewski*

Leartus Comer. **Uwagi o miesieniu wibracyjnem w chorobach ocznych.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). Autor używa ulepszonego przyrządu wibracyjnego w różnych chorobach ocznych. Przekonał się on, że przy rozpoczynającej się zaćmie korowej, zwłaszcza przy klinowatych lub igiełkowych zaćmieniach, ułożonych promienisto, bystrość wzroku pod wpływem miesienia wibracyjnego częstokroć się poprawia. Skutek ten zależy niewątpliwie od poprawienia stosunków krążenia w przednim odcinku gałki ocznej, ale bywa tylko przemijający. Dobre usługi oddaje autorowi miesienie w przypadkach zapalenia twardówki (*scleritis* i *episcleritis*) i przy świeżych plamkach rogówkowych. Miesienie wibracyjne przyspiesza gojenie i wessanie osadów na błonie Descemeta przy surowiczem zapaleniu tęczówki, a nawet wpływa korzystnie na przebieg zapalenia naczyniówki w świeżych przypadkach i w pozagałkowych zapaleniach nerwu wzrokowego na tle zatrucia tytoniem lub wyskokiem. *K. W. Majewski.*

M. Teulières. **Leczenie surowicą przeciwbłoniczą ciężkich zakażeń oka.** (*Opht. Klinik,* 1908, Nr 67 i 8). Zapalenia oczne natury zakaźnej, a w szczególności zapalenie rogówki, ropniak komórki przodkowej, bywają niejednokrotnie tak groźne, że mogą w przeciągu kilku dni zniszczyć nietylko wzrok, ale także gałkę oczną. Środki miejscowe, jak środki przeciwgnilne, galwanokaustyka, nakłucie rogówki, keratotomia Saemischa, nie zawsze zdołają powstrzymać szerzenie się sprawy ropnej. Usiłowano zatem w podobnych przypadkach zastosować leczenie surowicami. Z początku stosowano przeciwko poszczególnym rodzajom ustrojów, znalezionych w wydzielinie ocznej, swoiste surowice np. surowicę przeciw-pneumokokową Römera. Gdy jednak przekonano się o dobrych wynikach surowicy przeciwbłoniczej także w zakażeniach pneumokokami, paciorkowcami i gronkowcami, zaczęto używać tylko tej surowicy przy różnych zakażeniach ocznych. W doświadczeniach swych używał autor również surowicy przeciwbłoniczej, która największe budzi zaufanie i którą najłatwiej otrzymać. Doświadczenie poucza, że wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej nie grożą żadnem niebezpieczeństwem, a skuteczność ich równa się conajmniej skuteczności innych surowic. Zwyczajnie wstrzykuje się 10—20 cm^3 surowicy podskórnie i w miarę potrzeby wstrzykiwania te się

ponawia. Podspojówkowych wstrzykiwań surowicy oko nie znosi. Korzystniej może działałoby zakraplanie jej rozczynu do oka.

K. W. Majewski.

Dentystyka.

Preisswerk-Maggi. **Leczenie septycznych kanałów zębowych.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 11). Przy leczeniu wstępnem trudno czasami o dostęp do kanałów; wówczas nietylko dozwolone, ale nawet wskazane jest odpiłowanie pewnej części korony, by tylko dostęp umożliwić; zwłaszcza przy zębach trzonowych należy niekiedy prawie całą koronę usunąć, jeżeli tylko korzenie przez to utrzymać można. Skoro kanały są widoczne, otwarte, wprowadza autor drobne igiełki, ostrożnie, tak, by treści kanałów nie wyprzeć do otworu szczytowego (*foramen apicale*); igiełki te wprowadza dopóty, dopóki kanał nie jest zupełnie czysty, (nie ograniczając się do tego, by na igiełce już nic nie wychodziło). Autor sprzeciwia się stanowczo czyszczeniu kanałów zapomocą wiercenia świdrami, chyba, że doszło już do wtargnięcia bakteryi do zębiny. Po mechanicznem wyczyszczeniu nastąpić musi czyszczenie chemiczne; do tego celu za najlepsze uważa autor: alkohol absolutny, kreozot, nalewkę jodową, 50% kwas solny, trikrezolformol, chlorfenol, w końcu jodoform. Jeżeli chodzi tylko o zakażenie miazgi zębowej, to po usunięciu miazgi czyści autor kanał alkoholem, co zupełnie wystarcza. Jeżeli atoli kanał zawiera treść cuchnącą, to autor stosuje dwa lub trzy środki odkażające, mianowicie nalewkę jodową, kreozot, przedewszystkiem zaś kwas solny, który działa nietylko bakteryobójczo, ale także rozszerza kanały i ewentualnie rozpuszcza złogi, światło kanałów ścieśniające. Trikrezolformol uważa autor za doskonały środek odkażający, ale ponieważ środek ten drażni żywe tkanki, przeto można go używać tylko tam, gdzie w korzeniu niema już żadnych składników żyjących. Po przeprowadzeniu takiego leczenia następuje zamknięcie kanałów, ale zupełnie zamyka się je tylko wtedy, gdy miazga była prawie nienaruszona. W innych razach wkłada się na pewien czas do kanałów jeden z powyżej podanych środków odkażających, zmieszany z tlenkiem cynku, na to kładzie się pastę, zrobioną z eugenolu i tlenku cynku. Pasta ta twardnieje pod wpływem śliny i nie przepuszcza żadnych płynów; mimo że jest twardą, daje się dobrze wywiercać. Czas, przez jaki ta wkładka pozostać musi, określa stan ozębnej. Lekkie zapalenie okostnej szybko mija po włożeniu wkładki i po ośmiu dniach można ząb zaplombować. Również i przetoki zębowe w przeciągu 1—3 tygodni zostają wyleczone, jeżeli się wkładki 2—3 razy przez ten czas zmienia. — Gdy wreszcie chodzi o stałe zamknięcie kanałów, to autor używa do tego celu z wielkiem powodzeniem pręcików ze srebra, — osadzając je na cemencie, do którego dla odkażenia dodaje nieco chinosolu. Pręcików srebrnych używa autor dlatego, że z powodu zaostrzonych końców łatwo je wprowadzić do kanałów, dalej, że zachowują żywotność korzeni zębowych i utrwalają je w stanie jałowym. Nadto części pręcików, wystające z kanałów, stanowią dobrą podporę dla plomby. *Dr Immerglückówna.*

Möller. **Lizoform w praktyce dentystycznej.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 7). A. poleca w miejsce karbolu lub krezolu używanie 2% rozczynu lizoformowego, codziennie świeżo sporządzanego. Lizoform bowiem niema własności żrących, nie niszczy narzędzi i niema przejmującego zapachu karbolu lub krezolu. — Przy ropniaku i torbielach jamy Highmora przepłukuje autor 1% lizoformem z bardzo dobrym skutkiem. Cuchnienie z ust usuwa lizoform z domieszką spirytusu miętowego. Ze względu na mniej przykry smak i taniość używa M. ½—1% rozczynu lizoformu zamiast wody utlenionej do przepłukiwań jamy ustnej. Od pewnego czasu używa M. lizoformu, w którym jest 20% formaliny, do odkażania kanałów zębowych, przyczem zapalenie ozębnej nie występuje tak często, jak się to zdarza przy stosowaniu formaliny. *Dr Immerglückówna.*

Möller. **Zastosowanie fityny w dentystyce.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 10). A. podawał fitynę dzieciom chorym na krzywicę z niedostatecznie rozwiniętem uzębieniem mlecznem. W 42 przypadkach zauważył autor korzystny wpływ tego leczenia na uzębienie stałe, tak że ono było trwalsze; cały stan ogólny dzieci i rozwój umysłowy przytem bardzo się poprawiał. We wszystkich tych przypadkach były zęby mleczne niebieskawo zabarwione, szkliwo kruche i zęby ulegały prędko próchnieniu; zęby stałe wykłuły się natomiast, jako prawidłowe, lekko tylko żółtawo podbarwione. — Dla osesków najodpowiedniejszym jest według autora przetwór »fortosan«, mieszanina fityny z cukrem mlecznym, łatwo się w wodzie rozpuszczająca. *Dr Immerglückówna.*

Fritsche. **Kilka objawów, towarzyszących znieczuleniom przez wstrzykiwanie.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 7). Przy stosowaniu nowokainy 2% z suprareniną występuje prócz objawów podmiotowych, cały szereg przedmiotowych. Wskutek wstrzyknięcia porażone zostają nietylko nerwy czuciowe, lecz także ruchowe; i tak przy wstrzykiwaniu w zakresie zębów przednich występuje typowy obraz częściowego porażenia nerwu twarzowego. Czasem występują zapalenia i tworzą się ropnie, które przypominają obraz ropni na dziąśle (*parulis*). W niektórych przypadkach powstaje wtedy zaczerwienienie i obrzęk dziąseł, po 24 godzinach w pewnem miejscu błona śluzowa jest zupełnie od okostnej przez ropę oddzielona, a powstały w ten sposób ropień na dziąśle ma nieregularne granice. Drugiego dnia zwykle sprawa się zaostrza, a po 8—10 dniach mija. Jeżeli się natnie taki ropień, to wydobywa się z niego dość rzadki płyn ropny, a ściany tego ropnia nie ściągają się w tym stopniu, jak przy zwykłym ropniu (*parulis*). Objawy podmiotowe w stosunku do przedmiotowych są nieznaczne, a dreszcze i gorączka, częste objawy ropnia dziąsłowego (*parulis*), tutaj tylko rzadko występują. F. spostrzegał przypadki o cięższym przebiegu: i tak po wstrzyknięciu nowokainy przy wyjęciu górnego lewego zęba trzonowego nastąpiła zgorzel dziąsła i obumarcie pewnej części kości. Wreszcie opisuje F. przypadek, gdzie w następstwie wstrzyknięcia nowokainy przy usuwaniu dolnego VI. zęba trzonowego wystąpił po 2 dniach ropień, który jednak nie ograniczył się tylko do tego miejsca, ale po paru dniach wystąpił w pobliżu zdrowego lewego kła, później w obrębie występującej gałęzi żuchwy. Tembardziej zadziwia to autora, że wstrzykiwanie wykonane być miało z zachowaniem zupełnej aseptyki. F. przytacza też w końcu występujące czasami przy wstrzykiwaniach wybroczyny i podbiegnięcia krwawe. — (Przy sposobności nadmienić należy, że w krakowskim uniwersyteckim zakładzie dentystycznym, mimo iż stosuje się nowokainę od 1½ roku codziennie conajmniej w 8 przypadkach, w całym dotychczasowym materyale, wynoszącym około 6000 przypadków, — żadnego z powyżej wymienionych objawów nie spostrzeżono. *Przyp. sprawozd.*). *Dr Immerglückówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dn. 25. listopada 1908 (w klinice położn.-ginek.).

Przewodniczy wiceprezes kol. Gliński. Obecnych członków 80.

1) Kol. Cetnarowski przedstawił przypadek **obustronnego brodawczaka jajowodów** (*papilloma tubae cysticum*), powołując się na rzadkość danego przypadku. W całem piśmiennictwie zebrano 28 przypadków (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Cetnarowski mówił następnie **o wczesnem wstawaniu po zabiegach operacyjnych**. Wczesne posadzenie na krześle w 1—3 dni po zabiegu operacyjnym chroni głównie przed zakrzepem, przed zapaleniem płuc opadowem, i jest znakomitym czynnikiem po wielkich utratach krwi, np. w przypadkach wycięcia mięśniaków (*myomectomia*).

3) Kol. Friediker przedstawił przypadek: **haematocolpos et haematometra** (*uterus didelphys*). Przypadek o tyle ciekawy, że z ropy po wypuszczeniu zropiałego krwiaka pochwy wyhodowano czyste hodowle prątka okrężnicy.

4) Prof. Rosner przedstawił przypadek **hypertensio, ren gravidarum**, leczony tyreoidyną Burrougs-Wellcome z dobrym wynikiem.

5) Kol. Schlank przedstawił przypadek **hebosteotomii** sposobem Bumma. Sekretarz *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXII. Posiedzenie naukowe dnia 20. listopada 1908.

I. Dr Rydygier jun. *a)* wygłasza odczyt: **Nowy sposób przecięcia gardła** (*pharyngotomia*); (rzecz przeznaczona do druku); *b)* przedstawia chorych po operacyi **wycięcia odźwiernika z powodu wrzodu żołądka.** — W dyskusyi zauważa Prof. Rencki, że wycięcie takie daje niewątpliwie korzyści, nie zapobiega jednak tworzeniu się nowych wrzodów, choćby po

kilku latach. Najkorzystniejsze będzie wycięcie z powodu wrzodu, w którym zaczyna się bujanie rakowe.

II. Prof. Rydygier przedstawia 9-letniego chłopca, u którego przed kilku miesiącami dokonał **wszczepienia moczowodu do pęcherza.** U chorego tego z objawami zwężenia jelit od lat kilku, znalazł prelegent w czasie operacyi znacznie rozszerzony lewy moczowód z powodu zwężenia, usadowionego tuż przy pęcherzu. Ze względu na stan sił chorego i znaczną część zachowanego miąższu nerki, wszczepił wówczas moczowód w ściany brzuszne. Utworzona przetoka ulegała często zaciskaniu przez ściągający się bliznowato otwór skórny. W kilka miesięcy po operacyi pierwszej dokonał prelegent wszczepienia moczowodu do pęcherza. W tym celu rozciął koniec moczowodu w linii podłużnej na dwie części, zagiął brzegi naciętego pęcherza na wewnątrz na 2—3 cm, i wprowadziwszy koniec moczowodu między owe brzegi, zszył je z moczowodem. Przed drugą operacyą odszedł z moczem kamyczek; wobec tego sądzi prelegent, że owo bliznowate zwężenie moczowodu powstało również na tle kamicy nerkowej. Wynik bardzo dobry. Dziś chory ma się zupełnie dobrze. — W dyskusyi podnosi Prof. Ziembicki wcale dobry stan nerki mimo tak znacznego rozszerzenia moczowodu; Prof. Barącz zapytuje, czyja to metoda wszczepienia, którą posługiwał się prelegent, Prof. Schramm, czy prelegent miał trudności, jakie powstają u dzieci wskutek gwałtownego kurczenia się pęcherza po jego nacięciu. — Prof. Mars wszczepiał niejednokrotnie moczowody sposobem Fritscha z pomyślnym wynikiem; kilkakrotnie z powodu skrócenia musiał naciągać moczowód, co przy sposobie wspomnianym da się wykonać. — Prof. Gluziński omawia swe doświadczenia z podwiązywaniem moczowodów u psów i wpływ jego na czynność i zmiany anatomiczne nerek. Po usunięciu podwiązki znajdował mowca w moczu nizki ciężar właściwy, białko, ciałka czerwone. Chlor z początku skąpy, potem wracał do normy. — Dr Ziembicki W., który badał mocz przedstawionego chorego, znajdował dość znaczne różnice w jego składzie przed i po operacyi.

XXIII. Posiedzenie naukowe dnia 4. grudnia 1908.

1) Prym. Opolski wygłasza odczyt (część kliniczna): **O odrębnej postaci skazy krwotocznej.** Skreśliwszy stan naszych dotychczasowych wiadomości o skazie krwotocznej, omawia O. przypadek, spostrzegany na swym oddziale, który mimo typowych cech skazy krwotocznej, do żadnej z jej odmian nie da się zaliczyć. Choroba dotyczyła mężczyzny 42-letniego, przedtem zawsze zdrowego, u którego wystąpiło przed rokiem cierpnienie kończyn górnych. Wkrótce potem zaczęły pojawiać się na ciele plamy krwawe, które za najmniejszym nawet urazem występowały obficie. Gdy chory zgłosił się do szpitala, całe ciało pokryte było licznemi podbiegnięciami krwawemi, nad któremi niejednokrotnie brakowało naskórka tak, że krew nawet kropelkami wydobywała się na powierzchnię. Objawy dermografii bardzo wybitne. Inne narządy zmian nie wykazywały. Mocz prawidłowy. Krew: ciałek czerwonych 4,250.000, białych 8200, Hgl. 97, neutrofilów 60%. Inne ciałka w stosunku prawidłowym. Dopiero pod koniec życia wystąpiły zmiany w składzie krwi, mianowicie: ciałek czerw. 3,200.000, białych 20.400, Hgl. 100, c. wielojądrzastych 20%, limfocytów małych 16%. Badanie kału wykazało obfite węgorki. Badania bakteryologicznego krwi nie zdążono wykonać, chory bowiem wśród postępującej poprawy uległ nagle ropnicy, z której zmarł w ciągu 5 dni. Na podstawie obrazu klinicznego i przy uwzględnieniu badania patolog.-histologicznego rozpoznał prelegent dermatozę krwotoczną na tle zwyrodnienia woskowego naczyń krwionośnych. Nie rozstrzygając, co było pierwotne, czy schorzenie naczyń krwionośnych, czy inna sprawa ogólniejszej przyrody z następowem zwyrodnieniem naczyń, podnosi prelegent szczególną w danym przypadku skłonność do zmian woskowych w mięśniach gładkich, bezotoczkowych, — i w sercu.

Dyskusya: Dr Ziembicki W., który badał krew w tym przypadku, podnosi wprost niezwykłą łatwość występowania krwawienia po najmniejszym nawet urazie. Palcem można było wypisywać krwawe smugi na skórze chorego. Zabarwienie ciemne krwi kazało myśleć o methemoglobinie, której jednak nie wykazano. Obecności węgorków nie chce mowca wprowadzać w jakiś etyologiczny związek ze samą chorobą. — Prof. Rencki podnosi niestosunek między wskaźnikiem hemoglobiny, a ilością ciałek czerwonych. Sądzi, że w przypadku tym był jakiś stan septyczny, t. j. nie bakteryjny, ale toksyczny, który przedewszystkiem oddziaływał szkodliwie na krew. — Dr Hornowski na podstawie najstarszych i najrozleglejszych zmian w przewodzie pokarmowym sądzi, że z niego wyszła przyczyna owych zmian naczyniowych. Skazę zaś krwotoczną sprowadza do określonego szeregu spraw, gdzie brak wyraźnej przyczyny łączy się z obecnością zmian naczyniowych. — Prof. Gluziński zaznacza, że skaza krwotoczna nie jest, ściśle biorąc, jednostką chorobową, ale towarzyszyć może szeregowi innych spraw (posocznica, białaczka itp.). W przypadku przedstawionym niema znanej przyczyny. Wspominając o pewnych sprawach skórnych, a także o zapaleniu skórnomięsnem (*dermatomyositis*), sądzi mowca, że w przypadku tym chodziło o cierpienie skórne. Podkreśla brak krwawień na błonach śluzowych, n. p. w jelitach, co jest tu rzeczą ważną; węgorkowi nie przypisuje znaczenia. — Dr Feuerstein przypomina, że przy *polymyositis* zmiany krwotoczne są bardzo rzadkie. — Prym. Pisek uważa za punkt wyjścia choroby zmiany w jelitach, wywołane obecnością węgorka, a całą sprawę nazwałby *angiohyalinosis diffusa septica.*

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 20 października 1908 r.

1) Wojciechowski przedstawił kilka prób **odczynu Wassermana.** Mowca objaśnił trudności techniczne prób omawianych, oraz najlepszą drogę otrzymania wyników dodatnich w przypadkach rzeczywiście istniejącego przymiotu.

2) Bregman przedstawił **przypadek cierpienia rdzenia, wywołanego atoksylem.** Chora 21-letnia, od 12 lat cierpiała na łuszczycę. Chora otrzymała 8 wstrzyknięć atoksylu co 2-gi dzień, następne 8 codziennie, ostatnie 2 w ciągu jednego dnia. Po 2 dniach wystąpiły: ból głowy, szum w głowie, dreszcze, mdłości i wymioty. Nazajutrz chora nie mogła już poruszać nogami, wystąpiły bóle i parestezye w kończynach dolnych i krzyżu, zatrzymanie moczu. Po 10 dniach przybyła chora do szpitala. Porażenie kończyn dolnych prawie zupełne, mięśnie wiotkie, odruch kolanowy lewy zniesiony, prawy minimalny, odruchy ścięgna Achillesa zniesione, obustronny objaw Babińskiego. Zaburzenia czucia na obu kończynach dolnych oprócz przedniej powierzchni ud. Ostre od tępego odróżnia chora nie zawsze, czucie bolu i ciepła upośledzone. Chora przysiada z trudem. Mocz odchodzi mimowolnie kroplami. W szpitalu stan szybko się poprawił; po kilku tygodniach chora mogła już stać; obecnie, po pół roku, chodzi już dobrze, odruchy ścięgien wzmożone, odruch Babińskiego wyraźny, zaburzenia czucia mniej wyraźne. B. rozpoznaje sprawę rozlaną w lędźwiowej i krzyżowej części rdzenia, która dotyczy przeważnie istoty szarej rdzenia. Przedstawiony przypadek jest pierwszym opisanym przypadkiem cierpienia rdzenia wskutek zatrucia atoksylem.

3) Anastazy Landau wygłosił wykład: **O przemianie ciał purynowych w ustroju ludzkim.** Rzecz ta oparta jest przeważnie na własnych badaniach prelegenta, przeprowadzonych na 8 osobnikach, i dotyczących z jednej strony przemiany purynowej w warunkach prawidłowych, z drugiej zaś, wpływu, jaki na nią wywiera podawanie wyskoku. Wnioski prelegenta są następujące: 1) Wydajność N purynowego, rsp. kwasu moczowego endogenicznego, utrzymuje się u tego samego osobnika na poziomie mniej więcej stałym, natomiast u poszczególnych osobników jest ona wybitnie różna. 2) Różnice indywidualne w wydajności kwasu moczowego endogenicznego zależne są od niejednakowej jego produkcyi. 3) Wydzielanie kwasu moczowego egzogenicznego podlega *ceteris paribus* nie mniejszym wahaniom indywidualnym, aniżeli kwas moczowy endogeniczny. 4) Wahania pomienione przypisać należy niejednakowej u poszczególnych osobników sprawności urykolitycznej. 5) Sprawność urykolityczna zależy nietylko od właściwości indywidualnych, lecz w znacznej mierze jeszcze od składu chemicznego wprowadzonego materyału purynowego. 6) Wyskok wzmaga wydajność ciał purynowych endogenicznych wskutek toksycznego rozpadu nuklein ustroju. 7) Wyskok obniża wydajność kwasu moczowego egzogenicznego zależnie od zmniejszonej przepuszczalności nerek dla U.

W dyskusyi zarzuca Rzętkowski, że trudno się zgodzić z twierdzeniem prelegenta co do zależności przemiany ciał purynowych od wyskoku. Twierdzi on, że wyskok wzmaga powstawanie U endogenicznego, działając jako trucizna. Wątpliwem jest, czy wyskok w dawkach, podawanych przez prelegenta, tak wybitnie niszczył jądra, iżby aż wymagał jako jad wydalanie U egzogenicznego. Daleko możliwszem jest, że wskutek przyspieszonego krążenia i dopływu krwi do mięśni, następuje pod wpływem wyskoku lepsze wyługowanie z nich hypoksantyny,

skąd wzmożona zawartość U egzogenicznego w moczu, na który i ewentualnie zwiększone wydzielanie moczu nie pozostałoby bez wpływu. W przeciwieństwie do U endogenicznego U egzogeniczny zmniejsza się pod wpływem wyskoku, co autor objaśnia zaburzeniem w działalności nerek, które nie przepuszczają pod wpływem podrażnienia wyskokiem U egzogenicznego. A więc ma tu chodzić o zatrzymanie U, którego nie było co do U endogenicznego. Należało stwierdzić to zatrzymywanie przez zbadanie krwi co do U; należałoby stwierdzić, czy istotnie wyskok drażni nerki.

Mutermilch podnosi doniosłość stwierdzonego przez prelegenta faktu, że kwas moczowy pochodzenia pokarmowego wydziela się z ustroju w ilościach zmiennych, wahających się od 40%—85%; obala to twierdzenie Buriana i Schura, że w ustroju ludzkim stale ulega utlenieniu 50% wprowadzonego kwasu moczowego. Co się tyczy wpływu wyskoku na przeróbkę ciał purynowych w ustroju ludzkim, to z doświadczeń prelegenta wynika, że wyskok wiedzie do tego samego, co cierpienia dnawe, t. j. do zmniejszonego wydzielania kwasu moczowego egzogenicznego. Fakt ten jednakże, zdaniem mowcy, nie przemawia jeszcze zgoła za tem, aby zachodziło tu utrudnione wydzielanie kwasu moczowego i zatrzymywanie jego w ustroju wskutek niedostatecznej czynności wydzielniczej nerek. Przypuszczenie podobne możnaby uczynić jedynie po stwierdzeniu we krwi osobników, którym podawano wyskok, zwiększonej zawartości kwasu moczowego i to tylko wówczas, gdyby wzmożenie to było zmienne, mniejsze lub większe, w zależności od stopnia zaburzenia sprawności nerek.

Halpern podnosi wpływ w omawianej sprawie innego wyskoku, a mianowicie trójatomowego t. j. gliceryny. Parę lat temu autor wykonał jedno doświadczenie z podawaniem gliceryny. Chory otrzymał 3 razy w ciągu dnia po łyżce stołowej gliceryny. Ilość kwasu moczowego endogenicznego wzrosła wtedy w porownaniu do okresu prawidłowego o 25%. Nie przesądzając, od czego zależeć może to zjawisko, czy może od toksycznego wpływu gliceryny, mowca dodaje jeszcze, że gliceryna różni się niewiele od kwasu tartronowego; a kwas tartronowy ma wraz z mocznikiem służyć do syntezy kwasu moczowego w ustroju, jak przypuszcza Wiener. Dotychczas przypuszczenia Wienera nie znalazły potwierdzenia; sprawy syntezy kwasu moczowego nie należy jeszcze uważać za rozstrzygniętą. Wiadomo, że u ptaków i gadów kwas moczowy powstaje syntetycznie w znacznych ilościach. Może więc różnica pomiędzy tymi gatunkami zwierząt, a ssakami, jest tylko ilościowa; w każdym razie nie mamy dostatecznej zasady, by odrzucać syntetyczne powstawanie kwasu moczowego u ssaków. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 10/23. września 1908.

A. Nowiński: **O diplokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci.**

Dyskusya: B. Kozłowski przypomina sobie z dawnych czasów przypadek ropnego zapalenia otrzewnej u 4-letniej dziewczynki. Badania bakteryologicznego nie było, to też zrazu uważał K. ten przypadek za zapalenie na tle wiewiórowem, teraz jednakże skłania się do przypuszczenia, że chodziło raczej o *peritonitis diplococcica.* Ropa przebiła sobie wreszcie sama ujście przez powłoki brzuszne w okolicy pępka, dziecko zaś wyzdrowiało po 3½-miesięcznej chorobie. Co się tyczy leczenia w podobnych przypadkach, to można czekać, o ile sprawa jest otorbiona, należy natomiast operować nie zwlekając, jeżeli chodzi o rozlane zapalenie otrzewnej. — Pietkiewicz zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze bez badania bakteryologicznego. W przypadku prelegenta kilku doświadczonych klinicystów popełniło pomyłki rozpoznawcze, przypuszczając już to dur brzuszny, już to poprostu tylko zatrucie, z kiszek pochodzące. — Sągajło sądzi, iż z tego, co powiedział prelegent o przebiegu choroby w jego przypadku, wnosićby można, że jedynym objawem, pozwalającym na kliniczne rozpoznanie różniczkowe pomiędzy pneumokokowem zapaleniem otrzewnej, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, byłaby biegunka. — Januszkiewicz pyta, czy bębnica była znaczna, czy ból był silny, czy występowała wyraźna twardość ścian brzusznych *(defense musculaire)*, gdyż ten objaw właśnie należy uważać za jedną z głównych oznak zapalenia otrzewnej, i to mianowicie zapalenia, wywołanego przez bardzo jadowite drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, prątki okrężnicy), gdy natomiast ten objaw może nie występować wcale, lub występować słabo przy łagodniejszych postaciach zapalenia otrzewnej, jak to było n. p. w przypadku prelegauta. — Sochacki zaznacza, że czasem trudno powiedzieć, czy się ma przed sobą sprawę rozlaną, czy też otorbioną; co się zaś tyczy twardości mięśniowej, to bywają wyjątki. Pamięta on sam chorego, po którego śmierci sekcya wykazała zapalenie otrzewnej wskutek dziurawiącego wrzodu dwunastnicy, pomimo tego, że za życia owej twardości mięśni u chorego zauważyć nie było można.

Sekretarz *S. Trzebiński.*

Posiedzenie d. 15/28 października 1908 r.

M. Łążyński: **O powikłaniach zapalenia wyrostka robaczkowego.**

W dyskusyi zapytuje Trzebiński, jakie stanowisko zajmuje prelegent wobec podniesionej ostatnimi czasy sprawy znaczenia przeważnie mięsnej dyety w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. — Łążyński uważa taki wpływ mięsnej dyety za możliwy, a tłómaczy go sobie w ten sposób, że dyeta mięsna wytwarza podłoże, korzystne dla niektórych drobnoustrojów, wpływając na ich rozwój i wzmożenie jadowitości, a obecność takich drobnoustrojów usposabia właśnie wyrostek do zapaleń. — Sochacki przytacza różne powikłania, o których prelegent nie wspomniał, a więc, ropnie zaotrzewne, podotrzewne, przynerkowe. W niektórych przypadkach wyrostek zmartwiały może dostać się do kiszki i wydzielić się z kałem; w innych razach, o ile wyrostek leży w małej miednicy, powstaje tam ropień, który następnie opróżnia się do pęcherza. Kiedyindziej znowu przedziurawienie następuje przez pępek. Jednem z powikłań zapalenia wyrostka może być *perisigmoiditis.* — Łążyński, zgadzając się, iż tytuł odczytu wymagał poniekąd wyszczególnienia wszelkich możliwych powikłań, zaznacza jednak, że miał bardziej na celu próbę ustalenia teoryi powikłań. — Nowiński zastrzega się przeciwko wysuwaniu na pierwszy plan etyologii bakteryologicznej; należy uwzględnić także warunki anatomiczne. U dzieci n. p. zapalenie wyrostka występuje na ogół rzadziej, niż u dorosłych, nietylko dlatego, że w ich przewodzie pokarmowym wytwarza się mniej jadowitych drobnoustrojów, co mogłoby w istocie zależeć od sposobu żywienia się, lecz także dlatego, że dziecięcy przewód pokarmowy jest wogóle łatwiej drożny od przewodu osób dorosłych. — Rumszewicz zapytuje, czy nie znajdowano przy zapaleniu wyrostka robaczkowego zmian w jego gruczołach, n. p. złogów, kamyków i t. d. Byłoby to możliwe ze względu na to, że gruczoły te są wogóle mało czynne, chociaż jest ich tam dużo. — Łążyński nie może o tem nic pewnego powiedzieć, zdaje mu się jednak, że czynnik ten w etyologii zapaleń wyrostka chyba wielkiej roli nie odgrywa, gdyż zapalenie to występuje stosunkowo rzadziej u dzieci, u których owe gruczoły są szczególnie liczne. — Januszkiewicz przypomina, iż z racyi obfitości grudek limfatycznych Nothnagel przyrównywał wyrostek robaczkowy do migdałków. Dalej zaznacza, iż przy zapaleniu wyrostka znajduje się w wyrostku robaczkowym rzadziej właściwe ciała obce, częściej zaś kamyki kałowe; to też, jeśli dyeta przeważnie mięsna usposabia do tej choroby, to dlatego, że sprzyjając rozwijaniu się zaparcia stolca, ułatwia tworzenie się kamyków kałowych. Że prelegent nie uwzględnił wszystkich możliwych powikłań, tego nie uważa J. za błąd z jego strony, gdyż takie zadanie jest prawie nie do wykonania. — Łążyński zwraca uwagę, że kamyki kałowe wyrostka bywają zwykle tak miękkie, iż trudno je nazwać »kamykami« w prawdziwem tego słowa znaczeniu, na co Januszkiewicz odpowiada, że pomimo swej względnej miękości są one dość twarde, aby zamknąć światło wyrostka. — Makowski: Prelegent wspomniał, że przy operacyi, jeżeli nie możemy odnaleźć miejsca niedrożności jelita z przyczyny jego odęcia, ratujemy sytuacyę, zakładając tymczasową przetokę kałową dla wypuszczenia treści w postaci gazów i kału, co jest rękoczynem ryzykownym ze względu na łatwość zakażenia otrzewnej. Z tego względu należy zwrócić uwagę na to, że istnieje teraz przyrząd, podany przez Klappa, służący do wypróżnienia jelita w podobnych przypadkach. Składa się on z długiej rurki metalowej o końcu zaokrąglonym, który zakłada się do otworu sztucznego w jelicie i natychmiast zaciąga zapomocą szwu kapciuchowego, poczem zapomocą rurki gumowej, wstawionej do poprzedniej, a połączonej drugim końcem z pompką, wyciąga się treść jelita. Po opróżnieniu jelita zaszywa się natychmiast otwór.

Sekretarz *M. Łążyński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w d. 31 października 1908 r.

1) Uchwalono zwrócić się do zarządu Związku Nar. Polsk. z prośbą u udzielenie pozwolenia na trzymanie w bibliotece związkowej czasopism lekarskich, które Towarzystwo abonuje dla swych członków miejscowych.

2) Nastąpił odczyt dra Czakiego: **O konserwatywnem leczeniu w chorobach kobiecych.** Prelegent, przebiegając w ogólnym zarysie stopniowe doskonalenie się sposobów leczenia w miarę postępu nauki, zatrzymał się dłużej nad okresem zapału operacyjnego w ginekologii. W okresie tym n. p. było bardzo rozpowszechnione stosowanie wycięcia jajników. Dopiero z biegiem czasu, gdy poznano niekorzystne skutki tego zabiegu na ustrój kobiecy, ograniczono znacznie jego wskazania, szczególnie u osób młodych. Podobnie nadużywane było skrobanie macicy itp. Natomiast wyrobiły się całe metody leczenia konserwatywnego, oddające często daleko większe i pewniejsze usługi. Do takich metod należy miesienie i miejscowe leczenie gorącem powietrzem za pomocą specyalnych przyrządów. Dr Czaki kładzie szczególny nacisk na wprowadzanie w praktykę tych metod, które dziś dają świetne rezultaty w klinikach europejskich. Nawet niektórzy dawniejsi twórcy operacyjnych sposobów leczenia, jak n. p. Chrobak, dziś sami zalecają powstrzymywać się od operacyi w bardzo wielu przypadkach, zalecając natomiast leczenie zachowawcze, obecnie bardzo już udoskonalone.

W dyskusyi zabierali głos: Dr Boguszewski, Bożyncz, Napieralski, Pietrzykowski, Sass, Statkiewicz, Szwajkart, Zaleski i Żurawski.

Sekretarz *Dr Jul. Szymański.*

Stosunek psychiatryi do psychologii.[1]

Napisał

Dr Jan Mazurkiewicz

(Ciąg dalszy).

Avenarius uznaje trzy rodzaje zależności stosunków, mianowicie zależność fizyczną, zależność matematyczną i jako trzeci rodzaj — »zależność »pierwiastków« i »charakterów« od określonych zmian systemu C, t. j. układu nerwowego. Jeżeli układ nerwowy, jako składnik człona centralnego albo przeciwczłona pewnej koordynacyi zasadniczej, zmienia się w pewien określony sposób, to pierwiastki, względnie charaktery, składające ową koordynacyę zasadniczą, zmieniają się w niej lub w innej koordynacyi, której przeciwczłon, zawierający system C, przyjmujemy za człon centralny.

Np. człon centralny, oznaczony jako »Ja«, dla którego igła, przenikająca w koniec jego palca stanowi przeciwczłon, bywa powiększony o pierwiastek »ukłucie«, charakteryzowany jako »bolesny«. Ten trzeci rodzaj stosunku funkcyonalnego możnaby oznaczyć jako »zależność psychologiczną« w przeciwieństwie do fizycznej i materyalnej. Ta zależność psychologiczna jest wówczas tak mało mistyczną i transcedentalną, jak zależność fizyczna i matematyczna.

Te same myśli, które Avenarius wypowiada językiem filozoficznym, wprowadzając przytem niektóre nowotwory językowe w celu uniknięcia mianownictwa psychologii scholastycznej, w inny sposób udowadnia fizyk Mach.

Pierwsze oryentowanie się człowieka — twierdzi Mach — powstaje przez utworzenie pojęć »ciała« i swojego »Ja«, jako mających względną stałość. Np. takie ciało, jak mój stół — może być jaśniej lub ciemniej oświetlony, może być inaczej pomalowany, pozostaje jednak zawsze tym samym stołem. Ekonomia myślenia sprawia, iż to, co sobie odrazu wyobrażamy, to określamy jednem imieniem, jedną nazwą.

Również względnie stałą jest moja psychika, moje »Ja«, ze swojemi wspomnieniami, uczuciami i pożądaniami. Rzekoma ta stałość jest wynikiem ciągłości — zmian, powolnie występujących. Dalsze oryentowanie się polega na spostrzeganiu właśnie zmian, zachodzących w tych względnie stałych »kompleksach«, jak je Mach nazywa. Dopiero teraz występują składniki kompleksu, jako jego własności, cechy. Owoc może być słodki, a inny gorzki. Czerwoną barwę spostrzegamy na wielu ciałach. Bliskość jednych ciał jest nam przyjemna, innych nieprzyjemna. W ten sposób spostrzegamy, że różne kompleksy mają wspólne składniki. Od ciał odłącza się to, co jest widzialne, słyszalne, czego można się dotknąć. To, co jest widzialne, ma barwę i kształt. W ten sposób kompleksy rozpadają się na »pierwiastki«, t. j. na ostatnie elementarne składniki, których dotąd nie możemy dalej rozłożyć.

Oznaczmy te kompleksy barw, tonów itd., które zazwyczaj nazywamy ciałami, przez litery ABC...; ten kompleks, który nazywa się naszem ciałem i który się tylko niektóremi właściwościami odróżnia od poprzednich, — przez litery KLM..; wreszcie kompleks obrazów pamięciowych, popędów i t. p. przez $\alpha\beta\gamma$...

Zazwyczaj światu cielesnemu ABC... przeciwstawiany bywa kompleks KLM... $\alpha\beta\gamma$... jako »Ja«; niekiedy jednak jako »Ja« pojmowany jest tylko $\alpha\beta\gamma$..., zaś jako świat cielesny KLM... ABC... Z początku ABC... wydaje się niezależnem od »Ja« i przeciwstawia mu się jako coś samodzielnego. Przytem ciało nasze KLM... zdaje się w silniejszym związku pozostawać z $\alpha\beta\gamma$..., a także z ABC..., aniżeli te dwa ostatnie ze sobą.

Ściśle jednak biorąc, okazuje się, że ABC... jest zawsze współokreślane przez KLM... Sześcian, widziany zblizka, jest duży, zdaleka mały, prawem okiem jest inaczej widziany, aniżeli lewem, przy zamkniętych oczach wcale nie jest widziany. Zatem własności tego samego ciała są zmodyfikowane, uwarunkowane przez nasze zmysły. Należy zatem stwierdzić, że różne ABC... związane są z różnemi KLM...

Przypuśćmy — mówi Mach — że widzimy ciało z ostrzem *o*. Jeżeli dotkniemy się ostrza *o*, otrzymujemy ukłucie. Możemy *o* widzieć, nie czując ukłucia. Skoro jednak czujemy ukłucie, znajdujemy *o* na skórze. Widzialne ostrze jest zatem stałem jądrem, do którego według okoliczności przyłącza się ukłucie jako coś przypadkowego. Przy częstem powtarzaniu się analogicznych zdarzeń, przyzwyczajamy się wreszcie zapatrywać na wszystkie własności ciał, jako na działania, pochodzące ze stałych jąder i wpływające za pośrednictwem ciała na nasze »Ja«, i nazywamy je wtedy »wrażeniami«. Ale przez to tracą jądra całą swoją treść zmysłową, stają się tylko symbolami myślowymi. Wtedy świat składa się wyłącznie z naszych wrażeń i przyjmowanie wspomnianych stałych jąder i ich wzajemnego działania, z którego powstały nasze wrażenia, wydaje się zupełnie zbytecznem i bezcelowem.

Taki właśnie wniosek wyprowadza teorya monizmu spirytualistycznego, według której świat materyalny jest fikcyą, w rzeczywistości zaś istnieje tylko świat psychiczny. Taki wniosek jest jednak równie mało krytycznym i realistycznym, jak i wręcz odwrotny wniosek monizmu materyalistycznego, który sprawy psychiczne uważa za funkcyę, za czynność układu nerwowego, produkującą np. wyobrażenia czy uczucia tak, jak wątroba produkuje żółć.

Zazwyczaj kompleks $\alpha\beta\gamma$... KLM... jest przeciwstawiany jako »Ja« kompleksowi ABC... Wkrótce jednak dołączamy zazwyczaj do swego »Ja« te pierwiastki ABC..., które silniej działają na $\alpha\beta\gamma$..., jak ukłucie, ból. Wkrótce jednak przez takie uwagi, jak przed chwilą przytoczone, okazuje się, że prawo zaliczania ABC... do »Ja« nigdzie nie ustaje. Stąd »Ja« może być tak rozszerzone, że wreszcie obejmuje świat cały. »Ja« nie jest ostro odgraniczone od otoczenia, granica jest dość nieokreślona i może być dowolnie przesuwana. Tylko przez zapomnienie o tem i przez nieświadome zwężanie i jednocześnie rozszerzanie granic, powstają metafizyczne trudności materyalistów i spirytualistów.

Skoro jednak poznaliśmy, że rzekome jedności »ciało« i »Ja« są tylko pomocą do przedwstępnego oryentowania się i służą tylko dla pewnych praktycznych celów (aby chwycić za przedmiot, aby siebie od bólu uchronić), to musimy je uznać przy dalej idących naukowych badaniach za niedostateczne i nietrafne. Wtedy odpada przeciwieństwo pomiędzy »Ja« i światem, pomiędzy wrażeniem i rzeczą, i pozostaje tylko związek pierwiastków $\alpha\beta\gamma$... BBC... KLM... dla którego właśnie to przeciwieństwo było tylko częściowo trafnym i niezupełnym wyrazem. Ten związek nie jest niczem więcej, jak tylko połączeniem owych pierwiastków z innemi równoznacznymi pierwiastkami (mianowicie z czasem i przestrzenią). Nauka powinna ten związek najpierw uznać i zoryentować się w nim, zamiast dążyć zaraz do wyjaśnienia jego egzystencyi.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłosiła w Nrze 46. »Przeglądu lekarskiego« i w »Głosie lekarzy« ostrzeżenie przed przyjmowaniem opróżnionej przez nieuzasadnione usunięcie Dra E. posady kolejowej w Krakowie. Izba lekarska, uznając krzywdę, wyrządzoną koledze przez jego przełożoną władzę, z całą energią wobec niej wystąpiła, wysyłając memoryały do Dyrekcyi kolei północnej i do c. k. Ministerstwa kolejowego, a równocześnie ogłosiła ostrzeżenie przed przyjmowaniem posady, a w szczególności także i zastępstwa bez porozumienia się z Izbą lekarską. Wydział Izby uważał za swój obowiązek wystąpić energicznie w obronie pokrzywdzonego kolegi, a zasięgnąwszy w tej mierze fachowego zdania i nabrawszy przekonania o wyrządzonej krzywdzie, liczył na solidarność kolegów, która już dawniej w wielu wypadkach korzystne pozwalała osiągnąć wyniki. Niestety udaremniono działalność Izby. Przekonawszy się w niniejszym przypadku, że nie można liczyć na solidarność kolegów, Wydział Izby podaje do wiadomości, że po tem smutnem doświadczeniu nie będzie nadal mógł podejmować interwencyi w podobnych sprawach. Brak solidarności w tej ostatniej sprawie jest tembardziej ubolewania godny, że Izba lekarska stosownie do orzeczenia Trybunału administracyjnego nie może pociągnąć do odpowiedzialności tych, którzy się do ostrzeżenia Izby nie zastosowali.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: Z dniem 1 stycznia 1909 r. wejdą w życie postanowienia ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych. Według interpretacyi czynników miarodajnych ustawa ta będzie zastosowana do lekarzy, pozostających w stałym stosunku służbowym do szeregu instytucyi prywatnych, a po części i publicznych, w pierwszym rzędzie do lekarzy Kas chorych, a także po części do lekarzy gminnych i t. p. Przewidziane ustawą ubezpieczenia zastępcze, które na mocy umowy z pracodawcami zawierać można, dałyby lekarzom znacznie większe korzyści, niż obowiązkowe ubezpieczenie w zakładzie pensyjnym dla urzędników prywatnych. Izba lekarska zaleca przeto lekarzom, by jak najrychlej postarali się o takie umowy zastępcze, albowiem tylko do 1. stycznia 1909 r. nie są ważne ograniczenia w zawieraniu tych umów według § 64 ustęp II. ustawy.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p

Wydział Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego rozesłał następującą odezwę:

Według nowego statutu członkami Związku są tylko ci lekarze, którzy podpiszą zobowiązanie. Wydział uprasza więc najusilniej wszystkich lekarzy w kraju, ażeby niezwłocznie, a w każdym razie przed 31. grudnia b. r. przesłali Wydziałowi podpisane zobowiązania, które w dniach najbliższych doręczone będą wszystkim Kolegom.

Zarazem zwraca Wydział uwagę członków dawnego »Towarzystwa Samopomocy«, że gdyby do 31. grudnia b. r. zobowiązań nie nadesłali, toby nie mogli być wpisani na listę członków »Związku«.

Według nowego statutu wkładka roczna wynosi 24 kor. Wydział będzie jednak Kolegów mniej zasobnych uwalniał od połowy wkładki, skoro tylko się o to zgłoszą.

Na powiatach należy jak najrychlej ukonstytuować organizacye powiatowe i wybrać delegatów na Zjazd delegatów. W tym celu uprosi Wydział w dniach najbliższych Kolegów na powiatach, ażeby się tą sprawą zajęli.

Dokonanie organizacyi Kolegów w całej Galicyi jest sprawą niezmiernie pilną, choćby już z tego względu, że tylko liczna i ukonstytuowana już organizacya może się przyłączyć do Związku państwowego. Bardzo znaczne zdobycze osiągnął Związek państwowy w nowym projekcie ustawy o ogólnem ubezpieczeniu jedynie tylko przez to, że Związek, obejmujący w ściśle solidarnym zastępie wszystkich lekarzy austryackich (prócz Galicyi!), posiada należytą siłę i nadał żądaniom swym wobec b. prezydenta ministrów Becka odpowiadający temu nacisk. Obecnie podejmuje Związek państwowy podobną akcyę wobec projektu ustawy o chorobach zakaźnych, podnosząc przytem postulaty, które obchodzić powinny Kolegów w Galicyi nietylko jako lekarzy, ale i jako obywateli kraju. Ze względu na interesa naszej ludności należy dążyć do dalszych jeszcze zmian projektu tej ustawy, postulatami Związku państwowego dotąd nie objętych, a można to z nadzieją rzeczywistego skutku uczynić tylko wtedy, gdy sprawy te Związek państwowy programem swym obejmie. Na to zaś potrzeba koniecznie, aby do Związku państwowego należała już nasza organizacya, obejmująca wszystkich lekarzy w Galicyi.

Dla wszystkich tych spraw odbył się w dniach 29. i 30. listopada b. r. Zjazd delegatów Związku państwowego, na który prezydyum Związku państwowego zaprosiło jako gościa przedstawiciela Związku galicyjskiego, prezesa Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza. Sprawozdanie z tego Zjazdu podane będzie osobno

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Dr Weinsberg*. Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz*.

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 27. XI. b. r. posiedzenie Wydziału dla spraw szpitalnictwa, na którem Dr Rzętkowski przedstawił referat w sprawie żywienia chorych szpitalnych. Koszt żywienia chorego powinien być z dotychczasowych $27^{1}/_{2}$ kop. dziennie podniesiony przynajmniej do 35 kop. Przyrządzanie potraw powinno być udoskonalone i kierowane przez zawodowego kucharza; kuchnia powinna być lepiej urządzona, mieć odpowiednie ubikacye pomocnicze. Po ożywionej dyskusyi postanowiono na podstawie referatu Dra Rzętkowskiego przedstawić w tej sprawie memoryał magistratowi m. Warszawy. (Med. i Kron. lek. 49). *R.*

Kasę pomocy dla wdów i sierót po lekarzach, urządzoną zupełnie na wzór »Kasy pogrzebowej« w naszym »Związku lekarzy« (dawnej »Samopomocy«) i w jednem z Towarzystw lek. dolnoaustryackich (Wohlfahrtsverein f. Hinterbliebene der Ärzte), założyli lekarze peszteńscy. Jeżeli umrze jeden z członków kasy, płacą wszyscy inni po 2 kor., a wdowa lub sieroty otrzymują odrazu sumę znaczniejszą, t. j. tyle razy po 2 kor., ilu członków liczy kasa. *R.*

Cenzura lekarska w Rosyi. Według nowych przepisów Rady lekarskiej przy ministerstwie spraw wewn. mają Urzędy lekarskie w całem państwie rosyjskiem cenzorować ogłoszenia i reklamy o sprzedaży leków, środków higienicznych i kosmetycznych i przyrządów, o praktyce lekarzy, dentystów, felczerów, położnych i t. d., o czynnościach farmaceutów i droguistów, o zdrojowiskach i wodach mineralnych. Cenzura ma dotyczyć tylko treści i rysunków. Zabronione są ogłoszenia kłamliwe, przesadne, powoływanie się na zezwolenie lub zalecenie przez Radę lub Urząd lekarski, ogłoszenia o środkach płciowych. *R.*

Lekarzy szkolnych przybywa w Niemczech szybko. Już przed paru laty było ich z górą 500; obecnie jest przeszło 1000 gmin takich, które ustanowiły własnych lekarzy szkolnych, między niemi są nawet gminy bardzo małe, a w ks. Meiningen wprowadzono już obowiązkowo lekarzy we wszystkich bez wyjątku szkołach. W Austryi natomiast sprawa ta jest zaledwo w początkach; najlepiej stoi ona w Bernie morawskiem; z bliższych nam miast ma już Ostrawa morawska lekarzy szkolnych.— Charlottenburg pod Berlinem odznacza się bardzo postępowem urządzeniem. Oto, ponieważ wiele dzieci, u których lekarze szkolni stwierdzili chorobę, nie leczyło się mimo to z powodu niezamożności rodziców, przeto obecnie odsyłają lekarze szkolni dzieci takie wprost do lekarzy miejskich. Leczenie jest bezpłatne, a leków i t. p. dostarcza miejski Zarząd dobroczynności. *R.*

Przetwory, dopuszczone do ogólnego obrotu w aptekach w Austryi: a) bez ograniczenia: »Neutrales Eisen-Manganpeptonat Rieche« (rozp. min. z 16. XI. 1908 l. 32672), »Laxigen« — łagodnie przeczyszczające powidełka owocowe (rozp. z 10. XI. 1908 l. 34290), »Darmol« — kołaczyki czekoladowe z fenolftaleiną (rozp. z 16. XI. 1908 l. 31907); b) tylko na przepis lekarski: kołaczyki formaminowe (rozp. z 16. XI. 1908 l. 32674), »Mergal« (capsulae gelatinosae hydrargyri cholici cum tannalbino) (rozp. z 16. XI. 1908 l. 31723). (Öst. Sanitätswesen 49).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. XI. do 5. XII. br. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1), Bohorodczany (Mołotków 14), Buczacz

(Zadarów 1, Krasiejów 1), Jaworów (Kobylnica ruska 3), Nadwórna (Przerośl 5, Nadwórna 1), Śniatyn (Rożnów 3), Stryj (Koziowa 3), Zborów (Jarczowce 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22. do 28. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca —, płonicy 53 † 7 (5 † —), odry 3, duru brzusznego 3 † 1 (2 † 1), czerwonki 1, gorączki połogowej —.

Od 29. XI. do 5. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (1 † —), płonicy 57 † 7 (4 † —), odry 2 † 1, duru brzusznego 1, gorączki połogowej 1 † 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1. *Dr Legężyński.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. XI. do 5. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 64, nieżywo 5; zmarło osób 72 (w tem obcych 28), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 6 (3), płonicy 2 (1), odry 3 (1), duru brzusznego — (—). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. XI. do 5. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 6 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 5, płonicy 5 † 2 (3 † 1), odry 55 † 3 (3 † 1), duru brzusznego 7 † 3 (—). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wyszedł z druku pierwszy (podwójny) zeszyt Tomu I »Przeglądu pedyatrycznego« (za drugie półrocze 1908), dedykowany przez wydawców, których grono dobiegło już 90, »Nestorowi pedyatrów polskich, Czcigodnemu Prof. M. L. Jakubowskiemu«. Zeszyt ten obejmuje osiem prac oryginalnych: 1) Prof. Lewkowicza »O prosówce płoniczej«, 2) Dr Kopcia: »Badania nad lipemią trawienną u osesków«, 3) Dr Korybut-Daszkiewicza: »Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci«, 4) Dr Brudzińskiego: »O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci«, 5) Dr Jasińskiego: »O plamach niebieskich w okolicy krzyża, znanych pod nazwą plam mongolskich«, 6) Dr Schoenaicha: »O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych«, 7) Dr St. Kramsztyka: »Przyczynek do rozpoznawania i patogenezy choroby Barlowa«, 8) Prof. Raczyńskiego: »O zachowaniu się chlorków w płonicy i jej powikłaniach«, dalej sprawozdanie poglądowe Dr Mogilnickiego: »O tężyczce«, 31 streszczeń z bieżącego piśmiennictwa zagranicznego (Jahrb. f. Kinderheilk., Monatschrift f. Kinderheilk., Archives de méd. des enf., Münchener med. Wochenschrift, Deutsche med. Wochenschrift, Ruskij Wracz, Revue d'hyg. et de med. inf.), ugrupowanych według przedmiotu, a opracowanych przez Drów. Mogilnickiego, Schoenaicha, Jasińskiego, Skórczewskiego, Łyskawińskiego, Kurellę i Śmiechowskiego, następnie 5 ocen dzieł pedyatrycznych niemieckich i francuskich, pióra Prof. Lewkowicza i Dr J. Landaua, korespondencye o stanie pedyatryi i instytucyach pedyatrycznych w Berlinie (Dr S. Kramsztyk), Monachium (Dr T. Kopeć), o stanie ortopedyi zagranicą (Dr Tomaszewski), wreszcie sprawozdania: z sekcyi pedyatrycznej Tow. lekarskiego łódzkiego, z Towarzystwa pedyatrów w Petersburgu (Dr Ostrowski), z wykładu Dr Szczawińskiej w warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich. Całość obejmuje 13 arkuszy druku. Następny zeszyt (za pierwszy kwartał 1909) zawierać będzie oprócz prac oryginalnych Dr S. Kramsztyka, W. Królikowskiego, Tomaszewskiego i Terenkowicza, jeszcze znaczniej rozwinięty dział sprawozdawczy, w którym będzie uwzględnione także piśmiennictwo angielskie, a być może również już i włoskie.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 4. grudnia b. r. następującemi sprawami: 1) Udzielono po 100 koron zapomóg sześciu wdowom po lekarzach. 2) Skarbnik zawiadomił, że wpłynęło 1812 koron 20 hal. na rok 1909 z instytutu zapomogowego we Wiedniu. 3) W sprawie Dra B. z J., odstąpionej Izbie przez Wydział krajowy, uchwalono odpowiedzieć, że Dr B. nie wykroczył przeciw obowiązkom lekarza okręgowego, a co do strony etycznej Izba przeprowadza dochodzenia i ewentualnie udzieli Drowi B. odpowiedniego pouczenia. — Na posiedzeniu zaś Wydziału w d. 8. XII. b. r. zajmowano się: 1) Sprawą niezastosowania się kolegów do ogłoszenia Izby co do przyjmowania posady kolejowej po Drze E.; uchwalono ogłosić stosowny komunikat. 2) Uchwalono w sprawie Dra L. zarekwirować aktu od sądu krajowego karnego w Krakowie. 3) Uchwalono ogłosić komunikat, zalecający lekarzom, podpadającym pod postanowienia ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych, by jak najrychlej zawierali umowy o ubezpieczenie zastępcze.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w dniu 3. XII. 1908 r. uchwalono zażądać, aby na posiedzeniach odczytywano wszystkie rozporządzenia władz wyższych, które magistrat otrzymuje w sprawach zdrowotnych i aby ostatnie reskrypty namiestnictwa na tem posiedzeniu podano do wiadomości członków. Obecnemu kierownikowi miejskiego Urzędu zdrowia drowi Schaittrowi wyrażono uznanie za działalność w kierunku tłumienia chorób zakaźnych w mieście. Dalej uchwaliła komisya przedstawić magistratowi, aby wobec podań o koncesye na droguerye, zajęto stanowisko odmowne, ponieważ liczba drogueryi w mieście jest dosyć znaczna, a niektóre droguerye trudnią się pokątną sprzedażą lekarstw. W sprawie utworzenia nowej apteki publicznej przy ul. Bożego Ciała lub przy ul. Grzegórzeckiej, komisya oświadczyła się nieprzychylnie. Przedłożone przez dra Schaittra sprawozdanie o przebiegu chorób zakaźnych w mieście w ostatnim miesiącu, o wyniku tegorocznych szczepień publicznych, o pojawieniu się jaglicy (egipskiego zapalenia ócz) w jednej z ochron izraelickich i o środkach wprowadzonych przez magistrat przeciw rozwlekaniu tej choroby, komisya przyjęła do wiadomości. Lekarzowi miejskiemu drowi Bernacińskiemu wyraziła komisya uznanie za przeprowadzenie kursu dezynfektorów. W końcu komisya wyraziła opinię, że instytucya »Kropli mleka« zasługuje na subwencyę z funduszów gminy, rozpatrywała sprawę reorganizacyi Pogotowia ratunkowego w kierunku wprowadzenia stałych dyżurów lekarskich, sprawę stłumienia pokątnego wyszynku napojów wyskokowych w sklepikach spożywczych i zmniejszenia liczby wyszynków w mieście, oraz uchwaliła wyrazić zdanie, że reorganizacya miejskiej służby zdrowia jest naglącą koniecznością i jaknajrychlej przeprowadzona być powinna.

— Prof. Dr Tadeusz Browicz otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego, rozesławszy zamówione egzemplarze, uprasza o ewentualne reklamacye w razie niedoręczenia Kalendarza.

— Wskutek śmierci ś. p. Dra Sikory otworzyło się miejsce dla lekarza w Jabłonkowie na Śląsku austryackim, zapewniające dostatnie utrzymanie. Miejsce to, ważne jako stanowisko na kresach, jest zagrożone. Informacyi udzieli chętnie redakcya »Przeglądu lek.«. Pośpiech konieczny.

— Sprzedaż licytacyjna zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku austryackim (Ernsdorf), mianowicie budynków, mieszczących łazienki, halę maszyn, salę gimnastyczną,— domu zdrojowego, deptaka i parku, ogłoszona została na d. 16. XII. b. r. w sądzie powiatowym w Bielsku. Cena wywołania 17.000 K (1/3 wartości). Zakład ten powinienby pozostać w rękach polskich.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. XII. b. r. opinie w sprawie utworzenia okręgów sanitarnych w Wilamowicach, Horożance, Niebylcu, Dobrowodach, w sprawie taks szpitalnych w Przemyślu, Tarnopolu, Lubaczowie i Husiatynie, w sprawie elementarza higienicznego dla uczniów, w sprawie awansu lekarzy rządowych do VIII rangi, a wreszcie postanowiła przez c. k. Namiestnictwo przedstawić Wydziałowi krajowemu konieczność bezwłocznej budowy domu porodowego w Krakowie.

— Prof. Dr Józef Szpilman otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Habilitacya Dra Jana Pruszyńskiego w zakresie farmakologii została przez ministerstwo zatwierdzona. Doc. Dr Pruszyński przenosi się wkrótce na stałe z Warszawy do Lwowa (Tyg. lek. 50).

— Na posiedzeniu Komisyi sanitarnej miejskiej w d. 5. XII., zwołanem na osobne żądanie Namiestnictwa, podał fizyk miasta statystykę chorób zakaźnych z listopada. Płonicy było 174 przypadków, objętych nią domów jest 87, w miejskim szpitalu zakaźnym jest chorych na nią 39. Po tem sprawozdaniu i obszernej dyskusyi uchwalono ulepszyć ewidencyę przypadków płonicy; przypomnieć publiczności o obowiązku donoszenia, postarać się, by lekarze epidemiczni poświęcali swym obowiązkom cały dzień; zamykać odrazu po pierwszym przypadku płonicy odpowiednią klasę szkolną na dni 14; w razie liczniejszych przypadków ma być natychmiast zasięgane zdanie komisyi sanitarnej; ozdrowieńców po płonicy dopuszczać do szkół najwcześniej w 6 tygodni od dnia zachorowania; wykonywać ściśle odpowiednie odkażanie i t. d. (Słowo polskie 572). Według »Kuryera lwowsk.« obecny na posiedzeniu krajowy referent sanitarny, r. dw. Merunowicz, wytknął po sprawozdaniu fizyka usterki

w działalności miejskiego urzędu zdrowia i oznajmił z upoważnienia namiestnika, że jeśli nie nastąpi poprawa, rząd zamianuje na podstawie §. 102 ustawy gminnej do tłumienia epidemii komisarza rządowego. Dalej podaje »Kuryer«, że pomimo obrony magistratu, podjętej przez przewodniczącego komisyi, wiceprez. miasta Rutowskiego i fizyka miejskiego, stwierdzono w dyskusyi, iż magistrat otworzył szkoły zbyt wcześnie wbrew opinii miejskiej komisyi sanitarnej i że zaszły istotnie inne jeszcze usterki.

— W tych dniach minęło trzydziestolecie pracy piśmienniczej Dra Wilhelma Piska, obecnego prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Pierwszą swą pracę ogłosił Dr Pisek w naszem piśmie, które też składa mu życzenia wieloletniej jeszcze, równie owocnej pracy.

— Zarząd Towarzystwa nauczycieli kół wyższych z Prof. Drem Twardowskim na czele zajął się utworzeniem stałego komitetu polskiego dla międzynarodowych Zjazdów higieny szkolnej, odbywających się co 3 lata (najbliższy Zjazd w Paryżu w r. 1910). Plan inicyatorów tej sprawy obejmuje: 1) wyjednanie dla komitetu polskiego równorzędnego stanowiska z innymi komitetami narodowymi; 2) wydanie ilustrowanego francuskiego dziełka o szkolnictwie polskiem; 3) zorganizowanie wykładów; 4) organizacyę udziału wystawców polskich w wystawie zjazdowej i t. d. Do udziału w akcyi i pracach grona inicyatorów zaproszone zostały krajowe Towarzystwa lekarskie odezwą, podpisaną przez Prof. Twardowskiego i wybitnych działaczy na polu higieny szkolnej, Prof. Panka, Dra E. Piaseckiego, Dra W. Serbeńskiego, insp. szk. p. Bruchnalskiego i p. Aleksandrowiczównę. — Na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909 ma być utworzona sekcya medycyny szkolnej, o ile liczba zgłoszeń będzie dostateczna. Zgłaszać się należy do dra Schuschny w Peszcie. Możeby i tę sprawę objął powstający komitet polski.

Warszawa. Nagrody im. Pileckiego przyznała Kasa im. Mianowskiego drowi Józefowi Bielińskiemu za dzieło: »Królewski uniwersytet warszawski« i drowi Stanisławowi Serkowskiemu za dzieło: »Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii.

— Na ogólnem zebraniu warszawskiego Towarzystwa naukowego w d. 25 XI. b. r. obrani zostali: Prof. Ignacy Baranowski członkiem honorowym, doc. dr Władysław Janowski sekretarzem generalnym Towarzystwa, dr H. Nusbaum członkiem czynnym wydziału III (matematyczno-przyrodniczego). Na temże posiedzeniu przyjęto wniosek dra Dunina w sprawie utworzenia przy Towarzystwie zakładów naukowych (»Gaz. lek.« 48).

— Redaktorem czasopisma »Zdrowie«, wydawanego przez warszawskie Towarzystwo higieniczne, wybrany został dr Józef Jaworski.

— »Kronika dentystyczna«, kończąc trzeci rok wydawnictwa, przypomina, że upływa właśnie lat 10 od chwili, gdy ś. p. dr Dzierżawski podjął pracę około wzbudzenia ruchu naukowego dentystycznego w Polsce i rozpoczął wśród najtrudniejszych warunków wydawać »Przegląd dentystyczny«. Poświęcając gorące słowa wspomnienia pierwszemu pionierowi na tem polu, stwierdza »Kronika«, że idea jego przyjęła się i coraz szersze obejmuje kręgi.

Dotychczasowa działalność »Kroniki dentystycznej« daje rękojmię, że pismo to i nadal skutecznie pracować będzie w kierunku, wytkniętym przez ś. p. Dzierżawskiego, i że zasłuży na równe, jak dotąd, uznanie.

— Zapisy ś. p. Konstantego Mireckiego, zmarłego w Radomiu w r. 1903, zostały przez sąd ostatecznie zatwierdzone. Między innemi otrzyma Akademia Umiejętności w Krakowie 50.000 rb., kasa im. Mianowskiego 5000 rb., szpital św. Kazimierza w Radomiu 40.000 rb., szpitalik dziecięcy w Warszawie 10.000 rb.

— O »martwych« funduszach szpitalnych podaje »Kraj« (270) następującą wiadomość: W obrębie ziemi suwalskiej istnieje 6 szpitali, w tem dwa w Suwałkach, chrześciański i żydowski, i po jednym: w Augustowie, Kalwaryi, Maryampolu i Sejnach. W dwóch miastach powiatowych: Wyłkowyszkach i Władysławowie szpitali zupełnie niema, co ludność odczuwa bardzo dotkliwie. Są co prawda zebrane na ten cel pewne fundusze, lecz te spoczywają w Banku Państwa. Uruchomienie ich staje na przeszkodzie to, że władze uznają, iż fundusze te nie są jeszcze wystarczające na ufundowanie zakładów dobroczynnych. Z legatów martwych ziemi suwalskiej spoczywają w Banku Państwa następujące: na szpital w Wyłkowyszkach 15.700 rb., na przytułek w Augustowie 12.500 rb., na szpital we Władysławowie 2200 rb., na przytułek w Maryampolu 3300 rb. z zapisu Jotalka i 400 rb. z innych funduszów.

— W maju r. p. ma się odbyć w Łodzi wystawa dentystyczna.

Mianowania. Dr E. Schwarzenberg-Czerny zastępcą konsulenta sanitarnego Dyrekcyi kolei państw. w Krakowie w VIII kl. rangi; dr A. Ackermann, lekarz kolejowy w Krakowie, posunięty został do IX rangi; lekarzami miejskimi we Lwowie w VIII randze mianowani lekarze miejscy dr Tatarczuch, Jaszczurowski i Elektorowicz.

Zmarli. Okulista Prof. Schnabel w Wiedniu; naczelny lekarz garnizonu w Znaimie, dr Konrad Majewski w Wiedniu; dr Walenty Bader, b. sekundaryusz szpitala lwowskiego, w Arco; dr Zajączkowski w Wilnie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. grudnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wybór Zarządu Towarzystwa na r. 1909.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w poniedziałek dnia 21. grudnia 1908** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O pielęgnowaniu chorych, część II, kol. Dr Sawicki. 3) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi
Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wł. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. (Dr Knauth. Münch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 16). Knauth leczył w ostatnim roku 29 przypadków wiewióra arhowiną, mianowicie 11 przyp. ostrych, 11. podostrych względnie przewlekłych zapaleń cewki moczowej, wreszcie 7 przyp. zapalenia przyjądrza. Podawano dziennie 4—6 kapsułek po 0,25 i trzymano chorych w okresie najostrzejszym w łóżku, stosując lód. Gdy wydzielina stała się wodnisto-śluzową, opuszczali chorzy łóżko i przechodzili do żywienia zwykłego, bez wyskoku. Przy wiewiórze przewlekłym otrzymywali chorzy od początku zwykłe żywienie szpitalne i arhowinę w powyższej dawce. Wszyscy, nawet posiadający wrażliwy żołądek, znosili arhowinę dobrze, nie skarżąc się nigdy na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Nie spostrzegano wyprysków, ani podrażnienia nerek. W ostrym okresie zauważano bardzo korzystny wpływ na parcie na mocz, uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu i bolesne wzwody. Objawy te występowały już w pierwszej nocy łagodniej, a ustępowały zupełnie zazwyczaj najdłużej w trzecim dniu pobytu w zakładzie. Równocześnie z szybkiem ustępowaniem objawów ostrych skracał się w ogóle cały dalszy przebieg leczenia. Wszystkie przypadki zapalenia ostrego ograniczyły się do przedniej części cewki moczowej i nie dawały nigdy powodu do zapaleń najądrza lub pęcherza na tle wiewióra. Nie spostrzegano też dotąd w żadnym przypadku nawrotu.

Co do kosztów leczenia, które w leczeniu szpitalnem uwzględniać się musi, to wypadają one cokolwiek wysoko. Tę stronę ujemną wyrównują natomiast korzyści, wynikające ze skrócenia przebiegu chorobowego i zapobiegania zgubnym powikłaniom. *Hr. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 19. grudnia 1908. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał
Prof. Dr Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc teraz do badania bolesności kątnicy podczas jej wyczuwania, zaznaczę naprzód, że tak sprawom zapalnym, jak i rozwojowi nowotworów kątnicy towarzyszą zwykle uczucia bolesne. Już zwykły nieżyt jelit z zajęciem kątnicy wywołuje nieraz znaczne bole przy macaniu kątnicy. Jeśli zaś zważyć, że, jak słusznie zaznacza Rosenheim, przewlekłe nieżyty jelit najczęściej usadawiają się w dolnym odcinku jelita biodrowego, w kątnicy i w okrężnicy wstępującej, to jest rzeczą oczywistą, że bolesność kątnicy jest zjawiskiem nader częstem. Ta postać nieżytu nieraz przebiega nawet z podmiotowymi bolami o cechach bólów ciągnących, kłujących, nieraz nawet do stopnia kolki, zogniskowanych przeważnie w okolicy kątnicy. Przy ustępowaniu nieżytu jelit nieraz jeszcze przez długi czas pozostaje uporczywe zajęcie kątnicy i sąsiedniego odcinka okrężnicy. W podobnych, często nadarzających się przypadkach, znajdujemy również, jakkolwiek niestałą, tkliwość przy ucisku na kątnicę. Bolesność kątnicy znajdujemy również podczas duru brzusznego, gruźlicy, nowotworów tego odcinka kiszki i t. d. Bolesność ta może nie ograniczać się tylko do okolicy kątnicy przy jej wyczuwaniu, lecz nieraz rozchodzi się na odległe części jamy brzusznej. Tak Prof. Jaworski i Łapiński na 135 przypadków wyczuwalnej bolesnej kątnicy spostrzegali rozpromienianie się bolu przy ucisku na nią 46 (34%) razy, mianowicie w 17 przypadkach na lewo i do lewej zatoki biodrowej, 15 razy do pępka, 11 do dołka podsercowego, wreszcie 3 razy pod prawy łuk żebrowy. Spostrzegamy również przypadki, w których wyczuwanie kątnicy nie wywołuje bolu miejscowego, natomiast wywołuje ból w innych częściach jamy brzusznej, w których leżą sploty nerwowe, związane ze splotem, leżącym w okolicy kątnicy; czasami podobne bole zjawiają się i samodzielnie, najczęściej w okolicy nadbrzusznej i w lewej zatoce biodrowej z jej dolnym splotem krzyżowym. Podobny stan spotykamy nieraz w t. zw. zapaleniu wyrostka utajonem (Ewald). Ocena podobnych bolów przenośnych napotyka trudności tem większe, że odpowiada im nieraz istotne schorzenie narządu, usadowionego w miejscu bolu przenośnego. Tę bolesność należy odróżniać od dolegliwości bolesnych w okolicy kątnicy, które zdarzają się przy prawidłowym stanie kątnicy, zależąc od schorzenia sąsiednich lub odległych narządów, np., w przypadkach nerwobolu biodrowo-podbrzusznego *(neuralgia n. ileohypogastrici)*, opadowego ropnia bądź to przynerkowego, bądź to zależnego od schorzenia kręgosłupa, również przy rozszerzeniu się sprawy zapalnej drogą tkanki zaotrzewnej z jamy miedniczej i z innych części w stronę kątnicy, w przypadkach wysoko usadowionych zapaleń jajowodu, kamyków moczowodowych i t. d. Muszę wreszcie wspomnieć o bolach w okolicy kątnicy przy zajęciu narządów odległych, powstających w tej okolicy przy ucisku na schorzały narząd lub nawet zupełnie samodzielnie. Podobne bóle wiodą nieraz do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka w tych przypadkach, gdy w samej rzeczy mamy inną chorobę już to czynnościową (histerye, neurastenię), już to organiczną (kamyki żółciowe i t. d.). Nauka o tych tak zwanych rzekomych zapaleniach wyrostka *(pseudoappendicitis)* w pojmowaniu Küttnera lub w pojmowaniu Nothnagla *(hysteroappendicitis)* — Kausch, Sprengel, Singer, Hausman, Dubois, Rothe, Kester, Urban i inni — jest właśnie opracowywaną w obecnej chwili. Ten przenośny ból w prawej okolicy kątnicy najczęściej występuje przy ucisku na pętlę esowatą, wikłając się w tych przypadkach nieraz z bolem w nadpępczu i w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Pod względem zawartości kątnicy w stanach patologicznych spotykamy zboczenia w różnych kierunkach: treść kątnicy może być zbitą lub papkowatą, lub płynną z domieszką wielkiej ilości gazów. W tym ostatnim razie przy macaniu kątnicy, a nieraz i samoistnie występuje w jej okolicy mniej lub więcej wyraźne kruczenie, które jakiś czas uważano za objaw znamienny dla duru brzusznego. Obecnie jednak wiadomo, że podobny objaw występuje również w ostrem zapaleniu jelit i w rozległych przewlekłych nieżytach jelit cienkich, gdy płynna ich treść pomieszana z gazami, wskutek wzmożonych ruchów robaczkowych, szybko przechodzi do jelit grubych, nie zdążywszy jeszcze w dostatecznej mierze zgęstnieć. Nader ważna jest ta okoliczność, że bardzo wyraźne kruczenie w kątnicy nieraz występuje również w przypadkach zapaleń jelit cienkich o słabem natężeniu, w których przebiegu nie znajdujemy samoistnego lub powstającego przy macaniu kruczenia w pę-

tlicach jelita krętego; w tych przypadkach kątnica jest rozciągnięta i bardzo mało bolesna; taki stan kątnicy stanowi nieraz jedyny objaw przewlekłego nieżytu jelit grubych. W innych znów razach, gdy rozlany nieżyt jelit, idąc ku uleczeniu, ograniczy się wreszcie do schorzenia kątnicy i początkowego odcinka okrężnicy wstępującej, znajdujemy w kątnicy równocześnie z poprawą czynności jelita lub powstaniem nawet zaparcia zbite masy twarde, a samą kątnicę nieraz bolesną. Właściwości treści kątnicy wpływają, jak przed chwilą wspomnieliśmy, i na jej wymiary: pomimo zaznaczonego już wyżej rozszerzenia, spostrzegamy w stanach patologicznych i objaw odwrotny, mianowicie, zmniejszenie objętości kątnicy. Najczęściej objaw ten występuje w przypadkach skurczu kątnicy, towarzyszącego zaparciom skurczowym. Rozmiary kątnicy w tych razach mogą zmniejszyć się do takiego stopnia, że Albu uważa w podobnych przypadkach za niemożliwe rozstrzygnąć, czy wyczuwalny walec jest wyrostkiem robaczkowym, czy też kątnicą.

Przechodzę teraz do badania dolnego odcinka jelita biodrowego u miejsca jego połączenia z tylną ścianą okrężnicy wstępującej. Możliwość wymacania tego odcinka jelita, nazwanego przez Hausmana *pars coecalis ilei*, zaznaczył najprzód Prof. Obrazcow. Odcinek ten idzie z jamy miednicy małej z dołu i od wewnątrz ku górze i na zewnątrz prawie równolegle do więzadła pachwinowego, przecinając linię międzykolcową *(l. bispinalis)* w odległości 7—8 cm od górnego przedniego kolca kości biodrowej. Większa część tego odcinka *(pars coecalis ilei)* leży ponad linią międzykolcową (Obrazcow). Jeśli kątnica nie zawiera treści lub usadowiona jest wysoko, odcinek ten ma kierunek więcej pionowy, przy napełnieniu zaś kątnicy lub nizkiem położeniu — więcej poziomy. Obrazcow twierdzi, że odcinek ten można wyczuć w prawej zatoce biodrowej na przestrzeni 7—8 cm w kształcie miękkiego walca, dającego kruczenie. Walec ten ma, według Obrazcowa, grubość palca wskazującego lub średniej ręki, według zaś Hausmana — grubość palca małego. Ta różnica w rozmiarach kątniczej części jelita biodrowego tłómaczy się istotnemi zmianami światła jelita, zależnemi od stopnia jego wzdęcia, ilości treści i skurczu warstw mięsnych ściany. Stan mięśni jelita może wywoływać zmiany rozmiarów i kształtu jelita już w czasie tegożsamego badania, analogicznie do podobnych zjawisk w innych narządach jamistych z warstwami mięsnemi w ścianie. Odpowiednio do tego kątniczą część jelita biodrowego wyczuwa się już to w kształcie walca, już to w kształcie grubego mniej lub więcej postronka. O ile mogę sądzić z własnego doświadczenia, macanie kątniczego odcinka jelita biodrowego wobec głębokiego jego usadowienia należy do bardzo trudnych zadań dyagnostyki. Obrazcow twierdzi, że odcinek ten najczęściej wyczuwa się u chorych na dur brzuszny. Podobne badanie uważam jednak za niebezpieczne, zwłaszcza w okresie tworzenia się owrzodzeń, tembardziej, że nie posiadamy oznak, któreby nam pozwalały wnosić o stopniu rozprzestrzenienia się sprawy wrzodziejącej w jelitach po powierzchni i w głąb. Według Obrazcowa znalezienie wyczuwalnego, zgrubiałego i bolesnego jelita biodrowego pogarsza znacznie rokowanie w durze brzusznym. Jeśli nawet zgodzić się co do tego z Obrazcowym, to wszakże krytyczne rozejrzenie się w całym przebiegu choroby może dać nam dość danych dla sądu o dalszym losie chorego, nie narażając go na niebezpieczeństwo, którem zagraża w durze brzusznym miejscowe badanie jelita biodrowego w okolicy kątniczej. Wychodząc z tego założenia, uważam, że usiłowanie, aby wyczuć jelito biodrowe u chorych na dur brzuszny, powinno być zarzucone. Zupełnie inne stanowisko zajmuję względem badania kątniczego odcinka jelita biodrowego w innych sprawach chorobowych, gdzie nie zagraża niebezpieczeństwo przedziurawienia jelita. Zwłaszcza w cenne dane wzbogaca nas podobne badanie w tych przypadkach, gdy światło kątnicy i okrężnicy wstępującej ulega stałemu znacznemu zmniejszeniu. Istotnie, u chorych na raka kątnicy wskutek rozrostu nowotworu powstaje już bardzo wcześnie zwężenie ujścia jelita biodrowego do kątnicy; wskutek tego utrudnia się przejście treści jelitowej z jelita biodrowego do okrężnicy, a w następstwie kątnicza część jelita biodrowego ulega przerostowi i może być wymacaną w kształcie zgrubiałego zmieniającego swe rozmiary walca, którego wymacaniu sprzyja jeszcze i ta okoliczność, że w przypadkach raka kątnicy, jak już nadmieniłem wyżej, nieraz wskutek rakowatego skurczenia się krezki leży kątnica wyżej, niż zwykle. Tym zmianom, jak i w innych analogicznych sprawach, towarzyszą napady bolów kłujących w prawej połowie brzucha i widzialne nieraz przez powłoki brzuszne, zwłaszcza u wychudzonych chorych na raka, wzmożone ruchy robaczkowe jelita. Te same objawy w postaci o wiele burzliwszej występują również w przypadkach wgłobienia jelita biodrowego do okrężnicy.

Nim przejdę do badania wyrostka robaczkowego zapomocą obmacywania, zwrócę jeszcze uwagę na metodę badania stanu czynnościowego zastawki okrężnicy i na badanie gruczołów krezkowych, usadowionych w kącie między jelitem biodrowem, a okrężnicą wstępującą.

Zastawka okrężnicy ma, jak wiadomo, za zadanie przeszkadzać powracaniu miazgi jelitowej i nawet gazów (Kraus) z okrężnicy do jelit cienkich. Istotnie, jeśli wyciąć kątnicę z przylegającymi odcinkami okrężnicy wstępującej i jelita biodrowego i, ułożywszy je tak, żeby otwór kątnicy był skierowany ku górze, wlewać do kątnicy wodę, to woda nie wylewa się przez jelito biodrowe nawet przy silnem ciśnieniu słupa wody, dochodzącem do 160 cm. Bywają jednak stany, w których woda wylewa się już nawet przy ciśnieniu słupka wody wysokości 20 cm. Stan ten jest cechujący dla postaci chorobowej, opisanej przez Herza pod nazwą »niedomykalność zastawki okrężnicy«. Schorzenie to rozwija się najczęściej na podstawie przewlekłego nieżytu jelit, wywołującego rozszerzenie kątnicy lub na podstawie gruźliczego jej zajęcia (Weiss), może być jednak i zboczeniem wrodzonem (Weiss). W zwykłych warunkach zastawkę okrężnicy uważamy za domykalną, jeśli wytrzymuje ona ciśnienie słupka wody wysokości 40 cm, ponieważ większego ciśnienia w kiszkach za życia nie bywa. Chorzy na niedomykalność zastawki okrężnicy uskarżają się zwykle na uporczywe zaparcie, przerywane niekiedy biegunką, na wzdęcia i bole w brzuchu, na bole głowy, zawroty głowy, brak łaknienia i inne dolegliwości, zwykłe w zaparciu nawykowem. Na myśl o istnie-

niu podobnego schorzenia powinna naprowadzić ta okoliczność, że chorzy, pomimo znacznej ilości gazów, nie potrafią się ich pozbyć przez natężenie tłoczni brzusznej, jak również nierównomierne wzdęcie brzucha, przejawiające się po stronie prawej w tak znacznym stopniu, że lewa połowa brzucha bywa zapadnięta. Te oznaki nie są jednak rozstrzygające w rozpoznaniu. Rozpoznanie opieramy tu na badaniu następującą metodą: u chorego, leżącego na wznak ze zgiętemi w udowych i kolanowych stawach kończynami dolnemi, naciskamy silnie i głęboko brzegiem łokciowym lewej ręki okrężnicę wstępującą prostopadle do jej przebiegu, a prawą ręką naciskamy jelito ślepe: w razie niedomykalności zastawki okrężnicy treść kątnicy przechodzi z silnem kruczeniem do jelita biodrowego. Oprócz kruczenia, temu przechodzeniu treści towarzyszy zmiana cech odgłosu opukowego w okolicy biodrowokątniczej.

Badaniu macaniem gruczołów krezkowych, usadowionych w kącie między jelitem biodrowem a okrężnicą wstępującą — w tak zwanej górnej zatoce biodrowo-kątniczej — przypisuje wielkie znaczenie Obrazcow. Na podstawie swych badań twierdzi on, że powiększenie tych gruczołów stanowi wraz z wyczuwalnem, zgrubiałem i bolesnem jelitem biodrowem nader niepomyślny objaw przepowiedni u chorych na dur brzuszny. Przy tem badaniu umieszcza Obrazcow cztery palce ręki tuż u zewnętrznego brzegu prostego mięśnia brzucha tak, że średni palec znajduje się na poziomie pępka; w czasie głębokich wdechów stopniowo dochodzi do tylnej ściany jamy brzusznej, obmacując prawą boczną powierzchnię części lędźwiowej kręgosłupa; stąd skierowuje on palce nieco ku dołowi i na zewnątrz i trafia do kąta pomiędzy jelitem biodrowem a okrężnicą: tu właśnie, według Obrazcowa, znajdujemy u chorych na dur brzuszny najsilniejsze powiększenie gruczołów brzusznych. Już sam Obrazcow przyznaje jednak, że to badanie jest nadzwyczaj trudne wskutek miejscowego wzdęcia i bolesności i wymaga ogromnej ostrożności. Metody tej, jako niebezpiecznej i w istocie zbytecznej, nie stosuję u chorych na dur brzuszny. Tylko wtedy, gdy przypuszczam gruźlicze zajęcie gruczołów lub rozwój nowotworu, uważam za konieczne przekonać się o stanie tak tych biodrowo-kątniczych gruczołów, jak i gruczołów w innych częściach jamy brzusznej.

Przechodzę teraz do badania wyrostka robaczkowego zapomocą obmacania. Wyrostek ten tworzy, jak wiadomo, przydatek kątnicy i odchodzi, według Sonnenburga, najczęściej od tylnej ściany kątnicy o palec niżej od miejsca połączenia się jelita biodrowego, przechodzi nad mięśniem biodrowo-lędźwiowym *(m. ileopsoas)* i opuszcza się do miednicy małej. Według Rostowcewa, odchodzi wyrostek najczęściej (75—93%) od tylnowewnętrznej strony kątnicy i w większości przypadków ($^2/_3$—$^3/_4$) leży swobodnie w jamie brzusznej, skierowując się ku wewnątrz między pętlami jelit lub opuszczając się ku dołowi do jamy miednicy małej; tylko w $^1/_3$—$^1/_4$ przypadków leżał wyrostek poza kątnicą lub okrężnicą lub wreszcie poza otrzewną [1]. W przeszło 60% przypadków wychodzi wyrostek, według jego badań, całkowicie lub częściowo poza obręb prawej zatoki biodrowej. Według Sudsuki, wyrostek tylko w $^1/_3$ przypadków (183 z 500) skierowuje się ku dołowi, w reszcie leży on poprzecznie (141 z 500) lub skierowuje się ku górze (176 z 500); nieraz znajdował go Sudsuki głęboko w miednicy małej między pęcherzem moczowym i odbytnicą resp. macicą, kilkakrotnie wreszcie poza wątrobą i na torebce prawej nerki. W przypadkach Perondiego przebiegał wyrostek najczęściej skośnie z lewa, z dołu i z przodu w prawo, ku górze i ku tyłowi; na 50 przypadków 5 razy leżał wyrostek pozaotrzewnie, 42 razy był pokryty otrzewną ze wszystkich stron, wreszcie 3 razy tylko częściowo. Na 100 przypadków Filimowskiego biegł wyrostek ku dołowi 28 razy, do miednicy małej 16. w bok 30, ku górze 18. Na 200 sekcyi Laffarguea miał wyrostek kierunek poprzeczny w 43%, ku dołowi w 41%, ku górze w 13%; na 420 sekcyi Nowickiego biegł wyrostek ku dołowi i ku wewnątrz 189 (45%), ku dołowi i na zewnątrz 17, ku górze i na wewnątrz 40, ku górze i na zewnątrz 8, wreszcie ku tyłowi od kątnicy 45. Pomijając dane innych badaczy, świadczące, że wyrostek na zwłokach najczęściej idzie ku wewnątrz i ku tyłowi, przejdę do danych badania klinicznego.

Krüger poddał badaniu 375 przypadków: z tych w 66 (17,6%) wyrostek przebiegał na zewnątrz, ku górze i ku tyłowi, w 131 (prawie 35%) na zewnątrz i ku dołowi, w 90 (24%) ku środkowi jamy brzusznej i 88 (23,5%) do miednicy małej. Sprengel na 100 przypadków napotkał kierunek wyrostka ku wewnątrz i ku dołowi w 50%, na zewnątrz w 37%, wreszcie na zewnątrz i ku górze w 13%. Podobna różnica wyników tłómaczy się zmianą położenia wyrostka, zależną od sprawy chorobowej. Co się wreszcie tyczy badań klinicznych u ludzi, którzy nigdy przedtem nie chorowali na zapalenie wyrostka robaczkowego, to Prof. Jaworski i Łapiński stwierdzili w 390 przypadkach z 412 (94,6%) kierunek poprzeczny do przebiegu mięśnia biodrowo-lędźwiowego *(m. ileopsoas)* i w 20 (prawie 5%) skośny; tylko w jednym przypadku wyrostek szedł wzdłuż tego mięśnia ku dołowi, a w jednym ku górze. Na 250 przypadków znajdowałem najczęściej, mianowicie w 236 (94,4%) wyrostek z przebiegiem ku wewnątrz i nieco ku dołowi, 11 razy (4,4%) prostopadle do mięśnia lędźwiowego *(m. ileopsoas)*, 2 razy ku wewnątrz i ku górze i 1 raz wprost ku dołowi. Jakkolwiek więc w ułożeniu i kierunku wyrostka robaczkowego daje się spostrzegać pewna prawidłowość, to jednak należy mimo to zawsze pamiętać, że tak położenie, jak i kierunek wyrostka ulega często, zwłaszcza w przypadkach patologicznych, znacznym zmianom. Istotnie, zmiana położenia chorego, położenie kątnicy, stopień wypełnienia tak tego jelita, jak sąsiednich pętli jelitowych, właściwości treści jelitowej i inne warunki odgrywają tu niezaprzeczalnie ogromną rolę. Pod tym względem nie można nie przyłączyć się do nader trafnej uwagi Berry, że »das einzige Sichere an ihr (mianowicie, der Lage des Wurmfortsatzes) sei ihre Unsicherheit«.

W stanach patologicznych zależnie od zrostów spotykamy jeszcze znaczniejsze przemieszczenia wyrostka i zrośnięcie jego z narządami sąsiednimi, zwłaszcza z kątnicą i z okrężnicą wstępującą, a u kobiet z przydatkami macicy. Wyrostek bywa w tych razach nieraz skrzywiony, zgięty, nawet przegięty. O jego położeniu w niektórych

[1]) Podobne zaotrzewne położenie wyrostka powstaje jako wynik zmian zapalnych (Sprengel i inni).

z tych przypadków można wytworzyć sobie zdanie z obrazu klinicznego. Istotnie, jeśli sprawie chorobowej towarzyszą zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, to ten objaw w wielu przypadkach będzie wskazywać, że wyrostek zwisa do jamy miednicy małej i jest zrośnięty ze ścianą pęcherza moczowego; jeśli zapalenie wyrostka przebiega z wybitnem wzmożeniem bolu podczas ruchów prawą kończyną dolną, ma to wskazywać na zrosty zapalne wyrostka z powięzią, pokrywającą mięsień biodrowo - lędźwiowy *(m. ileopsoas)*; wzdęcie brzucha, zależne od poraźnego stanu jelit, spotykamy, jak wykazują spostrzeżenia z kliniki Riedela (Krüger), w tych przypadkach, gdy wyrostek skierowuje się ku środkowi jamy brzusznej lub do miednicy małej, a w późniejszych okresach choroby i w razie położenia wyrostka poza kątnicą. Brak wymiotów wskazuje, według Riedela, że wyrostek leży pozaotrzewnie, lub jest uchwycony zrostami, lub wreszcie znajduje się poza kątnicą i okrężnicą wstępującą; przeciwnie, jeśli wyrostek leży swobodnie w jamie brzusznej, to gdy zapalenie przechodzi z błony śluzowej na błonę surowiczą, zjawiają się wymioty. Bole rozlane od początku choroby spotykamy przy swobodnem położeniu wyrostka, bole zaś ograniczone przemawiają za zrostami. Wreszcie bole w prawem podżebrzu podczas głębokich wdechów mogą wskazywać na zrosty wyrostka z dolną powierzchnią wątroby lub z żebrową częścią przepony. Jakkolwiek przytoczone właśnie objawy mogą w wielu przypadkach dopomódz do wyjaśnienia położenia wyrostka, to mimo to przemieszczenia wyrostka nieraz są tak niezwykłe, że prawidłowa ocena obrazu klinicznego staje się wprost niemożliwą. Tu należą przypadki, gdy wyrostek zrasta się z pętlą esowatą i przemieszcza się do lewej zatoki biodrowej lub przyrasta w okolicy prawej nerki i t. d.

Długość wyrostka waha się w znacznych granicach, dochodząc do 15—18 cm, nawet 23 cm (Luschka, Laferelle, Ransohoff) i 25 cm (Sonnenburg). W opisach spotykamy jednak takie przypadki, w których wyrostka nie było wcale lub przedstawiał się on w postaci przydatka kątnicy, długości 1 mm. Stan taki zależy już to od niedokształtu wyrostka (Fergusson, Robinson, Marie, Sprengel), już to od przebytych w dzieciństwie chorób wyrostka. Średnia długość wyrostka, według Ribberta (400 przypadków) wynosi 8,25 cm, według Sudsuki (500 zwłok) 8,6 cm, według Sprengela (93 przypadki) 8,5 cm, według Filimowskiego (100 zwłok) 6—8 cm, według Nowickiego (438 przypadków) 7,4 cm, według Rostowcewa najczęściej 7—8 cm, następnie 6—7 cm. Na żywym oznaczyć długość całego wyrostka jest rzeczą niemożliwą. Prof. Jaworski i Łapiński wyczuwali wyrostek na przestrzeni 2—5 cm; w moich badaniach wyczuwałem go średnio na przestrzeni 4—6 cm.

Średnica światła wyrostka wynosi średnio, według Berry, 6 mm, lecz może być znacznie mniejsza aż do zupełnego zarośnięcia wyrostka. Takie zarośnięcie znajdował Toldt (300 przypadków) w 16,6%, Ribbert (400) w 25%, Zuckerkandl (232) w 14%, Sprengel (97) w 20%, Ciechanowski i Gliński (600) w 11%, wreszcie Rostowcew w 25,8% i Nowicki (420) w 12%. Grubość wyrostka, według Rostowcewa, najczęściej wynosi 0.5—0,6 cm (43,9%), rzadziej 0,4—0,5 (26,2%). Przy badaniach na żywych Jaworski i Łapiński znajdowali grubość wyrostka niejednakową, najczęściej sprawiał on wrażenie cienkiego postronka, niekiedy zaś grubej nitki, z czem zupełnie zgadzają i moje badania. W stanach patologicznych grubość wyrostka może się zwiększać, zwłaszcza w przypadkach rozwoju t. zw. puchliny wyrostka *(hydrops processus vermiformis)*. Tak n. p., w przypadku Guttmanna wyrostek tworzył torbiel o obwodzie 21 cm, w przypadku Meslay i Poucheta średnica światła wyrostka wynosiła 6 cm. (Dok. nast.).

Wyniki leczenia gruźlicy w Szczawnicy w roku 1908. [1])

Na podstawie uprzejmie udzielonych mi przez 8 kolegów Szczawnickich wykazów liczbowych i na podstawie własnych zapisków, przedstawiam w poniższej tablicy ruch chorych leczonych w Szczawnicy w r. 1908:

Rodzaj choroby	Opuściło Szczawnicę: uleczonych	z polepszeniem	bez polepszenia	Umarło	Razem
Choroby narządów oddechowych.					
Nieżyt przewlekły krtani, oskrzeli	176	376	36	—	588
Zapalenie płuc, opłucnej . . .	48	49	6	—	103
Rozedma płuc	2	180	59	—	241
Gruźlica płuc, krtani	68	534	232	7	841
Choroby narządów trawienia.					
Nieżyt żołądka, jelit	55	46	13	—	114
Krwawnice	7	3	1	—	11
Zaparcia nawykowe żywota . .	35	13	—	—	48
Chor. wątroby, pęch., żółci, kam.	21	27	1	—	49
Choroby narządów moczowych.					
Przewlekłe zapalenie nerek . .	9	6	4	—	19
Kamyki nerkowe	2	—	—	—	2
Nieżyt pęcherza	6	4	—	—	10
Choroby krwi i przemiany materyi.					
Niedokrwistość, blednica . . .	74	65	9	—	148
Zołzy	4	63	3	—	70
Moczówka cukrowa	—	10	3	—	13
Skaza moczanowa	26	21	1	—	48
Inne choroby.					
Choroby serca i naczyń . . .	—	14	8	—	22
„ układu nerwowego . .	1	8	3	—	12
Wyzdrowienie po ostrych chorob.	6	—	—	—	6
Kiła	—	5	—	—	5
Rak	—	—	1	—	1

Na ogólną liczbę 2351 wykazanych chorych przypada na choroby narządów oddechowych 1773 (75·4), narządów trawienia 222 (9·5), narządów moczowych 31 (1·3), na choroby krwi i przemiany materyi 279 (11·9), na inne choroby 46 (1·9).

Z chorób narządu oddechowego najwięcej przypada na gruźlicę, bo 841 t. j. 35·8% wszystkich chorych.

Na liczbę 841 chorych na gruźlicę opuściło Szczawnicę uleczonych 68 (8·1), z polepszeniem 534 (63·6), bez polepszenia 232 (27·7), umarło 7 (0·6).

Ponieważ u »wyleczonych« nie robiono próbnych szczepień tuberkuliną i nie można stanowczo wyłączyć, czy w zagojonych bliznach płuc nie pozostały złogi serowate ze zdolnymi do życia prątkami gruźlicy, przeto zgodnie z zapatrywaniem Fraenkla uważam za właściwsze takie przypadki zaliczyć także do rubryki »z polepszeniem«, których zatem będzie razem 602 t. j. 71·7% wszystkich przypadków gruźlicy. Do »uleczonych« i »z polepszeniem« zaliczono te przypadki, które przy końcu pobytu

[1]) Ostatnia publikacya ś. p. Barzyckiego, napisana na kilka dni przed śmiercią.

w Szczawnicy wykazały ustąpienie gorączki, zmniejszenie ilości plwocin lub zupełne ich ustąpienie, ustąpienie rzężeń, mniejsze lub większe podniesienie się ciężaru ciała.

W przypuszczeniu, że w pewnej części przypadków gruźlicy kwalifikacya wyników leczenia mogła być zbyt optymistyczna, należy wykazany odsetek 71·7 nieco obniżyć, — jednak przy najsumienniejszem obliczeniu nie będzie on niższym, niż 60·0.

W niemieckich sanatoryach dla zamożnych osób, gdzie chorzy na gruźlicę pozostają pod ciągłą opieką lekarską średnio po 6—7 miesięcy, wykazuje Detweiler i Turban po 70·0 i 79·6% dodatniego wyniku leczenia.

Jeżeli się zważy, że pobyt chorych w Szczawnicy wynosi średnio tylko 8 tygodni, że w liczbie chorych na gruźlicę, którzy w Szczawnicy pragną odzyskać zdrowie, większa część należy do mniej zamożnych lub niezamożnych, którzy co do wyboru mieszkania, sposobu żywienia się, a nawet co do używania zabiegów leczniczych skazani są na pewne — niekiedy znaczne ograniczenia — to przyznać się musi, że tak korzystne, jak wyżej liczbami wykazałem, wyniki leczenia gruźlicy w Szczawnicy, przypisać należy swoistym warunkom tego zdrojowiska, a mianowicie: odpowiedniemu wzniesieniu nad poziom morza, korzystnemu ukształtowaniu terenu, zasłoniętego od większych wiatrów, bardzo czystemu powietrzu i działaniu wód mineralnych, które w zdrojach Józefiny, Magdaleny i Szymona mają emanacyę radu. Przechadzki po rozległych parkach, ogrodach i okolicy o rozmaitym stopniu pochylenia, umiejętnie stosowane i stopniowane, są także ważnym, dotąd może za mało uwzględnianym czynnikiem, wzmacniającym sprawność oddychania i krążenia krwi.

Liczba 232 chorych na gruźlicę, którzy Szczawnicę opuścili bez polepszenia, obejmuje przeważnie takich chorych, dla których Szczawnica wcale nie była wskazana, z powodu znacznego rozpadu w płucach. Pożądanem jest, aby lekarze takim chorym odradzali podróż do Szczawnicy, gdyż połączone z tem zmęczenie fizyczne tylko na szkodę chorym wychodzi, pobyt ich w Szczawnicy w tym okresie choroby jest zupełnie bezcelowy, a dla innych gości i dla stałych mieszkańców zdrojowiska nawet niebezpieczny.

Nie ukrywam, że w Szczawnicy istnieją obecnie dość liczne braki i zaniedbania sanitarne, dające powód do częstych zażaleń. Sądzę, że braki te ustąpią wkrótce ze zmianą niektórych stosunków. Mimo to i w dzisiejszym stanie uważam Szczawnicę za nieocenione uzdrowisko dla zagrożonych lub chorych na gruźlicę w pierwszych okresach tej choroby, a przytoczone wyżej uwagi i cyfry polecam uwadze Szan. PP. Kolegów. Sądzę dalej, że zakładanie sanatoryów w Szczawnicy, przeznaczonych na pobyt zimowy, byłoby dobrodziejstwem dla takich chorych, dla których Zakopane z powodu wysokiego położenia nie jest wskazane — a nie wątpię, że takie sanatorya byłyby też korzystnym interesem dla przedsiębiorców. *Dr Józef Barzycki.*

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Szymonowicz. **Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie etc.** Zweite Auflage, vollständig umgearbeitet und ergänzt unter Mitarbeit von Prof. Dr Rudolf Krause. Würzburg, Kurt Kabitzsch (A Stubers Verlag) 1909. Cena 15 Mk.

Kiedy przed ośmiu laty ukazał się niemiecki podręcznik histologii i anatomii mikroskopowej Prof. Szymonowicza ze Lwowa, poświęciły wydawnictwu temu liczne fachowe pisma bardzo korzystne wzmianki, podnosząc jako zalety treściwe i jasne przedstawienie przedmiotu, a następnie świetne wprost ilustracye.

Życzliwe przyjęcie tego podręcznika, napisanego przez Polaka i wyczerpanie całego nakładu w niedługim stosunkowo czasie świadczą chlubnie o wartości dydaktycznej tego dzieła, zwłaszcza, że wobec wielu innych podręczników niemieckich, o połowę tańszych, rozpowszechnienie się tego podręcznika wśród młodzieży musiało napotkać na pewne trudności.

Wydanie pierwsze dzieła zostało także właśnie dzięki powyższym zaletom przetłómaczone na obce języki, o ile nam wiadomo, na angielski i włoski.

Dzisiaj mamy przed sobą drugie wydanie, zupełnie przerobione i uzupełnione, w której to żmudnej pracy wziął także udział Prof. Dr Rudolf Krause z Berlina.

Już powierzchowne przejrzenie tego nowego wydania przekonywa nas, że zyskało ono bardzo wiele pod każdym względem. Rozmiary podręcznika zwiększyły się blisko o 100 stron tekstu, wzrosła także liczba rycin i tablic barwnych, co podnosi znacznie wartość podręcznika przy nauce histologii, która opiera się jedynie na obrazach mikroskopowych. Usiłowaniem autora było przedewszystkiem wprowadzić do nowego wydania te wszystkie nowe zdobycze i teorye, jakie w ciągu ostatnich kilku lat tak znacznie zmieniły nasze zapatrywania na budowę tkanek i elementów w ich skład wchodzących. A to nie jest rzeczą tak łatwą, zwłaszcza jeżeli się zważy, że podręcznik, przeznaczony dla uczniów, nie może przekraczać pewnych rozmiarów; — trzeba więc rzecz każdą przedstawić zwięźle, a jasno i zrozumiale, z pośród wielu szczegółów trzeba wybrać to, na co większy należy położyć nacisk, a usunąć to, co ewentualnie można pominąć milczeniem; — to zaś wszystko powiodło się autorowi zupełnie.

Najwięcej zmian w tym kierunku spotykamy w części ogólnej dzieła, czyli w histologii w ścisłem tego słowa znaczeniu, chociaż i część druga — anatomia mikroskopowa, uległa znacznemu rozszerzeniu i uzupełnieniu: więcej uwzględniono w niej badania, odnoszące się do budowy mikroskopowej ustroju ludzkiego i zmieniono liczne ryciny, które w pierwszem wydaniu przedstawiały narządy zwierząt.

Czytając poszczególne ustępy podręcznika, zauważyć musimy, że napisany on jest w sposób bardzo łatwy i przystępny, że wszystkie teorye, odnoszące się do różnych zagadnień biologicznych, podane są w formie bardzo prostej i łatwo zrozumiałej. Nawet niektóre zawiłe sprawy, których opis napotyka na znaczne trudności, n. p. spermio- i oogeneza, oraz zapłodnienie, przedstawiają się jasno. Na każdym kroku spostrzegamy dążność autora do uproszczenia opisów, do wprowadzenia nowych zapatrywań na budowę i czynności różnych narządów, do objaśnienia ich rycinami, których dokładność jest tak wielka, że mogłyby w części zastąpić demonstracyę preparatów. Napisanie podręcznika jest zadaniem trudniejszem, niż się na pozór wydaje; przygotowanie wymaga wiele czasu i zachodu, bo właściwie należałoby cały materyał opanować i przerobić, by dopiero na podstawie tych badań stworzyć swój własny pogląd na różne zagadnienia. To też wiele podręczników ma cechę pracy kompilacyjnej, w której autor poprostu wyraża opinię kilku innych badaczy. Tej cechy niema podręcznik Szymonowicza. Z każdego ustępu przebija pewność zapatrywań na daną sprawę, bo rzeczywiście wiele ważniejszych zagadnień zostało poprzednio przez autora samodzielnie dokładnie opracowanych, o czem świadczą choćby liczne ryciny, rysowane z oryginalnych preparatów. Wszystkie zaś wątpliwe zagadnienia są również przedstawione w ten sposób, że czytelnik łatwo zrozumie, iż były one poddane dokładnej analizie, zanim znalazły miejsce w podręczniku.

Mimo jednak najskrupulatniejszego opracowania wszystkich działów, żaden podręcznik nie może być ostatnim wyrazem tego, co zdziałano do ostatniej chwili w nauce, bo już same techniczne trudności stają temu na przeszkodzie. Dlatego też każdy podręcznik musi mieć pewne braki w mniejszym lub większym stopniu, gdyż wreszcie i żaden autor nie zdołałby poprostu przerobić samodzielnie całego materyału i musi się posługiwać danemi z piśmiennictwa, które w niektórych kierunkach jest tak obszerne, że na przestudyowanie jego potrzeba szeregu miesięcy.

To też i w podręczniku Szymonowicza znajdujemy małe usterki, których autorowi uniknąć było niepodobna, najprawdopodobniej z powodu ograniczonych rozmiarów podręcznika i niemożliwości pomieszczenia w ciasnych ramach wszystkich szczegółów. Drobne te niedokładności spotykamy głównie w części I., t. j. w histologii, bo i zakres naszych zdobyczy jest w tej dziedzinie największy.

Budowę komórki przedstawili autorowie w sposób rzeczywiście bardzo jasny i dokładny mimo zwięzłości i krótkości tekstu; poruszyli w opisie także wyczerpująco sprawę budowy protoplazmy, jej własności fizyczne i chemiczne, lecz wśród tego nie znajdujemy zupełnie żadnych danych co do tych wielu badań najnowszych, zajmujących się t. zw. protoplazmą wyższą — »protoplasme supérieur« — jak ogólnie nazywa te twory Prenant, a która odgrywa wybitną rolę w różnych stanach czynnościowych komórki. Również i przy opisie tkanki gruczołowej i gruczołów nie znajdujemy żadnej wzmianki o t. zw. ergastoplazmie, ergoplazmie, włókienkach podstawowych i t. d., które to dyferencyacye odgrywają tak ważną rolę przy wytwarzaniu wydzieliny w komórkach surowiczych (Garnier).

Sprawa jądra przedstawiona jest także nieco za zwięźle; nie uwzględnili autorowie licznych badań nad czynnością jądra,

nad zmianami, które temu towarzyszą; również brak wszelkiej wzmianki o t. zw. *chromidium* (Hertwig R.), o tej chromatynie, występującej wśród protoplazmy, której dzisiaj przypisują prawie wszyscy badacze bardzo ważną rolę przy wszelkich stanach czynnościowych w elementach komórkowych. Wszystkie opisywane w protoplazmie twory, jak centroformia, trofospongia, »apparato reticolare« i t. p. podnosi n. p. Goldschmidt do chromidyum i nazywa je aparatem chromidyalnym, który w każdej prawie komórce, naturalnie w warunkach odpowiednich, wykazać można.

Rozdział zatem, traktujący o cytologii, mógłby być nieco dłuższy i wyczerpujący, boć przecież komórki są temi jednostkami, z których i tkanki i narządy się składają. Ale w każdym razie przyznać trzeba, że i ten krótki rys jest dokładny i ścisły, zawiera zasadnicze najnowsze zdobycze w tym kierunku i przedstawia budowę komórki i jej części składowych jasno i przejrzyście.

W niektórych zagadnieniach spornych, których przedstawienie jest rzeczywiście bardzo trudne w podręczniku z powodu niemożności podawania szczegółowych uzasadnień różnych teoryi, wkradły się pewne niedokładności i wątpliwości, że przytoczę sprawę ciałek podstawnych migawek, zapatrywania na sarkoplazmę komórki mięsnej, na sposób zakończenia neurytów na komórkach nerwowych (ryc. 98); lecz są to braki, które nie zmniejszają wartości podanych opisów i obrazów.

Zdaniem naszem należało również nieco obszerniej przedstawić sprawę przebiegu włókienek przewodzących w komórce nerwowej, które dzisiaj zostały już wykazane u wszystkich grup zwierząt w sposób zupełnie ścisły, zwłaszcza, że ich obecność w komórce musiała wpłynąć do pewnego stopnia na pojęcie neuronu.

Co do kształtu i budowy ciałka czerwonego krwi przyjmują autorowie dawniejsze jeszcze zapatrywania i tylko w niewielu słowach wspominają o zapatrywaniach Weidenreicha. Zdaniem naszem prace tego badacza są tak ścisłe i oparte na tylu dowodach, że zapatrywania jego możnaby chyba przyjąć bez zastrzeżeń.

W każdym razie cytologia i histologia zyskały wiele nowych i ciekawych szczegółów, zostały gruntownie opracowane i uzupełnione, tak że dokładne przestudyowanie tych działów podręcznika może dać uczniowi bardzo dobrą podstawę do zrozumienia różnych szczegółów w budowie mikroskopowej narządów.

W anatomii mikroskopowej znajdujemy wiele zmian, korzystnych pod każdym względem: tekst wyczerpujący i rysunki w tekście i na barwnych tablicach dają dokładny obraz zawiłych szczegółów w budowie narządów. Wprowadzenie nieco schematycznych rysunków modeli gruczołów ułatwia bardzo oryentacyę w ich budowie. Powinni jednak autorowie dążyć do tego, by ile możności rysunki narządów zwierzęcych zastąpić rysunkami odpowiednich narządów człowieka, zwłaszcza, że o odpowiedni materyał nie tak bardzo trudno.

W części tej podniósłbym głównie dwa szczegóły, które autorowie powinni uwzględnić: pierwsze, to dokładniejszy opis budowy przyjądrza, które dzisiaj ogólnie uważane jest za gruczoł, co stwierdzili liczni badacze (Hammer, Henry); drugie, to dokładniejsze przedstawienie szczegółowej budowy mikroskopowej układu nerwowego. Drugie wydanie pod tym względem niewiele się różni od I-go; znajdujemy coprawda zwiększoną liczbę rysunków, lecz dokładniej opisana jest tylko budowa mikroskopowa rdzenia kręgowego, kory móżdżku i mózgu. Przedstawienie zupełnie luźne tych trzech odcinków nie daje naturalnie pojęcia o budowie ogólnej układu nerwowego ośrodkowego. Brak tego właśnie działu jest wadą wszystkich podręczników histologii, a zdaje mi się, że przy nieznacznem skróceniu niektórych działów i opuszczeniu zupełnem zarysu techniki mikroskopowej, zajmującej 40 stron, udałoby się ten ważny rozdział pomieścić. Zarys techniki jest zdaniem mojem w podręczniku zbyteczny, bo każdy uczeń, o ile jaki preparat zechce zrobić, w każdej pracowni znajdzie obszerniejsze dzieła, traktujące o technice mikroskopowej, a podczas ćwiczeń albo otrzymują uczniowie preparaty już gotowe, albo zrobią je według wskazówek profesora; z tego krótkiego zarysu zupełnie zatem nie korzystają.

Krótkie i jasne przedstawienie budowy rdzenia przedłużonego, mostu i części wyższych osi mózgowo-rdzeniowej, oznaczenie ważniejszych miejsc z substancyi szarej, z których pochodzą nerwy czaszkowe, a następnie dokładny rys przebiegu, choćby najważniejszych dróg nerwowych: piramidalnej, czuciowej, móżdżkowych — dałby uczniowi podstawę do zrozumienia i budowy układu nerwowego i jego czynności, tak w stanie fizyologicznym, jak i patologicznym. Może w przyszłem wydaniu zechcą autorowie ten rozdział w tym właśnie kierunku rozszerzyć.

Bądź co bądź II. wydanie podręcznika Szymonowicza sprawia pod każdym względem bardzo korzystne wrażenie i staje na poziomie daleko wyższym od I-go wydania, przynosi bowiem bardzo dokładnie i z wielkim nakładem pracy obrobiony materyał, uwzględnia najnowsze zdobycze i przedstawia wszystkie sprawy w formie łatwej, przystępnej i oryginalnej. Wartość podręcznika podnoszą w znacznej mierze liczne, zwłaszcza barwne ryciny, które dają uczniowi wierniejszy poniekąd obraz demonstrowanego preparatu; jednem słowem podręcznik Szymonowicza stawiam daleko wyżej, niż inne podręczniki, w które piśmiennictwo niemieckie tak bardzo obfituje.

Nieliczne usterki, które przytoczyliśmy wyżej, nie obniżają w niczem wartości podręcznika, gdyż są one mniej liczne, niż w innych, nawet najnowszych tego rodzaju dziełach. Na te usterki zwróciliśmy uwagę tylko z tego powodu, że pragnęlibyśmy, by w następnem wydaniu zostały i one usunięte, aby rzeczywiście podręcznik naszego rodaka był najlepszy z podręczników, przeznaczonych przedewszystkiem dla obcych.

Żałować tylko musimy, że dzieło Szymonowicza nie wyszło w języku polskim; — niestety wobec niezbyt wielkiej liczby naszej uczącej się młodzieży i wskutek tego niewielkiego zapotrzebowania podręcznika, wydawnictwo takie, bardzo kosztowne, musiałoby przynieść straty, na które żaden wydawca nie byłby się zgodził.

Drugie wydanie podręcznika Szymonowicza ze względu na swoje liczne bardzo zalety znajdzie w uczącej się młodzieży bardzo gorące przyjęcie, na jakie w zupełności zasługuje, a do tego przyczyni się niewątpliwie i cena podręcznika która wobec bardzo starannego, wprost zbytkownego wydania i licznych bardzo, bo 60 przeważnie barwnych tablic, wcale nie jest wygórowana. *Prof. Maziarski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Arloing i Debombourg. **Badania nad tuberkulinowym odczynem ocznym i surowiczym odczynem aglutynacyjnym.** (*Journ. de phys. et pathol. gén.* 1908, Nr 1). Autorowie przeprowadzili szereg badań równoległych nad odczynem ocznym i surowiczym. Pierwsze wstępne badania, przeprowadzone na 40 chorych, wykazały, że w niektórych przypadkach odczyn surowiczy daje wynik dodatni, gdy odczyn oczny daje ujemny i odwrotnie. Odczyn oczny dał dodatni wynik w 25 przypadkach, a odczyn surowiczy w 31. Dalsze badania przeprowadzili autowie w 3 seryach: 1) u chorych z klinicznymi objawami gruźlicy, 2) u chorych bez klinicznych objawów gruźlicy, 3) u chorych na rozmaite inne choroby zakaźne. Z badań tych wynika, że u osób chorych na gruźlicę oba odczyny dają mniej więcej jednakowe wyniki, tylko w III. okresie choroby można zauważyć, że gdy odczyn oczny jest nawet bardzo wybitny, to częstokroć odczyn surowiczy bywa bardzo słabo zaznaczony. W postaciach o ostrym przebiegu odczyn oczny bywa częściej dodatni, a odczyn surowiczy ujemny. W postaciach o przewlekłym przebiegu odczyn oczny bywa ujemny, zaś surowiczy — dodatni. W chorobach zakaźnych oba odczyny dają często dodatni wynik. Wobec tego autorowie sądzą, że 1) odczyn oczny niema wyższości nad surowiczym; odczyn surowiczy zaś w każdym razie ma pewne dodatnie strony, jakoto: nieszkodliwość, stałość i możność większego cieniowania. 2) Odczyn oczny, mówiąc ogólnie, świadczy o stopniu zatrucia ustroju przez rozmaite jady mikrobów, zaś odczyn surowiczy określa stan obrony czynnej ustroju względem zakażenia. *Dr L. Mańkowski.*

Bungart. **Nawrót w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 38). Aby ocenić, jak często w przebiegu zapalenia płuc powstają nawroty, trzeba je odróżnić od ponawiania się tej sprawy po miesiącach i latach, oraz od powstawania nowych ognisk w oddalonych częściach płuc, czyli t. zw. *pneumonia errans.* W wykrywaniu istotnych nawrotów, — które zdarzają się bardzo rzadko — a które autor miał sposobność kilkakrotnie spostrzegać, oddaje wielkie usługi prześwietlanie promieniami Roentgena. *Dr M. Godlewski.*

Beldau. **Wczesne rozpoznawanie i leczenie rozszerzenia oskrzeli.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 43). Czopki Dittricha występują zdaniem autora już bardzo wcześnie, mają przeto w rozszerzeniu oskrzeli wielkie rozpoznawcze znaczenie. Autor sądzi, że przez zastosowane dość wcześnie właściwe leczenie można tok tej sprawy chorobowej powstrzymać. Leczenie to ma polegać na użyciu w mleku w ciągu dnia 4 razy po 60 kropel z rozczynu. Rp: *Balsami Gurjuni 5. — Balsami peruviani 15. — Alcoholi absol. 10. — Tinct. Helianthi annui 20. — Ol. Terebinth. rect. Myrtholi aa. 7·5.* *Dr M. Godlewski.*

Plate. **Jakimi fizycznymi środkami możemy wpływać na wessanie płynu z jamy opłucnej?** (*Pos. Tow. lek.* Hamburg, 3. XI. 1908). Warunki wessania są w opłucnej zdrowej, a chorej zupełnie inne. P. starał się w doświadczeniach na zwierzętach wykazać, które ze zwykle używanych fizycznych środków działają najlepiej, t. j. najwięcej pobudzają opłucnę do zwiększonego wchłaniania płynu. Postępował w ten sposób, że królikom wstrzykiwał do opłucnej 20 cm 10% rozczynu cukru mlecznego, a potem badał co 2 godziny mocz co do cukru ilościowo, stosując równocześnie na klatkę piersiową różne procedury, jak okłady Priessnitza, okłady kwaśne, wyskokowe, lodowe, gorąco, leczenie wibracyjne i t. p. Najszybciej ukazywał się cukier w moczu przy stosowaniu okładów Priessnitza, a potem przy stosowaniu okładów wyskokowych. *A.*

Doc. Hildebrandt. **O pochodzeniu urobiliny.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 12). Autor spostrzegał przypadek sekcyą stwierdzonego raka woreczka żółciowego z zupełną niedrożnością przewodu żółciowego, powikłanego bardzo wielkimi krwiakami w mięśniach prostych brzucha. W moczu, jakoteż w płynach przesiękowych stwierdził H. jedynie obecność bilirubiny, brakło natomiast tak urobiliny, jak urobilinogenu. Przypadek ten świadczy stanowczo przeciwko teoryi o pochodzeniu urobiliny ze krwi. Za przechodzeniem urobiliny przez łożysko świadczy badanie żółci i treści jelit u 1/2 godziny zaledwie żyjącego dziecka niedonoszonego. Mocz matki chorej na gruźlicę płuc stale zawierał znaczne ilości urobiliny. W żółci dziecka stwierdził H. urobilinę, w jelitach cienkich ślady, w jelicie grubem urobiliny nie było. *Dr Skórczewski.*

Romberg. **Dzisiejsze metody pobudzenia wydzielania moczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 39). Według dzisiejszych pojęć chodzi w tych razach nietyle o podniesienie ciśnienia, ile o przyspieszenie krążenia krwi. Prócz środków sercowych trzeba pierwszeństwo w sprawie wywołania większego oddawania moczu oddać teocynie, której działanie przewyższa działanie diuretyny. Diuretynę zaś należy podawać w średnich dawkach (0,50), ale zawsze w stosunkowo krótkim przeciągu czasu, więc w połowie dnia kilka proszków. R. zwraca uwagę na powszechnie może za mało uwzględnione i mało znane szczegóły, n. p. na to, że w przeciwieństwie do ludzi zdrowych chorzy na serce oddają w nocy więcej moczu, niż we dnie, t. j. w czasie czuwania. Wynika stąd, że przy objawach niedomogi sercowej należy starać się pilnie o dobry sen chorego. *Dr M. Godlewski.*

Pedyatrya.

F. Gofferie: **Dobowe wahania ciepłoty u zdrowych i chorych niemowląt.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* Sierpień, 1908). Według Weilla, Finkensteina i Jundella krzywa dobowej ciepłoty u zdrowego niemowlęcia waha się w granicach 0,1°—0,2°. Brak większych wahań (Weill) może być nawet wskaźnikiem zdrowia niemowlęcia. Autor na zasadzie licznych badań doszedł do innych wniosków. U niemowląt istnieją dosyć znaczne wahania ciepłoty, ale największy spadek wypada nie w godzinach rannych, jak u ludzi dorosłych, lecz w pierwszych godzinach po północy. W drezdeńskim przytułku dla ustalenia krzywej prawidłowej mierzą ciepłotę trzy razy: o 2-giej w nocy, o 10-ej zrana i o 6-ej popołudniu. Wahania ciepłoty u noworodków do 3—4 tygodni są nieznaczne; następnie, im dziecko jest starsze, tem różnica pomiędzy poziomem dziennym i nocnym występuje wybitniej. Na krzywą ciepłoty wyraźnego wpływu nie wywiera ani sposób karmienia, ani ciepłota pokoju, w którym się znajduje niemowlę. Wahania ciepłoty u dzieci uzależnia autor, podobnie, jak to stwierdzili co do dorosłych Magnus-Lewy i Johanson, od wydzielania kwasu węglowego przez ustrój, względnie od działalności układu mięśniowego. Dlatego też u noworodka wahania są nieznaczne, a w miarę zwiększania się zainteresowania otoczeniem i doskonalenia zmysłów, różnica ciepłoty występuje coraz wyraźniej. Średnia ciepłota u dzieci po roku utrzymuje się na jednym prawie poziomie, natomiast u poszczególnych niemowląt różnice są duże i to tem większe, im młodsze jest niemowlę. Po części różnica zależy od warunków zakładów, w których znajdują się dzieci. Średnia ciepłota wahać się może (Jundell) pomiędzy 36,74° i 37,36°. Przyczyna tych dużych różnic pozostaje niewyjaśniona. Niedostateczne odżywianie nieznacznie tylko obniża poziom dziennej ciepłoty. Przy głodzeniu stwierdzono znaczne obniżenie ciepłoty średniej. Podczas zdrowienia po ostrych chorobach gorączkowych wracają prawidłowe wahania ciepłoty, zwykle nawet wahania są większe, niż u zdrowych dzieci. Brak wahań wskazuje na zbyt powolne zdrowienie lub na powikłania Stan gorączkowy u dzieci występować może bez podniesienia ogólnej ciepłoty, znikać tylko może nocne obniżenie i wtedy wahania ciepłoty są bardzo małe. *Dr Mogilnicki.*

Fobler i Bogen: **O czasie trwania trawienia mleka w żołądku i wpływie na nie różnych czynników.** (*Monatsschrift für Kinderheilk.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Badania Epsteina, Czernego, Wohlmanna, wykonane zapomocą zgłębnikowania żołądka, wykazały, że przy karmieniu naturalnem po 1½—2 godzin, przy karmieniu sztucznem po 3 godzinach od przyjęcia pokarmu, żołądek jest pusty. Metody tej nie należy jednak uważać za doskonałą, gdyż chwilę opróżnienia żołądka za pomocą zgłębnikowania możemy określić niezupełnie dokładnie: albo znajdujemy żołądek już pustym, albo stwierdzamy jeszcze resztki pokarmów.

U zwierząt można otrzymać dobre wyniki, posługując się przy określaniu czasu trwania trawienia żołądkowego przetoką dwunastniczą, założoną metodą Pawłowa-Dastra.

Przy doświadczeniach na niemowlętach, Fobler i Bogen badają trawienie żołądkowe, prześwietlając okolicę żołądka promieniami Röntgena. U dorosłych, chcąc określić granice żołądka, należy do pokarmu dodać bizmutu, gdyż tylko wtedy otrzymamy na ekranie cień. U niemowląt ten dodatek bizmutu jest zupełnie zbyteczny. Gdy żołądek jest pusty, nie widzimy na ekranie żadnego charakterystycznego obrazu, gdy zaś zawiera nawet niewielką (od 5 ctm.³) ilość mleka, otrzymujemy na ekranie wyraźny obraz — cień zawartości żołądka.

Posługując się tą metodą, autorzy stwierdzili, że z początku zawartość żołądka zmniejsza się szybko, dalej następuje dłuższy okres powolnego trawienia, w końcu wreszcie resztki pokarmu opuszczają żołądek bardzo szybko. Długość trawienia żołądkowego jest zależna od wielu czynników.

Przedewszystkiem już przy badaniach na zwierzętach F. i B. zauważyli, że jeżeli pies czuje się niedobrze, czy to z powodu zmęczenia, czy też zimna, lub parcia na mocz, to trawienie żołądkowe przedłuża się o ½—1 godziny. To samo stwierdzono u dzieci. Pewien wpływ wywiera stopień głodu i długość przerw między posiłkami: pierwszy ranny posiłek zazwyczaj żołądek trawi szybciej, niż następne. Dalej zauważono wybitne różnice indywidualne: przy jednej i tej samej ilości pokarmu u różnych dzieci, długość trawienia żołądkowego bywa różna; tak n. p. przy 100 grm. mleka kobiecego u jednego dziecka trawienie żołądkowe trwało 155 minut, u drugiego zaś 185 minut. Wogóle stwierdzono, że u dzieci chorych, osłabionych i przedwcześnie urodzonych opróżnienie żołądka trwa dłużej, niż u dzieci zdrowych. Co do wpływu ilości pokarmu, to zauważono, że przy większych ilościach żołądek opróżnia się dłużej, lecz czas trwania trawienia nie zwiększa się proporcyonalnie do zwiększenia ilości mleka; naprzykład, jeżeli przy 40—50 grm. mleka trawienie u różnych dzieci trwało 55, 70, 83, 100, 155 minut, to przy zdwojonej ilości trawienie trwało dłużej zaledwie o 45, 35, 42, 85, 25 minut.

Jakość pokarmu, szczególniej zawartość w nim tłuszczu i węglowodanów, również wywiera wpływ na długość trawienia żołądkowego. Tłuszcze wybitnie przedłużają okres trawienia: przy zwiększeniu ilości tłuszczu w mleku z 0,6°—0,3°—0,0 do 7,2%—6,1%—15%, czas trawienia żołądkowego u niemowląt zwiększył się z 70—100—35 minut do 195—210—210 minut. Węglowodany zaś, o ile można sądzić z nielicznych w tym kierunku badań F. i B., jak również z badań Müllera i Penzoldta, skracają czas trwania trawienia żołądkowego.

Dalej autorzy badali wpływ rozcieńczenia mleka i na zasadzie 2 seryi doświadczeń, (z której w jednej przy stałej ilości pokarmu zmieniali ilość mleka, w drugiej przy stałej ilości mleka zmieniali ilość pokarmu, *resp.* wody) doszli do następujących wyników: przy pierwszym sposobie karmienia długość trawienia żołądkowego zmienia się zależnie od ilości mleka w pokarmie, przytem mniej więcej w takim stosunku, jaki stwierdzono przy karmieniu mlekiem nierozcieńczonem (patrz wyżej); przy drugim zaś sposobie karmienia stwierdzono, że u psów przy

stałej ilości mleka wraz z powiększaniem ilości wody, długość trawienia stale skraca się, u dzieci zaś następuje zmniejszenie okresu trawienia tylko przy małych rozcieńczeniach (1½ wody —½ mleka); przy większych rozcieńczeniach (⅓—¼ mleka) trawienie żołądkowe, przeciwnie, przedłuża się. Autorzy dawali dzieciom mleko zarówno gotowane, jak i surowe. Stałego wpływu gotowania na długość trawienia nie zauważono. W jednych przypadkach czas trwania trawienia żołądkowego przy karmieniu mlekiem surowem był krótszy, niż przy karmieniu mlekiem gotowanem, w innych zaś nie stwierdzono żadnej różnicy w długości trawienia. *Wł. Schoenaich.*

Reeve-Ramsey: **O obecności pepsyny w żołądku oseska i o zależności jego siły trawiennej od kwasu solnego.** (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, Sierpień, 1908). Autor wykonał 47 badań w klinice Heubnera nad sokiem żołądkowym dzieci od 11 dni do 10 miesięcy. Wyniki badań były następujące: U zdrowych dzieci, karmionych piersią, zawsze znajduje się pepsyna; zwykle bywa pepsyna u dzieci chorych na ostre zaburzenia pokarmowe. Ilość pepsyny i kwasu solnego u dzieci chorych na skurcz odźwiernika bywa zwykle zwiększona. Żołądek dzieci dotkniętych zanikiem ogólnym nie zawiera pepsyny, zjawia się ona w żołądku z chwilą poprawiania się stanu ogólnego dzieci. Prawidłowy sok żołądkowy zdrowych dzieci może przerabiać białko na peptony; pepsyna może trawić białko bez kwasu solnego, a li tylko w obecności kwasu mlecznego; w soku żołądkowym może być kwas solny lub mleczny bez pepsyny, jak również pepsyna bez kwasu solnego lub mlecznego. *Dr Mogilnicki.*

L. Boissonnais: **Przyczynek do badań nad karmieniem piersią matki.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr 5, 1908). W 2 tablicach podaje autor pracowicie zebrane liczby, wskazujące: 1) ilość mleka wyssaną przez dziecko z piersi matki za każdem przystawieniem do piersi; badanie to prowadził autor w ciągu 371 dni, z czego 264 przypada na wyłączne karmienie piersią; 2) wagę dziecka w ciągu poszczególnych tygodni, ilość mleka, wyssaną w ciągu tygodnia i średnią ilość dzienną, wreszcie wskaźnik (quotient) dziennej ilości mleka, przypadającej na 1 kg. wagi; ilość ta wynosiła w pierwszych tygodniach życia 172,0 na kg., w końcu roku zaś 120,0. Liczby, podane przez autora, są naogół niższe od danych, jakie otrzymywał w licznych swych badaniach Feer. *W. Jasiński.*

Cl. Ferreira: **Dyeta obfita w skrobię i mączno-mleczne odżywianie w zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci.** (*Archives de méd. des enf.* Nr 5, 1908). Powszechny do niedawna pogląd, że skrobia nie nadaje się do odżywiania osesków (dla braku u nich zaczynu scukrzającego) obalony został przez Heubnera, który dowiódł, że już 3-miesięczne dziecko trawi dobrze skrobię przy odpowiedniem jej stosowaniu. Liczne badania wykazały natomiast, że dyeta wyłącznie mleczna źle bywa znoszona i najbardziej uporczywe zaburzenia żołądkowo-jelitowe spostrzega się właśnie u dzieci, odżywianych wyłącznie mlekiem. Rozkład bowiem sernika sprzyja obfitemu rozmnażaniu się flory jelitowej, obecność zaś węglowodanów stwarza nieodpowiednie dla tej flory podłoże, działa więc pośrednio przeciwgnilnie. W przypadkach zaburzeń żołądkowo-jelitowych radzi autor po dyecie wyłącznie wodnej stosować najpierw kleiki na wodzie (z ryżu, arrowroot, mączki kartoflanej), później zaś dodawać stopniowo mleka. Autor przytacza opinie wielu wybitnych badaczy, przedewszystkiem zaś poglądy Hutinela i Guinona, wypowiedziane już w r. 1894—1897. *W. Jasiński.*

Birk: **Odżywianie mlekiem jednolitem** (*homogenisierte Milch*). (*Monatsschr. f. Kinderheilk.*, T. VII, zeszyt 3, 1908). Różnica między mlekiem kobiecem, a mlekiem krowiem, polega między innemi na tem, że mleko kobiece tworzy jednolitą, delikatną zawiesinę tłuszczową, mleko zaś krowie jest mieszaniną różnej wielkości kulek tłuszczowych. *A priori* można przypuścić, że trudniejsze wchłanianie się mleka krowiego w porównaniu z mlekiem kobiecem zależne jest w znacznej mierze od tej nierównomierności kulek tłuszczowych. Homogenizacya mleka krowiego polega właśnie na tem, aby zapomocą specyalnych maszyn stworzyć z mleka krowiego zupełnie jednolity płyn, w którymby kuleczki tłuszczowe były tak delikatnie zawieszone, jak w mleku kobiecem.

Maszyny homogenizacyjne w zupełności odpowiadają swemu przeznaczeniu. Co się tyczy wyników klinicznych, to one nie potwierdzają nadziei, pokładanej w mleku jednolitem. Większość autorów, którzy karmili dzieci tem mlekiem, dochodzi do wniosku, że nie ma ono żadnej wyższości nad zwykłem mlekiem krowiem.

Niektórzy nawet, jak Bernheim, Bourdillon, Comby, Stoss, Lecornu i inni, spostrzegali przypadki gnilca, powstałego wskutek karmienia mlekiem jednolitem. Wyjątek stanowią spostrzeżenia Variota, który zawsze, zarówno u zdrowych, jak i u chorych dzieci, widział dobre wyniki: większy przyrost na wadze, lepsze wchłanianie tłuszczu i białka.

Doświadczenia Birka nie wypadły tak świetnie, jak Variota. Autor karmił mlekiem jednolitem dzieci zdrowe i chore, z tych ostatnich szczególniej te, u których na zasadzie charakteru wypróżnień (suche, szarobiałe), należało sądzić o patologicznem tworzeniu się mydła w kiszkach. Żadnego jednak wpływu na charakter wypróżnień, jak również na ogólny stan chorych B. nie stwierdził.

Wogóle autor dochodzi do wniosku, że mleko jednolite u dzieci zdrowych nie daje lepszych wyników, niż zwykłe mleko krowie, u dzieci chorych nie zaspakaja wskazań, któreby mogły dać powód do jego zastosowania. *Wł. Schoenaich.*

Fr. Houssay: **Leczenie biegunek letnich u dzieci winem czerwonem w postaci przepłukiwań kiszkowych.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr 4, 1908).

W różnych postaciach ostrego nieżytu żołądka i jelit u dzieci stosuje autor przepłukiwania kiszkowe, używając wina czerwonego, niezbyt starego, po poprzedniem zagotowaniu; na każde płukanie bierze autor 1 litr wina ciepłego; przy płukaniu zwraca uwagę, by płyn miał wolny odpływ z kiszek (najlepiej przez rurkę rozdwojoną (à double courant); z początku stosuje autor po 3 litry, później po 2 litry dziennie, dopóki biegunka nie ustąpi (do 15 dni z rzędu). Wino ma tu mieć wpływ przeciwgnilny i wpływać na podniesienie ogólnego stanu chorych. Z 6 opisanych przez autora przypadków 4 leczono przepłukiwaniami pomyślnie, w 2 pozostałych otoczenie chorych zaniechało przepłukiwań wskutek drgawek, jakie występowały podczas leczenia. Autor usilnie zbija zarzut, jakoby drgawki w tych przypadkach miały być objawem zatrucia wyskokiem — o ile bowiem stosowane jest istotnie płukanie (nie wlewanie) i wino poprzednio gotowano, o zatruciu wyskokiem niema mowy. *W. Jasiński.*

Ruotte: **Leczenie doszczętne przepukliny pachwinowej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enfants*, Nr 2, 1908).

Autor operował w ciągu roku 14 przypadków przepukliny pachwinowej u dzieci do lat 3: u 5 przed rokiem, u 7 w wieku od 1—2, u 2 — do 3 lat; u 5 dzieci (z tych 3 poniżej 1 roku) przepuklina była obustronna. Objawy uwięźnięcia spostrzegał autor dwukrotnie: u 3- i 6-miesięcznego dziecka; nawrót widział raz jeden (we wszystkich przypadkach upłynął rok od zabiegu) u dziecka 2-letniego, którego otoczenie nie umiało zabezpieczyć opatrunku od zamoczenia. Autor wnosi, że wiek dziecka nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu, o ile dziecko po zabiegu ma zapewnioną umiejętną opiekę; jako istotne wskazania do zabiegu podaje autor: przepukliny duże i powiększające się stale, przepukliny z jednoczesnym wodniakiem jądra, przepukliny, mające skłonność do uwięźnięcia, przypadki obustronnej przepukliny. *Wacław Jasiński.*

Ferrais-Wyss: **O nawrotach i nibynawrotach płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908).

Z 5 opisanych przypadków, w 2 spostrzegano nawrót pozorny, w 3 prawdziwy. Nawrotem nazywa autor powtórzenie się typowego obrazu choroby, już w okresie dalekiego zdrowienia; nawrót pozorny zaś występuje u chorych przed okresem zdrowienia i różni się od pierwotnego obrazu rodzajem wysypki, podobnej do odrowej i częstem zajęciem spojówek.

Jak nawrót, tak i nibynawrót, należą do rzeczy bardzo rzadkich. Przyczyna występowania jest nieznana, jedni przypuszczają pewną specyalną nadwrażliwość ustroju, lub usposobienie dziedziczne, inni uzależniają nawroty od samozatrucia, jeszcze inni widzą przyczynę w nowem zakażeniu z zewnątrz. W każdym razie, dopóki sam zarazek płonicy jest nieznany i przyczyna nawrotu niewyjaśniona, rzeczą jest pożądaną wszystkie powikłane przypadki płonicy możliwie odosabniać. *T. Mogilnicki.*

M. Dawidowicz: **O płonicy urazowej.** (*Jahrbuch für Kindherheilk. Ergänzungsheft.*, 1908).

Przypadki płonicy, w których punktem wyjścia była rana, nazywa autorka płonicą urazową. Postać tę spostrzegano 51 razy. Wszystkie przypadki podzielono na trzy grupy: Do pierwszej zaliczono przypadki płonicy po ranach przypadkowych lub oparzeniach (21 przypadków); do drugiej — w okresie poporodowym (11 przypadków); do trzeciej — w okresie pooperacyjnym (19 przypadków). Rozpoznanie płonicy opierano na typowej wysypce z następczem łuszczeniem i na malinowym języku; z powikłań spostrzegano często nieznaczne zapalenie gardła, rzadziej

lekkie zajęcie stawów lub szmery w sercu. Zapalenia nerek nie było ani razu. Na gojenie się ran płonica ujemnego wpływu nie wywierała. We wszystkich przypadkach zejście było pomyślne. Wogóle płonicę urazową uważa autorka za chorobę lekką. *Dr Mogilnicki.*

Kredel **O płonicy przyrannej** (*Arch. f. kl. Chir.* T. 87, Z. IV). Podczas epidemii płonicy w Hanowerze spostrzegał K. w swoim szpitalu bardzo często wybuch płonicy u dzieci po większych operacyach. Wysypka zaczynała się zwykle od rany operacyjnej, czas wylęgania wynosił 1—8 dni. Płonica występowała i po operacyach zupełnie jałowych i jałowo się gojących. Znamienne przy tej przyrannej płonicy było bardzo rzadkie występowanie zapalenia gardła. Z dzieci operowanych w szpitalu wybuchła płonica u 4·1%, a z nieoperowanych tylko u 2·3%. Te dane skłaniają K. do twierdzenia, że chodziło tu o zakażenie płonicą drogą rany operacyjnej. Jeżeli tak rzecz się ma w istocie, w takim razie w czasie silnej epidemii płonicy należałoby chyba wrócić do energicznej antyseptyki przy operacyach u dzieci *K.*

Zalenski: **Odczyn dwuazowy w chorobie surowiczej** (*Wraczebn. Gaz.* Nr 33—34 1908). Od czego właściwie zależy odczyn dwuazowy, dotychczas z pewnością nie wiadomo. Większość autorów szuka przyczyny w zakażeniu i mniema, że odczyn dwuazowy zależy od przeniknięcia do ustroju niektórych mikrobów (durowych, odrowych, gruźliczych). Podług zdania autora, przeczy temu zapatrywaniu to, że odczyn dwuazowy występuje w chorobie surowiczej (Serumkrankheit). Autor spostrzegał 82 przypadki choroby surowiczej. W 61 choroba przebiegała z gorączką, i z nich w 8 przypadkach odczyn dwuazowy był bardzo wybitny; słabszy odczyn otrzymał autor jeszcze w 6 przypadkach. 2 przypadki choroby surowiczej, najwybitniejsze, autor przytacza w całości. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor między innymi do następujących wniosków: 1) Odczyn dwuazowy występuje w chorobie surowiczej, przebiegającej z podniesioną ciepłotą i objawia się tem wybitniej, czem cięższą jest choroba. 2) W przypadkach bez podniesienia ciepłoty odczyn dwuazowy nie zdarza się wcale. 3) Odczyn dwuazowy nie może służyć za objaw odróżniający w rozpoznawaniu różniczkowem między odrą i chorobą surowiczą. 4) Składniki, które dają odczyn dwuazowy, nie są produktami rozkładu ciał bakteryjnych, ale powstają z rozkładu tkanek ustroju. 5) Między hypoleukocytozą i odczynem dwuazowym istnieje jakaś niewyjaśniona jeszcze równoległość. *Dr L. Mańkowski.*

Finkensztejn: **Przyczynek do gruźlicy u dzieci** (*Wraczebn. Gaz.* Nr 39—40 1908). Autor opracował materyał sekcyjny kliniki chorób dziecięcych Prof. Czernowa w Kijowie. Zebrał on 410 sekcyj. Odsetek gruźlicy u dzieci do 1 roku wynosił 18%; od 1—5 lat — 32,6%; od 5—10 lat — 35,6%; od 10—15 lat — 37,4%. Idąc śladem Nägeliego odróżnia autor gruźlicę śmiertelną i nie zagrażającą bezpośrednio śmiercią, a w tej znów postać czynną, postępującą i nieczynną, zanikową. Na 137 przypadków gruźlicy miał autor 91 przypadków gruźlicy śmiertelnej, 33 — czynnej, 13 — nieczynnej. Przy bliższem badaniu przypadków gruźlicy śmiertelnej wpadała przedewszystkiem w oczy skłonność do uogólnienia się, t. j. do zajęcia naraz wielu narządów; skłonność ta tem wybitniej występowała, im dziecko było młodsze. Najczęściej zmiany można było zauważyć w płucach i gruczołach oskrzelowych. Tutaj nasuwała się sprawa drogi, jaką lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju człowieka. Autor zebrał z piśmiennictwa 53.536 przypadków sekcyi dzieci, a w tej liczbie było 10.574 przypadków gruźlicy. Wśród tych 10.574 przypadków gruźlicy było 191 przypadków, gdzie gruźlica ograniczała się tylko do przewodu pokarmowego. Sam autor spostrzegał tylko 6 przypadków gruźlicy li tylko przewodu pokarmowego. A zatem przewód pokarmowy bywa stosunkowo dość rzadko zajęty. Ale ostatecznie nie można z tego jeszcze wnosić, że przewód pokarmowy nie jest drogą, którą lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju. Badania Bartela i Spielera (wiedeński Zakład anatomii patologicznej) stwierdziły, że płuca są tylko miejscem mniejszej odporności wobec tego, że gruczoły oskrzelowe są u dzieci daleko mniej rozwinięte, niż gruczoły krezkowe. Autor obszernie omawia tę sprawę, przytacza zdania rozmaitych autorów, ale ostatecznie nie dochodzi do określonych wyników. — Co się zaś tyczy tak zwanej skrytej gruźlicy dorosłych, to na podstawie doświadczeń Bartela i Weichselbauma, Harbitza i innych dochodzi autor do wniosku, że nie mamy żadnych dowodów, aby gruźlica dłużej niż 3 miesiące mogła rozwijać się skrycie i dla tego ta część teoryi Behringa i Baumgartena nie może być przyjęta. *Dr L. Mańkowski.*

Eichhoff: **Zakażenie szczepienne** (*Deut. med. Wochs.* Nr 34 1908). Autor opisuje przypadek zakażenia się dziecka, cierpiącego na przewlekły wyprysk, jadem szczepionki ospowej za pośrednictwem wspólnej kąpieli ze szczepionem dzieckiem. Zakażenie znamionowało się licznemi krostami szczepiennemi rozsianemi, powiększeniem gruczołów chłonnych, podniesieniem ciepłoty do 40° C. Sprawa po 24 dniach trwania przy leczeniu okładami z octanu glinowego ustąpiła. *Dr Skórczewski.*

L. Sior: **Przyczynek do leczenia krztuśca euchininą.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908). Od czasu wprowadzenia euchininy stosuje ją autor przy leczeniu krztuśca. Przez 2 lata zalecał euchininę w 45 przypadkach, w 39 innych przypadkach podając inne środki. Wyniki były bardzo dobre. Euchinina działa tak samo skutecznie jak inne przetwory chininy, napady kaszlu pod jej wpływem słabną, ilość ich zmniejsza się, wymioty zdarzają się rzadziej, sinica ginie. Długość trwania cierpienia skraca się. Euchinina, stosowana w czopkach, nie wywołuje podrażnienia kiszki stolcowej. Dzieci chore otrzymywały euchininę 2 razy dziennie po tyle dcg. na dawkę, ile dziecko miało lat, lub — młodsze niż rok, — po tyle ctg., ile dziecko miało miesięcy. W czopkach dawki nie zwiększono. Euchininę podawać można przez czas dłuższy bez szkody dla zdrowia. *T. Mogilnicki.*

F. Carles: **Przypadek gruźliczego zapalenia opon z pozornem wyleczeniem lub raczej zwolnieniem, trwającem 11 miesięcy.** (*Archives de méd. des enf.*, Nr 2, 1908).

3-letnia dziewczynka, przyjęta do szpitala z objawami gruźliczego zapalenia opon, które trwały bez poprawy w ciągu miesiąca, zapadła po miesiącu na odrę, nieco później na krztusiec, powikłany nieżytowem zapaleniem płuc. Objawy mózgowe po 3 miesiącach zupełnie ustąpiły; stosowano kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe; — płyn, dający początkowo wybitny obraz limfocytozy, po 3 miesiącach zawierał już nieznaczną ilość białych ciałek, po 7 miesiącach był zupełnie prawidłowy; w płucach i gruczołach oskrzelowych zmian żadnych nie wykryto. Odczyn oczny Calmettea był dodatni w 7. miesiącu od początku choroby. W ciągu 11-miesięcznej obserwacyi stwierdzano pomimo zupełnie dobrego stanu dziecka tętno nieodpowiednio częste w stosunku do ciepłoty, oraz pewne zaburzenia nerwowe. Autor sądzi, że w przypadku tym nie nastąpiło trwałe wyleczenie, lecz tylko zwolnienie choroby. Podobny przypadek opisał w r. 1901 (*Archives d. med. des enf.*) Rocaz; zwolnienie trwało w tym przypadku 2 lata, na sekcyi swierdzono gruzełki. *Wacław Jasiński.*

Neurologia.

G. Marinesco: **Leczenie pląsawicy Sydenhama wstrzykiwaniami siarkanu magnowego do kanału kręgowego** (*Sem. méd.* Nr 47. 1908). W czterech przypadkach ciężkiej pląsawicy wstrzykiwał autor do kanału kręgowego po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego 3—5 cm³ wodnego 25% rozczynu siarkanu magnowego; po jednem, najdalej dwóch wstrzyknięciach ustępowały objawy najcięższej pląsawicy po kilku dniach. Wstrzyknięcia drugiego dokonywał autor po kilku lub kilkunastu dniach, jeśli po pierwszem objawy pląsawicy nie znikały zupełnie. W godzinę lub dwie po wstrzyknięciu ustępowało zwykle rzucanie się chorego, a na drugi dzień czasami nie było żadnego objawu chorobowego. Zdarzało się, że chorzy po wstrzyknięciu narzekali na bole głowy, bole w lędźwiach i nogach, nudności, a dwa razy zjawiła się niewielka gorączka. Wszystkie te powikłania zwykle nazajutrz po wstrzyknięciu znikały. Autor zwraca uwagę, że powikłania te zależą od zanieczyszczenia przetworu, używanego do wstrzykiwań. Jeden z autorów opisuje po takiem wstrzyknięciu bezdech u swego chorego; bezdech ten jednak krótko trwał. Rzadziej zjawiają się powikłania po tych wstrzyknięciach, odkąd autor przed siarkanem magnowym wstrzykuje swym chorym chlorek morfiny (0·01). Autor zamierza w przyszłości wstrzykiwać rozczyn siarkanu magnowego izotoniczny, bo może hypertonia dotąd stosowanych rozczynów jest główną przyczyną powikłań. *Stahr.*

Knauer: **Przełom oczny (Pela) oraz rzadkie zaburzenie czucia w przebiegu wiądu rdzenia** (*Münch. med. Woch.* Nr 37 1908). Przełom oczny (*crisis ophthalmica*), objaw rzadki, najbardziej przypomina obraz, powstający pod wpływem dostania się do oka ciała obcego: silne zaczerwienienie i obrzęk spojówki, światłowstręt, ból dotyczący nietylko gałki ocznej, ale nieraz i okolicy oczodołu na większej przestrzeni. W tym samym przypadku spostrzegał też autor szczególne zachowanie się czucia; chora odczuwała mianowicie ucisk lub szczypanie goleni poniżej rzepki, jedynie jako uczucie zimna. *Dr M. Godlewski.*

Stosunek psychiatryi do psychologii.

Napisał

Dr Jan Mazurkiewicz.

(Dokończenie).

Spróbujmy najpierw badać wzajemny związek pierwiastków kompleksu ABC..., pomijając KLM... — czyli nasze ciało. Każde fizyczne badanie jest właśnie tego rodzaju. Biała kula, uderzająca o dzwon, wywołuje dźwięk. Biała kula staje się żółtą w świetle sodu, czerwoną w świetle litu. Tutaj pierwiastki ABC... zdają się być zależne tylko od siebie, wydają się zaś niezależne od naszego ciała KLM... Ale jeżeli zażyjemy odpowiednią dawkę santoniny, to biała kula stanie się także żółtą. Jeżeli rozstawimy nasze gałki oczne rozbieżnie, to zobaczymy dwie kule, jeżeli zamkniemy oczy zupełnie, to nie widzimy żadnej kuli, jeśli przetniemy nerwy słuchowe, nie słyszymy dźwięku. Zatem pierwiastki ABC... pozostają w związku nietylko ze sobą, ale i z pierwiastkami KLM... W tej mierze, i tylko w tej mierze nazywamy ABC... wrażeniami i uważamy ABC... za przynależne do »Ja«. Pierwiastki są wrażeniami tylko w tej czynnościowej zależności, zaś w innych czynnościowych stosunkach te same pierwiastki są jednocześnie przedmiotami fizycznymi.

Niema zatem żadnej przepaści pomiędzy światem fizycznym, a psychicznym; barwa jest przedmiotem fizycznym, jeśli badamy jej zależność od innych barw, od ciepła, przestrzeni itp., jest zaś przedmiotem psychologicznym, wrażeniem, jeśli badamy jej zależność od siatkówki i układu nerwowego. Różnym zatem w obu dziedzinach jest nie przedmiot, ale kierunek badania.

Wnosząc z badania obcych ciał ludzi lub zwierząt o ich wrażeniach, albo też o wpływie własnego ciała na nasze wrażenia, musimy spostrzeżenia uzupełniać analogią, która jest dla nas łatwiejszą i pewniejszą w dziedzinie fizycznej, niż psychicznej, ale zresztą żadnej istotnej różnicy w obu tych dziedzinach nie wykazuje.

Mach ułatwia zobrazowanie powyższych twierdzeń w następujący sposób. Jeżeli leżę np. na kanapie i zamykam prawe oko, wtedy mojemu lewemu oku przedstawia się taki obraz. W ramce, utworzonej przez brwi, nos i wąs, przedstawia się widzialna część mego ciała i jego otoczenia (np. części podłogi, mojej biblioteki, części okna). Moje ciało różni się od innych ludzkich ciał tem, że każde żywsze wyobrażenie ruchowe zaraz w odpowiedni ruch się zamienia, że dotknięcie jego wywołuje bardziej rażące zmiany, aniżeli dotknięcie innych ciał, a nadto tem, że moje ciało widzę tylko częściowo i w szczególności bez głowy. Jeżeli spostrzegam element A w polu widzenia i badam jego związek z drugim elementem B tego samego pola, to przechodzę z dziedziny fizyki do fizyologii lub psychologii, jeżeli B przechodzi przez moją skórę. — Analogiczne rozważania, jak co do pola widzenia, przeprowadzić można i co do pól projekcyjnych innych zmysłów.

Jak przy badaniu zachowania się gazów dochodzimy przez abstrahowanie od zmian ciepłoty do prawa Mariottea, zaś przez specyalne uwzględnienie zmian ciepłoty do prawa Gay-Lussaca, przyczem przedmiot naszego badania pozostaje zawsze tym samym, tak samo zajmujemy się fizyką w najszerszem tego słowa znaczeniu, dopóki badamy związki w świecie zmysłowym, abstrahując zupełnie od naszego ciała, — zaś zajmujemy się fizyologią zmysłów lub psychologią, jeżeli badamy właśnie nasze ciało i specyalnie nasz układ nerwowy.

Nasze ciało jest częścią świata zmysłowego, jak każde inne ciało, zaś granica pomiędzy ciałem a psychiką jest tylko praktyczna i konwencyonalna. Gatunkowe pojęcia: ciało i psychika, materya i energia, są tylko symbolami, od których nie można więcej oczekiwać, aniżeli od symbolów algebraicznych, w szczególności zaś nie można oczekiwać większego wyjaśnienia i wytłómaczenia, aniżeli od samego doświadczenia. — Zapatrywanie swoje stwierdza Mach szczegółową analizą wrażeń zmysłowych, mianowicie wzrokowych i słuchowych.

Czas i przestrzeń uważa Mach również za nasze wrażenia, i wykazuje, że bieg czasu związany jest z naszą zmysłowością i jest nieodłączny od procesu myślowego, że krótkie ułamki czasu, np. rytm następujących po sobie taktów muzycznych, spostrzegamy bezpośrednio, i tylko dłuższe okresy czasu musimy oceniać już zapomocą wnioskowania, rozkładając je na owe mniejsze, bezpośrednio spostrzegane ułamki. Również przestrzeń uważa Mach za wrażenia, mianowicie wypływające ze sfery ruchowej (przy zmyśle wzroku, przy dotyku, przy zmianie miejsca), a więc należące do wrażeń organicznych. Ale jak w procesach cieplnych nie sądzimy z wrażeń bezpośrednich, tylko zapomocą termometru, tak samo o fizycznym czasie i przestrzeni nie sądzimy z bezpośrednich wrażeń, tylko używamy odpowiednich miar, otrzymanych przez ściślejsze badanie zależności fizycznych.

Mach uważa za rzecz możliwą inwentaryzować wrażenia ilościowo i charakteryzować np. wrażenia optyczne w ten sposób, że wartości charakterystyki ilościowej będą przedstawione jako zależne od przestrzennej i czasowej współrzędnej (koordynaty), zaś pomiędzy sobą przez równania wzoru: $F(A, B, C\ldots) = 0$. Wszelkie pytania, jakie przytem mogą być racyonalnie stawiane i mogą nas interesować, powinny uwzględniać tylko różne zmienne niezależne i różne stosunki zależności. Istota rzeczy, mianowicie stosunki czynnościowe, pozostaną niezmienione bez względu na to, czy my wszystko, co jest dane, uważać będziemy za treść świadomości, czy też częściowo lub całkowicie za przedmiot fizyczny. Biologicznem zadaniem wiedzy jest danie człowiekowi możliwie najdokładniejszej oryentacyi. Inny ideał nauki, zdaniem Macha, nie daje się zrealizować i niema sensu.

* * *

Reasumując powyższe przedstawienie rozwoju zapatrywań psychologicznych, należy stwierdzić, iż najdawniejszym poglądem był ten, który właśnie wywołał opóźnienie przyrodniczego pojmowania chorób umysłowych, mianowicie dualizm, pojmujący ciało i ducha jako kategorye niewspółmierne. Dualizm okazał się nietylko najdawniejszym, ale i najpowszechniejszym i najtrwalszym poglądem psychologicznym, panującym do dnia dzisiejszego wśród szerokich warstw społecznych. Tę swoją trwałość i rozpowszechnienie zawdzięcza pogląd dualistyczny temu, iż jest wynikiem instynktowego u człowieka poczucia odrębności i wyższości jego »Ja« w stosunku do martwego i żyjącego otoczenia, z wyjątkiem bliźnich.

Monizm, zarówno materyalistyczny, jak i spirytualistyczny, jest próbą ratowania jedności przyrody, jest reakcyą przeciwko instynktowemu dualizmowi i ma znaczenie tylko historyczne, gdyż oba monizmy, jako zapatrywania skrajne i niedostatecznie krytyczne, nie odegrały w dziejach psychologii wybitniejszej roli.

Rozwój wiedzy przyrodniczej i lekarskiej, wykazujący zależność zjawisk psychicznych od cielesnych, spowodował powstanie tego poglądu paralelistycznego, który panuje w dzisiejszej psychologii fizyologicznej i doświadczalnej. Wynikiem tego wkroczenia psychologii na tory doświadczalne było zdobycie szeregu cennych faktów naukowych, i większość współczesnych psychiatrów stanęła również na gruncie teoryi paralelistycznej.

Bezpodstawność tej teoryi wykazują w ostatnich dziesiątkach lat Avenarius i Mach, którzy zgodnie dowodzą, że uznawany i przez teoryę paralelistyczną podział zjawisk na psychiczne i cielesne jest wynikiem instynktu, mającym znaczenie praktyczne i konwencyonalne, ale nie mającym podstaw naukowych. W rozumieniu Avenariusa i Macha nauki fizyczne i psychologia zajmują się różnymi stosunkami tego samego przedmiotu, zaś »Ja« jest silniej związaną grupą elementów, które z innemi grupami elementów związane są słabiej. Stąd wynikło konsekwentne odrzucenie uznawanej przez psychologię paralelistyczną introjekcyi, jako hypotezy błędnej, w sposób bezpodstawny wkładającej do mózgu człowieka wrażenia, wyobrażenia itp. Wreszcie trzecim punktem, na którym różnią się zasadniczo poglądy Macha i Avenariusa od poglądów panującej psychologii paralelistycznej, jest oparcie się na doświadczeniu i zepchnięcie do roli podrzędnej introspekcyi, która była punktem wyjścia i podstawą rozumowań psychologów paralelistycznych.

Wszystkie te różnice, które oddalają poglądy Avenariusa i Macha od psychologii paralelistycznej, tem samem zbliżają je do współczesnych zapatrywań przyrodoznawczych, pozbawiając psychologię charakteru metafizycznego i wcielając jej przedmiot do szeregu nauk przyrodniczych.

Rozwój pojęć psychologicznych cechuje się zatem stopniowem, coraz większem oddalaniem się od pierwotnych pojęć geocentrycznych. Jak kula ziemska ze środowiska światów stała się drobną planetą, grającą znikomą rolę wobec wielkości układów słonecznych, tak samo zjawiska świadomości, przeciwstawiane początkowo wszystkim innym zjawiskom przyrodniczym we wszechświecie jako zasadniczo niewspółmierne, ograniczone zostały do znikomej roli jednej z cech fizyologicznych układu ner-

wowego, której zrozumienie utrudniał antropocentryczny instynkt człowieka. —

Bez względu na to, w jakim kierunku rozwijać się będą dalej poglądy psychologiczne, psychiatrya będzie zawsze kroczyła tą drogą, na którą weszła od czasów Esquirola. Psychiatrya będzie zawsze jednakowo badała przyczyny, przebieg i leczenie chorób umysłowych przy pomocy spostrzegania klinicznego, doświadczenia i mikroskopu.

Ale równocześnie trzeba zaznaczyć, że nie jest rzeczą obojętną, czy lekarz-psychiatra posiada takie lub inne poglądy psychologiczne. Te poglądy nie mogą mu przeszkadzać w rzeczowej obserwacyi chorych, ale mogą go sprowadzać na błędne drogi przy tłómaczeniu spostrzeganych faktów za pomocą terminów abstrakcyjnych, wziętych jeszcze z psychologii scholastycznej, a pojmowanych nie równoważnie np. z symbolami algebraicznymi, ale jako czynnik realny, posiadający pewną samodzielność i pewną siłę własną.

Tak np. Ziehen opisuje w swojej psychiatryi manię, melancholię, hypochondryę, jako choroby »afekcyjne«, w których najwybitniejsze pierwotne objawy powstają w »dziedzinie afektów«, zaś inne dziedziny mają ulegać zaburzeniom następczo. Inną znowuż grupę — tępota (*stupiditas*), pomieszanie przewlekłe (*paranoia chronica*) — nazywa Ziehen chorobami intelektualnemi, których główne objawy pierwotne mają powstawać w dziedzinie intelektualnej, zaś w innych dziedzinach następczo. Również przy natręctwie myślowem pierwotnie mają występować wyobrażenia natrętne, a potem dopiero niepokój.

Jak dalece tłómaczenia takie są dowolne, o tem świadczy to, że inni autorowie dowodzą tezy wprost przeciwnej, np. iż w pomieszaniu przewlekłem (*paranoia chronica*) albo w natręctwie myślowem pierwotne są zaburzenia afekcyjne, zaś wtórne są zaburzenia intelektualne. Wobec nieistnienia w mózgu specyalnego siedliska afektów, odrębnego od siedliska inteligencyi lub woli, jasną jest rzeczą, że zarówno twierdzenie Ziehena, jak i wręcz odwrotne jego przeciwników, jest jednakowo bezpodstawne i błędne.

Nawet ci psychiatrzy, którzy postępują ostrożniej z abstrakcyami symbolicznemi, oznaczającemi pewne stany psychiczne i w wywodach swoich opierają się przedewszystkiem na faktach klinicznych, przy poszczególnych tłómaczeniach jednak idą w utarte ślady dawniejszej psychologii. I tak np. Hoche mówi o »wpływie afektów na pojmowanie zewnętrznych zdarzeń«, jak gdyby uznawał ten wpływ za rzecz stwierdzoną i nawet nie przypuszczał, że ta sama realna przyczyna, która wywołuje afekt, może równocześnie i współrzędnie wywoływać gorsze pojmowanie zdarzeń; albo o braku »wewnętrznej równowagi« u zwyrodniałych, jakkolwiek jestto również dobrze brak »zewnętrznej« równowagi w stosunku danego osobnika do otoczenia.

Dalszym przykładem może być hypoteza Wernickego o »ideach nadwartościowych«. Wernicke twierdzi, iż od prawidłowego biegu świadomości wymagamy, aby wartościowość wyobrażeń była normalną, i uważa, że »pojęcia« honoru, wstydliwości, czystości i t. p. są kierowniczymi motywami dla postępowania osób społecznie myślących. Wychodząc z tego założenia, przyjmuje Wernicke istnienie idei nadwartościowych zarówno jeszcze w granicach zdrowia psychicznego, jak i w dziedzinie chorób umysłowych. Pokrewne rozważania doprowadziły Liepmanna w broszurze »Uber Ideenflucht« do wniosku, że gonitwa myślowa różni się od prawidłowego biegu myśli przedewszystkiem brakiem kierowniczych »nadwyobrażeń«.

Gdyby obaj ci autorowie, którym psychiatrya zawdzięcza zresztą wiele cennych i faktycznych zdobyczy, stali na stanowisku Avenariusa i Macha, mianowicie uważali wyobrażenia tylko za symbole, to nie mogliby przypisywać im nietylko siły kierowniczej lub nadwartościowej, ale wogóle żadnej siły, tak samo, jak jej przypisywać nie możemy symbolom matematycznym albo literom alfabetu. Gdyby Wernicke i Liepmann w ten sposób byli zmuszeni do uznania zawsze jednakiej wartości samych wyobrażeń, w takim razie tłómaczenia niejednakowej ich oceny przez różnych ludzi poszukiwaćby musieli nie w sferze abstrakcyi pojęciowych, ale w sferze tych realnych czynników, które kształtują stosunek danego osobnika do otoczenia, a zatem we wpływach dziedzicznych i osobniczych, jak przebyte choroby, zatrucia i t. p., które działały na układ nerwowy danego osobnika, i w takich wpływach otoczenia, jak szkoła, wychowanie i t. d.

Szereg przykładów, świadczących o tem, że wymienione na początku tego odczytu mniemanie wielu o poniekąd metafizycznym charakterze psychiatryi w pewnej mierze jest istotnie do dnia dzisiejszego uzasadnione, możnaby jeszcze znacznie przedłużyć. Treść podręczników dzisiejszej psychiatryi, nie wyłączając bynajmniej najbardziej rozpowszechnionych, jak np. Krapelina, zawiera jeszcze dużo metafizycznych naleciałości z dawniejszej psychologii scholastycznej. Ale przedmiot, którym się zajmują psychiatrzy w swych klinikach i zakładach, mianowicie chorzy i ich zboczenia, ten przedmiot nie posiada charakteru metafizycznego w najmniejszym nawet stopniu i badanie jego kliniczne i anatomiczne dało w stosunkowo krótkim czasie również długi szereg faktów, będących pozytywnemi zdobyczami nauki.

Należy wyrazić nadzieję, że rozbieżność kierunków, w jakich rozwijała się psychiatrya z jednej, a panująca psychologia z drugiej strony, ustanie, jeżeli dalszy rozwój psychologii pójdzie drogą przyrodniczą. — Niejednemu pogląd ten może wydać się ciasnym i obniżającym stanowisko człowieka w przyrodzie do poziomu żyjącego mechanizmu. Godzą się z nim już jednak umysły filozoficzne, jak Avenariusa, ściśle przyrodnicze, jak Macha, genialnie poetyckie, jak Wyspiańskiego, który w »Wyzwoleniu« mówi o »prawie ciążenia myśli« i o tem, że »jak jest matematyka i statyka obrotów i pędu światów, a więc i naszego, tak jest matematyka i statyka myśli«.

Na tem stanowisku — pomimo pewnych niekonsekwencyi tu i ówdzie — stoi i współczesna psychiatrya. Kiedy pogląd ten w całej jego rozciągłości przyswoi sobie także i psychologia współczesna, wtedy dopiero jej stosunek do psychiatryi będzie takim, jakim z istoty rzeczy być powinien i jakim jest stosunek każdej fizyologii do patologii. Psychologia przestanie być uciążliwem obarczeniem dziedzicznem dla psychiatryi, a stanie się jej integralnym i niezbędnym składnikiem.

Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

II.

Prześliczną drogę z Dubrownika (Raguzy) do Kotoru (Cattaro), wzdłuż malowniczego wybrzeża Dalmacyi, przebyliśmy niestety w nocy. Zaledwie się jednak rozwidniło, uprzejmy kapitan okrętu polecił nas wszystkich obudzić dzwonem alarmowym, abyśmy mogli widzieć wspaniały wjazd do zatoki kotorskiej. To też wkrótce zaroił się pokład chciwymi wrażeń, tembardziej, że morze spokojne, jak jezioro, pozwoliło dobrze wypocząć po nieco burzliwej przeprawie do Dubrownika. Objeżdżaliśmy właśnie słynne »Punta d'Ostro«, skąd dawniej posyłano kule nie chcącym się legitymować okrętom, a dziś mieszkańcy latarni morskiej i zakładu meteorologicznego witają powiewaniem chustek wjeżdżające do zatoki statki. Przed nami rozlewa się wspaniale »Bocche di Cattaro«, wrzynając się na kształt fiordu na 29 kilometrów w głąb lądu; składa się z kilku olbrzymich basenów, jakby jezior, połączonych między sobą tylko wązkimi przesmykami. Wybrzeża skaliste, dzikie, w dole pokryte wiecznie zieloną, bujną roślinnością, po szczytach zaludnione przez fantazyę ludową nadludzkiemi postaciami, leśnemi boginkami, vilami, dziwożonami i t. d., wznoszą się wysoko nad poziom morza, osłaniając znakomicie całą zatokę od burzliwych wiatrów. Pomiędzy palmami, cyprysami, kaktusami, ergawanami kryją się białe w południowem słońcu, czyste i wesołe wioski, których lud, w tym kraju krwawych dziejów i homerowskich iście bojów, rosły, o odważnem sercu i śmiałem obliczu, nawykły do wolności, myśli o niej bezustannie i chętnie ucieka w góry przed branką austryacką. Przewagę stanowią prawosławni Serbowie, nawykli od dzieciństwa do wiosła i broni, nieustraszeni żeglarze i nieustraszeni niegdyś bojownicy. Często, gdy ludność męska bawiła na dalekiej żeglarskiej wyprawie, kobiety i starcy chwytali za broń i z poza do dziś, jak fortece, wyglądających domów, bronili się skutecznie przeciw niedawnym jeszcze (150 lat temu) napadom korsarskim. Dotychczas przechowuje się tu jeszcze »pobratymstwo«, a także podobno w niedostępnych górach Krywoszy »vendetta«. »Tko se ne osveti, taj se ne posveti«, kto się nie mści, nie będzie zbawiony, tak brzmi stare przysłowie Kotorczyków. I dziś ta zatoka, otoczona zewsząd, po górach, silnymi fortami, tworzy jeden z najlepszych portów wojennych, w którym prawie stale stoją duże krążowniki austryackie.

Statek, przebywszy drugi rozległy basen »baja di Teodo«, którego pobrzeże jest podobno najżyźniejsze w całym kraju, zwraca się ku północy i przez wązką cieśninę »Catane«, ongiś podobno zamykaną łańcuchami, wjeżdża majestatycznie, wśród jęku syreny dla wywołania echa, do właściwej zatoki kotorskiej. »Bóg, po stworzeniu ziemi, unosił się nad nią z workiem zby-

tecznych kamieni. Szatan to spostrzegł, rozdarł worek, kamienie, spadłszy na ziemię, utworzyły zatokę kotorską«. Tak mówi stare podanie ludowe. Cała zatoka, otoczona wysokimi do 1800 m. górami, otwarta tylko na południe wązką cieśniną, tworzy widok, nie dający się z niczem porównać. Jedno z najsilniejszych wrażeń z całej podróży, a było ich wiele, to ta cicha, »bajecznie kolorowa« zatoka, otoczona pionowemi skałami, zmieniającemi co chwila barwę w miarę kierunku promieni słońca. Coś niby nasze Morskie Oko, lub raczej Czarny Staw, tylko wszystko większe, rozleglejsze i.... cieplejsze. Bo chociaż to połowa listopada, u nas podobno mrozy, tu ciepło, słonecznie, pogodnie, jak w ciepły letni poranek. Klimat Kotoru niewiele się różni od klimatu Ajaccio na Korsyce. I nic dziwnego. Otoczone zewsząd wysokiemi górami, znakomicie osłonione od wiatrów lądowych i morskich, a nagrzane wspaniałem słońcem południa, mogłoby Cattaro znakomicie służyć jako uzdrowisko, lepiej z pewnością od Abacyi, w której tak często wiejąca bora uniemożliwia nieraz pobyt. Brak tu niestety kolei i brak hoteli międzynarodowych, a zresztą miasto czyste, wesołe i.... tanie. Trudno mi opisywać mnóstwo starych zabytków, świadczących o krwawych bojach i dziwnych kolejach, jakie te miejsca przebywały. Brak miejsca nie pozwala mi również opisać wspaniałej, kutej w prawie pionowej skale drogi, wiodącej do granicy Czarnogóry i jej stolicy Cetinje. Dziś tu znów groźne chmury gromadzą się na szczytach gór, widać białe fezy i drogi, przez wojsko strzeżone, a w czasie naszego pobytu opowiadano powszechnie o ukrytych w górach armatach Czarnogórców. Czasy się jednak uspokoją, a wtedy nasza publiczność powinna tutaj szukać zdrowia i wypoczynku, bo tak Dubrownik, jak i Kotor, jak wreszcie i mnóstwo wysepek, rozsianych wzdłuż całego wybrzeża dalmatyńskiego, ani co do piękności, ani klimatu nie ustępują francuskiej, lub włoskiej Rivierze, a będąc tutaj, ma się tę korzyść, że jest się między narodem pobratymczym.

Korfu, jedna z najpiękniejszych wysp archipelagu jońskiego, słynna z pięknego Achillejonu, niegdyś ulubionego zamku cesarzowej Elżbiety, leży pod 40° południowej szerokości. To też roślinność tu prawie tropikalna. Kaktusy, aloesy, drzewa migdałowe, figowe, daktyle, oliwki, banany tworzą tu całe gaje. Widzieliśmy tu róże i powoje kwitnące, pomarańcze, obsypane złotym owocem, a chociaż to listopad, ciepło, że wieczorem chodzi się bez okrycia. Śniegu tutaj nie znają, zaledwie go widzą zdala na szczytach gór albańskich. W najsroższe zimy (1855 r.) ciepłota schodzi zaledwie do 2·6° poniżej zera. Średnia ciepłota roczna wynosi 17·7° C., jest więc wyższa, niż możnaby się spodziewać po szerokości geograficznej. W styczniu, najzimniejszym miesiącu, wynosi ciepłota średnia 10·3°., w sierpniu 26·0° C. W czasie jedenastoletniego spostrzegania ani razu nie zauważono ciepłoty poniżej zera, gdy równocześnie w Patras, Atenach, Smyrnie schodziła ona do — 7°! Jest więc to typowy klimat morski z małemi różnicami lata i zimy, któryby można porównać z klimatem Madery. Kurzu, tak dokuczliwego w Nicei, nie ma.

Przybywa tu jeszcze niewielu chorych; najczęściej zatrzymują się tutaj przejściowo w powrocie z Kairo. Powodem tego małego ruchu chorych jest może przesadna obawa przed morzem, gdyż najbliższym portem jest o 9 godzin jazdy odległe Brindisi. Z Tryestu jedzie się 40 godzin.

Natomiast przybywa tu wielu turystów dla znakomitych polowań w niedalekich górach albańskich, dla sportu okrętowego i rybołóstwa. Jest tu znakomicie urządzony hotel (d'Angleterre), obok tego mnóstwo willi za miastem do wynajęcia. Miasto Korfu czyste, jasne i wesołe, ma własny wodociąg.

Wśród ludności tutejszej panuje gruźlica i to w dość znacznym stopniu. Zimnica w dalszych częściach wyspy często się pojawia, w mieście Korfu natomiast prawie nieznana. Dur tutaj nieznany, płonica pojawia się wyjątkowo.

Lekarze tutejsi przygotowali nam miłą niespodziankę, powitawszy nas bowiem zaraz po przybyciu na okręcie, zaprosili na bal, na naszą cześć wydany, w salach kasyna miejskiego, gdzie mieliśmy sposobność poznać tutejszą inteligencyę. Na drugi dzień byliśmy obecni na uroczystej procesyi św. Spirydiona, patrona wyspy, gdzie nasze panie zachwycały się barwnymi i bogatymi strojami tutejszego ludu. Zwiedzaliśmy Achillejon, terasę, zwaną Canona, z wspaniałym widokiem na morze i wyspę Ulissesa, skromny pałacyk królewski »Mon repos« z pięknym ogrodem i inne osobliwości miasta. Z żalem opuszczaliśmy piękną wyspę, tembardziej, że czekała nas długa, bo 36 godzin trwająca przeprawa na Maltę.

Dr St. Lewicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Badania bakteryologiczne w celach rozpoznawczych zarządzane były w Galicyi z urzędu dotychczas tylko w czasie cholery. Obecnie zarządziło Namiestnictwo na podstawie upoważnienia ministerstwa spraw wewn., że lekarze urzędowi i lekarze prywatni, delegowani do zwalczania epidemii, mogą celem ustalenia rozpoznania przesyłać próbki do badania bakteryologicznego na koszt rządu do zakładu higieny uniw. we Lwowie (Piekarska 52) bez względu na rodzaj choroby zakaźnej (Kur. lw. 575).

Do ogólnego obrotu w aptekach dopuściło austr. ministerstwo spraw wewn. przetwory apt. Jahra z Krakowa: *Pillulae solventes comp.* i (tylko na przepis lekarski) *Syrupus valeriano-bromatus comp.* (Tyg. lek. 50).

Strejk lekarzy. Pod tym tytułem ogłosił Prof. Dr Maks Flesch uwagi w piśmie niemieckiem, wychodzącem w Frankfurcie n. M., »Das freie Wort« (numer grudniowy 1908) na temat, czy lekarze mają prawo do strejkowania. Na pierwszy rzut oka, — powiada autor, — wydawałoby się, że nie można lekarzom odmówić tego prawa, zważywszy, że lekarzy ustawodawstwo poddaje przepisom przemysłowym. A przecież nie można patrzeć na lekarza z tego samego punktu widzenia, co na robotnika najemnego. Bo nim ślusarz — tak wywodzi autor — zostanie dziennie zarabiającym robotnikiem, to utrzymuje się z prywatnych funduszów, a obowiązki ma wyłącznie wobec swych nauczycieli. Tymczasem na kształcenie lekarza łoży państwo. Mniej łoży państwo na wykształcenie sędziów, nauczycieli, swych urzędników administracyjnych, a jednak nie przyznaje im prawa do strejku. Najwięcej państwo wydaje na wydziały lekarskie. Materyał kliniczny, chorzy, na których się uczy adept sztuki lekarskiej, to obywatele państwa, z lekarzem równouprawnieni. Autor podnosi, że państwo zabrania strejkowania w takich instytucyach, jak poczta i koleje, bo strejk w tych gałęziach pracy ludzkiej naraża na ciężki szwank całe społeczeństwo. A przecie szkody społeczne, wyniknąć mogące z strejku lekarzy, mogą być stokroć większe. Rozumowaniu temu mógłby ktoś zarzucić, zdaniem autora, tylko to, że inna rzecz lekarz, a inna urzędnik, bo urzędnikowi dekret nominacyjny zapewnia byt. Z tegoby, wedle autora, wynikało tylko to, że należałoby lekarzom, równie jak urzędnikom zapewnić byt, a nie, że lekarzowi wolno strejkować. Autor zarzuca też stanowi lekarskiemu, że domaga się dla siebie wyjątkowych praw, bo z jednej strony prawa do strejku, a z drugiej wzbronienia partaczom lekarskim wykonywania praktyki lekarskiej. — Zdaniem naszem błędne są zapatrywania Prof. Flescha (prawdopodobnie nie lekarza), bo zarówno jak ślusarz, tak i słuchacz medycyny utrzymuje się w czasie drogich studyów, w czasie których już naraża swe zdrowie i życie, tylko z prywatnych swych funduszów, z tą wielką różnicą, że wydaje stokroć więcej, niż ślusarz, że zanim zacznie studyować medycynę, musi ukończyć gimnazyum, co mu zabiera osiem lat życia i że najmniej sześć lat musi spędzić na uniwersytecie, nim przy wysilonej pracy uzyska doktorat; natomiast rzemieślnik terminuje przez 3—4 lat najwyżej i często już w terminie zarabia. Dobry rzemieślnik zawsze dziś znajdzie zajęcie, a dobry lekarz z doktoratem w kieszeni dopiero nie wie, co z sobą począć. Gołosłowne jest także twierdzenie autora, że najwięcej łoży państwo na studya lekarskie. Równie dużo łoży i na studya techniczne, agronomiczne lub weterynaryjne, a nikt technikom, weterynarzom lub agronomom nie odmawia prawa do strejku. Prawda, że państwo zabrania strejkować kolejarzom, pocztiarzom, sędziom i t. d., ale czyż którykolwiek z tych zawodów, przyciśnięty nędzą, mimo to nie chwyta się strejku w ostateczności? Prawa nikt nie daje, prawo trzeba uzyskać. Otóż i lekarze, zmuszeni do strejku, będą strejkowali, a prawo do strejkowania uzyskają, jeśli będą mieli po temu siłę, jeśli będą zorganizowani. W Niemczech tworzą lekarze zwartą i mocną organizacyę i obecnie szykują się do walki z kasami chorych w Kolonii i oto dlaczego zaczynają się niektórzy publicyści niemieccy interesować pytaniem, czy lekarze mają prawo do strejku, czy nie. Przy układaniu ustaw o kasach chorych, które całym ciężarem oparły się na barkach lekarzy, nikt się na nich nie oglądał, ani ich o zdanie nie pytał, dopiero dziś zaczyna się społeczeństwo liczyć z lekarzami, kiedy w obronie zagrożonych swych interesów utworzyli silną i pewną siebie organizacyę.

Stahr.

Lekarze fabryczni są zdaniem pisma »Życie robotnicze« »grozą, wiszącą nad robotnikiem polskim«, na równi z majstrem; od wyniku badania przez lekarza fabrycznego zależy bowiem przyjęcie do pracy; następnie, nad stanem robotnika rozciągnięta jest nieustająca czujność i przy najmniejszem uszkodzeniu, często dla niego samego niedostrzegalnem, następuje wydalenie pod pozorem braku pracy. Zaradzić temu mogą, zdaniem »Życia robotn.« tylko związki zawodowe; »lekarze związkowi kontrolowaliby fabrycznych, powstrzymując tym sposobem od zbytniej względności dla interesów fabrykanta«. Tych kilka zdań, przytoczonych przez »Kulturę polską« (Nr 12) jest smutną ilustracyą pojęć, jakie widocznie w oświeceńszych nawet kołach robotniczych panują o lekarzach, ich roli w społeczeństwie i humanitarnych zadaniach naszego zawodu, a zarazem uzasadniają naocznie słuszność uwag, wypowiadanych w sprawie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych przez koła, zajmujące się w Królestwie medycyną społeczną. Dziwna rzecz tylko, że »Kultura polska« nie zaopatrzyła swego przytoczenia w żaden komentarz. *R.*

Biura porady dla matek i »Kropla mleka« wpłynęły we Francyi wybitnie na zmniejszenie się śmiertelności wśród niemowląt, jak dowodzą dane przedstawione przez Quesseta Akademii lekarskiej w Paryżu (8 XII, 1908). I tak n. p. od założenia biur spadła śmiertelność niemowląt w Saint-Pol-sur-Mer z 288‰ na 184, w Tourcoing ze 177 na 122, w Avesnes z 207 na 117, w Saumur ze 157 na 99 i t. d. *R.*

Ćwiczenia wojskowe lekarzy kąpielowych. Związek austr. Izb lekarskich uchwalił na wniosek czeskiej Izby lekarskiej zwrócić się z prośbą do rządu, by nie powoływał lekarzy kąpielowych na ćwiczenia w sezonie kąpielowym. Lekarze ci narażeni są przez to na wielkie szkody i kłopoty, a uzyskanie odroczenia terminu ćwiczeń bywa bardzo trudne. Izby powołują się w swej prośbie na to, że innym zawodom, jak gospodarzom rolnym, przyznano podobne ulgi ze względów ekonomicznych. *Stahr.*

Związek państwowy austryackich organizacyi lekarskich odbył nadzwyczajne Zgromadzenie delegatów w dniu 29. i 30. listopada b. r. w lokalu wiedeńskiej Izby lek. pod przewodnictwem wiceprezesa Dra Grussa. Ze względu na doniosłość obrad, których głównym przedmiotem była nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznem, wysłały swych przedstawicieli prawie wszystkie organizacye lekarskie. Ku ogólnemu zadowoleniu przybyli też dwaj oficyalni przedstawiciele lekarzy czeskich, złączonych obecnie w silną organizacyę, a pierwszy raz wzięli udział w zgromadzeniu także lekarze polscy przez swego przedstawiciela, prezesa »Związku lekarzy«, Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza, który jako umyślnie zaproszony gość brał udział w zgromadzeniu.

Mamy nadzieję, że na najbliższe Walne Zgromadzenie Związku państwowego wyszlemy już w zastępstwie nie gościa, ale delegatów, bo wierzymy, że organizacya nasza pójdzie prędko naprzód. Przystąpienie zaś nasze do centralnego Związku nie będzie połączone dla naszej młodej organizacyi z żadnymi nadzwyczajnymi ciężarami. Związek nasz krajowy będzie opłacał po 2 korony rocznie od każdego swego członka do kasy Związku państwowego. Wydatek zatem drobny, a korzyści będziemy mieli olbrzymie, bo każdy z kolegów przyzna, że czego dokonać zdołamy przy pomocy organizacyi państwowej, tego nie uzyszczemy tak łatwo, jako organizacya krajowa. A więc jeszcze raz wzywamy usilnie kolegów, aby w dobrze zrozumianym własnym interesie corychlej zobowiązania podpisywali i do Wydziału Związku krajowego (dawnej »Samopomocy«) odsyłali. Wszyscy koledzy w całem państwie stanęli już w szeregu i idą zwartą ławą, ramię przy ramieniu, Czech obok Niemca, rzuciwszy w walce o byt na bok swary narodowościowe; nas jeszcze brakuje i przykro uderzać musi obcych, patrzących na zorganizowane szeregi, nasza nieobecność. Tylko z tej przyczyny, że nie mamy dotąd silnej organizacyi, mogło się zdarzyć, iż się znalazł kolega (?), który mimo ostrzeżenia Izby przyjął obecnie posadę lekarza kolejowego. *Hodie mihi, cras tibi!*

Jako referent nowej ustawy o ubezpieczeniu przemawiał na zgromadzeniu Dr Pick. Referat jego uchwaliło zgromadzenie wydrukować i rozesłać kolegom, by się zapoznali gruntownie z tą tak blizko ogół nasz obchodzącą sprawą. Dr Rothenspieler mówił o ustawie o chorobach zakaźnych, wniesionej przez rząd do Izby panów i na różne jej wady zwrócił uwagę obecnych posłów, kolegów Dra Kindermanna i Dra Michla. Związek państwowy domaga się, by państwo było obowiązane do zaopatrzenia rodziny każdego lekarza, któryby zmarł z zakażenia, zmuszony leczyć którąkolwiek z chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi donoszenia. Zgromadzenie delegatów rozstrząsało szczegółowo sprawę bojkotu i zgodziło się na uchwały wiecu Izb lek. w Pradze. Autonomia poszczególnych organizacyi co do ogłaszania bojkotu została o tyle ograniczoną, że tylko te bojkoty mają obowiązywać nadal wszystkie organizacye, które Prezydyum Związku państwowego przyjmie do wiadomości i zatwierdzi. Dopóki dana organizacya nie uzyska aprobaty Prezydyum Związku na bojkot, dopóty może ogłaszać tylko ostrzeżenia, przyczem równocześnie powinno być zaznaczone, że się do Prezydyum o uznanie bojkotu odniesiono. Wszystkie ostrzeżenia należy przesyłać Prezydyum Związku państwowego, któremu równocześnie polecono postarać się o to, by w pismach zawodowych były odtąd pomieszczane tablice z nagłówkiem »Cavete« na wzór tablic, ogłaszanych przez Związek lipski. Uchwalono dalej stworzenie funduszu im. Dra Fryderyka Janeczka, przedwcześnie zgasłego pierwszego organizatora lekarzy austryackich. Odsetki z tego funduszu pobierać będą dzieci zmarłego Dra Janeczka aż do swej pełnoletności, a później służyć mają na wsparcia dla owych lekarzy i ich rodzin, którzy się szczególnie zasłużyli około dobra ogółu lekarzy. Z nowych wyborów wyszło następujące Prezydyum: Dr Adolf Gruss z Wiednia, przewodniczący, Dr Roderyk Koralewski z Hennersdorfu, I. wiceprezydent, Dr Ludwik Skorscheban z Wiednia, II. wiceprezydent. — Jak więc widzimy, Związek centralny pracuje z wytężeniem, troskliwie zabiegając, by uzyskać jak najwięcej korzyści dla ogółu. Pamiętajmy, że w jedności siła! *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. do 12. XII. b. r. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 16), Brody (Gaje ad Dubie 6), Brzeżany (Chorobrów 3), Buczacz (Bertniki 3), Jaworów (Kobylnica ruska 1), Lisko (Lutowiska 1, zachorował lekarz okręgowy Dr Rawski, delegowany jako lekarz epidemiczny do zwalczania duru plamistego w Smolniku), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Stryj (Koziowa 1), Zborów (Daniłowce 9). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 48, nieżywo 1; zmarło osób 57 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 9 (4), zapalenia płuc 9 (1), błonicy 3 (2), płonicy 1 (—), odry 1 (—), duru brzusznego 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. do 12. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 3, płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 69 † 1 (3 † —), duru brzusznego 4 † 2 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca —, płonicy 43 † 1 (2 † —), odry 2 (1), duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki —, gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Cholera w Rosyi. Od 9. do 15. XI. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 217 († 90). Od początku epidemii do 15. XI. chorowało na cholerę w całej Rosyi 17,731 osób, zmarło 8,288. *R.*

---

† Dr Józef Barzycki.

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Dr Józef Barzycki urodził się w Krakowie w r. 1841 dnia 14. kwietnia. Ojciec jego służył w milicyi Wolnego Miasta. Szkoły i uniwersytet ukończył ś. p. Józef Barzycki w mieście rodzinnem, a dyplom doktora medycyny otrzymał d. 21. czerwca 1866. Przez dwa następne lata był sekundaryuszem w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a w r. 1866 wstąpił do służby rządowej i jako lekarz powiatowy został przeniesiony do Bohorodczan, gdzie pozostawał przez 3 lata, następnie do Zbaraża, gdzie pracował przez lat 7, a wreszcie w r. 1878 do Rzeszowa. Tu działał na stanowisku lekarza powiatowego aż do r. 1896, w którym przeniesiony został jako krajowy inspektor sanitarny do Namiestnictwa we Lwowie. W r. 1907 przeszedł na emeryturę z tytułem radcy rządu i przeniósł się na stałe do Rzeszowa. Nie spoczął jednakowoż, ale poświęcił się balneologii i z ramienia Akademii Umiejętności objął obowiązki lekarza zdrojowego w Szczawnicy, które ku pożytkowi tego zdrojowiska przez dwa sezony pełnił. W dniu 9. grudnia r. b. nagła śmierć przecięła pasmo spracowanego w służbie publicznej żywota.

W ciągu długoletniej, bardzo gorliwej i niezmiernie su-

miennej służby położył ś. p. Barzycki niespożyte zasługi dla społeczeństwa na polu zdrowia publicznego, przedewszystkiem w tłumieniu morderczych epidemii, a szczególnie duru plamistego, brzusznego i cholery. Za skuteczne stłumienie grożącej całemu państwu cholery został w r. 1896 w uznaniu niezwykłych zasług odznaczony orderem kawalerskim Franciszka Józefa. W czasie pełnienia obowiązków lekarza epidemicznego zaraził się ś. p. Barzycki dwukrotnie ciężkim durem plamistym i brzusznym i ledwie z życiem uszedł. Obie te choroby ciężko zaważyły w stanie jego zdrowia i pozostawiły stałą szczerbę w jego ustroju.

Oprócz zajęć zawodowych i opracowania wielu sprawozdań sanitarnych, które władzom przedkładał, pracował ś. p. Barzycki na polu naszego piśmiennictwa. Napisał kilka rozpraw z zakresu higieny publicznej i epidemiologii, które wychodziły jużto jego własnym nakładem w osobnych broszurach, jużto były drukowane w czasopismach zawodowych lekarskich. Do ważniejszych należą: 1) Szkice statystyczne śmiertelności w Austryi za lata 1875 do 1886. Rzeszów, 1886. 2) O pielęgnowaniu zdrowia dla użytku ludu wiejskiego (Wydawnictwo Towarzystwa opieki zdrowia). Kraków, 1892. 3) Woda do picia i użytku domowego w Galicyi i w W. Księstwie Krakowskiem. Lwów, 1907. 4) Kilka uwag o epidemii duru plamistego w Galicyi. Lwów, 1904. 5) Pouczenie o postępowaniu podczas panującej cholery. — Wadowice. 6) W czasie urzędowania swego we Lwowie wydał obszerne dzieło pod tytułem: »Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych«, w 3 tomach, z których 2 pierwsze opracował wspólnie z inspektorem sanitarnym Drem Zdzisławem Lachowiczem i sekretarzem Namiestnictwa p. Kruszyńskim, a trzeci tom opracował i wydał sam.

Był nadto czynnym członkiem wielu Towarzystw lekarskich, tak naukowych, jakoteż humanitarnych, a wszędzie wkładał niestrudzoną, a skuteczną pracę i gorliwy udział.

Jako lekarz i urzędnik był wzorem sumienności w pełnieniu swoich obowiązków i świecił przykładem dla młodszych kolegów, dla których był chętnym i skorym doradcą, przyjacielem i wielce wyrozumiałym przełożonym. Jego doświadczone zdanie i rozległa wiedza zdobyły mu zasłużoną opinię znakomitego lekarza higienisty; to też władze powierzały mu nadzorowanie najważniejszych i najbardziej zagrożonych przez epidemie posterunków.

Rozległa jego czynność w czasie wizytacyi sanitarnych wprowadzała go w styczność prawie ze wszystkimi lekarzami Galicyi. Szeroko i daleko wśród rzeszy lekarskiej zyskał sobie ś. p. Barzycki szczerą i niekłamaną przyjaźń, a śmierć jego wywołała powszechny żal. Uczynność jego i współczucie dla ciężkiej doli wdów i sierót po lekarzach upamiętnili przed kilku laty koledzy przez utworzenie fundacyi Jego imienia w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, mającej za zadanie udzielać wsparcia w chwilach niedostatku wdowom i sierotom po lekarzach powiatowych. Fundacya ta przybiera obecnie ze śmiercią Jego rozmiary poważnej instytucyi, albowiem na powiększenie tej fundacyi zapisał ś. p. Barzycki testamentem większą połowę swego majątku, jaki ciężką pracą i oszczędnością uzbierał. Znaczne też legaty przekazał instytucyom humanitarnym, jak Zakładowi brata Alberta, szpitalowi Bonifratrów i Zakładowi dla sierot F. Żurowskiej w Krakowie. Współczucie dla doli bliźnich i miłosierdzie Jego otwierało szczodrą Jego rękę zawsze i wszędzie, gdzie widział tego potrzebę. To też łzy, które otarł, oby Bóg policzył mu w księdze żywota, a ludzie zachowali wdzięczne Jego imienia wspomnienie. Cześć Jego pamięci!

Rzeszów, 14. grudnia 1908. *Dr Jan Danielski.*

Wiadomości bieżące.

Z Nowym Rokiem 1909 następuje połączenie »Czasopisma lekarskiego« łódzkiego z »Przeglądem lekarskim«.

W nowych ramach zachowa »Czasopismo« swą odrębność. W Łodzi działać będzie dotychczasowe grono wydawnicze, jako podkomitet redakcyjny, pod przewodnictwem dotychczasowego redaktora, Dra S. Sterlinga.

Połączenie, dokonane w imię dobra czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego wogóle, jest wypełnieniem życzeń, wyrażonych w tym względzie przez X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. XII. doroczne posiedzenie wyborcze. Wybrani zostali na rok: prezesem Prof. Dr Dobrowolski, wiceprezesem Doc. Dr Mięsowicz, sekretarzem dorocznym Dr Morawski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski; na trzy lata: sekretarzem stałym Prof. Dr Bochenek, bibliotekarzem Dr Blassberg; na dwa lata (do końca kadencyi) skarbnikiem Dr Akerman. Do komisyi redakcyjnej weszli: Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Doc. Rutkowski, Dr Wojciechowski; do komisyi kontrolującej: Dr Bielański i Dr Cercha; delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani: Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tego Towarzystwa Prof. Ciechanowski i Prof. Kostanecki, zastępcą Prof. Dobrowolski. — Prof. Ciechanowski zawiadomił zebranych o połączeniu »Czasopisma lekarskiego« z »Przeglądem lekarskim«. Wiadomość tę powitano żywym oklaskiem.

— Kliniki krakowskie, pozyskawszy w ostatnich latach nowe budynki i większą liczbę łóżek, nie otrzymały jednak równocześnie odpowiedniego zwiększenia dotacyi administracyjnej. To było głównym powodem, że kliniki walczyły ciągle z trudnościami, a administracya klinik, prowadzona od lat kilku bezpośrednio przez rząd, jako osobny oddział starostwa krakowskiego, nie mogła uniknąć niedoborów; kilkakrotnie trzeba było nawet kliniki przedwcześnie zamykać lub zmniejszać liczbę łóżek klinicznych. Wreszcie obliczono, że na należyte utrzymanie pełnej liczby chorych w klinikach przez cały rok szkolny potrzeba rocznie przynajmniej 266.000 koron; mimo to ministerstwa wstawiały do preliminarzy budżetowych tylko po 226.000 K., dopiero »z dołu« przyznając kredyty dodatkowe dla pokrycia brakujących 40.000 K., choć niedobór ten z góry przewidzieć było można. Obecnie poruszono tę sprawę publicznie (»Czas« z 10. XII 1908), domagając się słusznie, aby raz nareszcie były kredyty administracyjne z góry wyznaczane w wysokości należytej.

— W budżecie miejskim na r. 1909 zwiększono wydatki w dziale »Zdrowotność« w porównaniu z r. b. o 54.000 K. z powodu otwarcia wielkiej chłodni przy rzeźni miejskiej i reorganizacyi służby zdrowia (pomnożenia liczby lekarzy miejskich). Na park Jordana wstawiono więcej o 5000 K. Spodziewać się należy, że sprawozdanie z działalności Rady m. od początku samorządu (t. j. od r. 1866), na którego druk wstawiono 4000 K., obejmie także rozdział o działalności miejskiego urzędu zdrowia.

Lwów. Izba lekarska wschodnio-galicyjska rozdzieliła na posiedzeniu w d. 13. XI 1908, odbytem wspólnie z delegatami Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, 12 zapomóg po 100 K. i 6 zapomóg po 50 K. wdowom i sierotom po lekarzach z kwoty, otrzymanej ze Związku towarzystw lekarskich w Wiedniu. — Na posiedzeniu Wydziału w d. 27. XI 1908 przeprowadzono skrutynium wyborów uzupełniających do Izby z okręgów IV i V. W okręgu IV wybrany członkiem Izby Dr Wład. Kohlberger, dyrektor zakładu w Kulparkowie, zastępcą dr T. Gabryszewski z Bóbrki, w okręgu V członkiem Dr Z. Pelczar z Drohobycza, zastępcą Dr A. Klauber z Sambora. Następnie prezydent zdał sprawę z ukonstytuowania się i obrad centralnego Wydziału Izb lek. austr. Protest przeciw wyborowi Dra M. do Izby uchwalono przedstawić pełnej Izbie. Lekarzom w Przemyślu zalecono, by w powstającej tam Kasie zapomogowej udzielali porady tylko za wynagrodzeniem od każdego przypadku i według miejscowej taryfy. Wydano przychylną opinię w sprawie koncesyi na aptekę w Grzymałowie i w sprawie otwarcia apteki na Zniesieniu. Przyjęto z nieznacznemi zmianami taryfę lekarzy z Buczacza; tymże lekarzom uchwalono wyjaśnić, że sprawę używania osobnej podwody przez lekarzy sądowych ministerstwo już przychylnie załatwiło. Odczytano podziękowanie Komitetu lekarzy okręgowych za skuteczne starania Izby o ustawę emerytalną dla tych lekarzy. Rozpatrywano sprawę ogólnego podwyższenia honoraryów we Lwowie o 50%, odkładając dalsze rozprawy na następne posiedzenia. Pełne posiedzenie Izby uchwalono zwołać na 12 XII 1908. W końcu wydał Wydział, jako Rada honorowa, orzeczenia w dwóch sprawach i rozpatrywał 6 innych spraw. — Na posiedzeniu pełnej Izby w d. 12 XII ukonstytuowała się Izba na dalsze trzechlecie, wybierając prezydentem Dra Festenburga, zastępcą prezydenta Dra Papéego, do Wydziału Dra Kohlbergera, Dra Kwiatkiewicza, Dra Mikołajskiego i Dra Pelczara, zastępców wydziałowych Dra Starzewskiego i Dra Żukowskiego, delegatem do kraj. Rady zdrowia Dra Piaskiewicza, zastępcą delegata Dra Smolarskiego, do komisyi kontrolującej Dra Stöckla i Dra Zasackiego.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Dra Józefa Barzyckiego złożyli na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach w Towarzystwie lek. galic.: Dr Bujniewicz 2 K, Dr Danielski 4 K, Dr Dornfest 2 K, Dr Elsner 2 K, Dr Fijałkowski 10 K, Dr Herz 2 K, Dr Jabłoński 2 K, Dr Köppel 2 K, Dr Kraus 2 K, Dr Kornfeld 2 K, Dr Nieć 2 K, Dr Strasser 2 K, Dr Teller 2 K, Dr Zimmerman 2 K i Dr Zagórski 2 K.

Dr Świątkowski, sekr. gen. Tow. lek. gal.

— Ponieważ Izba lekarska wschodnio-gal. zgromadziła dość znaczne kapitały, przeto odzywają się głosy (Tyg. lek. 50), aby nadal ich nie zwiększać i wkładkę do Izby obniżyć.

— »Voĉo de kuracistoj« wydał już Nr 1 na rok 1909 o objętości zwiększonej i rozszerzonym programie. Mianowicie prócz artykułów treści zawodowej, zawiera ten numer artykuł Dra Szydłowskiego z Moskwy: »O wywoływaniu poronienia w przypadkach gruźlicy« i kilkadziesiąt streszczeń z piśmiennictwa lekarskiego, przedewszystkiem polskiego (z prac Bocheńskiego, Bujwida, Hornowskiego, Friedmana, Klęska, Nowickiego), po części autoreferatów. Redakcya »Voĉo« (Lwów, Śniadeckich 6, Dr Mikołajski) gotowa jest tłómaczyć nadsyłane jej polskie autoreferaty na esperanto; godzi się więc zwrócić uwagę autorów naszych na tę sposobność powiadamiania zagranicy o wynikach badań polskich.

— Egzamin fizykacki złożyli Dr T. Janiszewski i J. Kasparek.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zdzisław Kotiers, rodem ze Lwowa.

— Lwowskie Stowarzyszenie drukarzy przeznaczyło 6000 K na założenie letniska, a z czasem sanatoryum przeciwgruźliczego dla drukarzy.

— W Stanisławowie ukończono prace przygotowawcze do budowy wodociągów, która rozpocznie się w r. 1910.

— W Trembowli rozpoczęto budowę powiatowego szpitala jubileuszowego. Poświęcenie kamienia węgielnego odbyło się d. 2. XII b. r.

Warszawa. Prace Zjazdu lekarzy i higienistów w Lublinie (25—28. IX 1908) wyszły jako zeszyt 10/11 miesięcznika »Zdrowie«, pod nową redakcyą Dra J. Jaworskiego. Zeszyt ten obejmuje 16 arkuszy druku.

— Wydawcą »Gazety lekarskiej« wybrany został 30 XI. b. r. Dr W. Szumlański.

— Dwudziestopięciolecie pracy zawodowej obchodził w tych dniach Dr Przedborski.

— Prace komisyi pod przewodnictwem Profesora Kosińskiego dla opracowania reformy szpitalnictwa w Warszawie dobiegają do końca. Komisya stwierdzając, że w Warszawie jedno łóżko szpitalne przypada na 280 mieszkańców (Moskwa, Petersburg i inne miasta posiadają jedno łóżko na 180 mieszkańców), uznaje za konieczne powiększenie liczby miejsc szpitalnych jeszcze o 1000, nie licząc utworzenia nowego szeregu innych instytucyi, uzupełniających szpitalnictwo oraz dobroczynność. Komisya, oprócz opracowania planu organizacyi szpitalnictwa, uznała za konieczne przeprowadzenie szeregu tymczasowych środków zaradczych, w przystosowaniu do stanu funduszów miejskich. Komisya zaleca przekształcić prowizoryczny szpital przy ul. Złotej na szpital stały; rozszerzyć szpital dla chorób zakaźnych św. Stanisława do 480 miejsc; przebudować i rozszerzyć 4-ty pawilon przy szpitalu św. Ducha; urządzić w jednym z majątków szpitalnych kolonię dla umysłowo chorych, nie wymagających leczenia; wyjednać przekazanie zabudowań b. szpitala żydowskiego przy ul. Pokornej szpitalowi żydowskiemu dla urządzenia w nich oddziałów chirurgicznych i wewnętrznych na 250 łóżek; wybudować nowy pawilon w szpitalu praskim na 137 łóżek; dla opieki nad umysłowo-chorymi utworzyć tak zwany patronat, a mianowicie oddawać takich chorych pod opiekę osób trzecich za osobną opłatą.

— W Pogotowiu ratunkowem warszawskiem odbędzie się 3-tygodniowy kurs ratownictwa dla wszystkich konduktorów kolei nadwiślańskiej (Med. i Kron. lek. 50).

Z różnych stron. »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu odbył w d. 5/18 grudnia b. r. uroczyste posiedzenie ogólne w celu uczczenia 25-letniej działalności naukowej i społecznej swych członków Prof. Dra Jana Szawłowskiego, Dra Cypryana Zakrzewskiego i Prof. Dra Józefa Ziemackiego.

Do życzeń, składanych zasłużonym Jubilatom, przyłącza najszczersze życzenia Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

— W Druskienikach stwierdzono promieniotwórczość źródeł mineralnych.

— Generał-gubernator kijowski wydał rozporządzenie, zabraniające we wszystkich szpitalach i lecznicach w Kijowie używać przy operacyach innych środków, niż chloroform i eter, gdyż przy używaniu innych środków znieczulających zdarzyło się wiele przypadków śmierci (»Kraj« 274).

— Dyplom lekarski uzyskał w Kijowie p. Kazimierz Miszewski, b. słuchacz uniwersytetu lwowskiego i krakowskiego.

— Z tygodników lekarskich niemieckich wychodziło w r. 1907 »Münchener med. Wochenschrift« w 11800 egzemplarzach i wydrukowało 2738 stronnic, »Deutsche med. Woch.« w 9000 egz. (2274 str.), »Medizinische Klinik« w 9000 egz. (1616 str.), »Berliner klin. Woch.« w 4000 egz. (1790 str.), »Wiener med. Woch.« w 3000 egz. (996 str.), »Wiener klin. Woch.« w 2400 egz. (1690 str.) — Wynika z tego, że u nas, przy odpowiedniej reorganizacyi czasopiśmiennictwa tygodniowego, możnaby wytworzyć organ, nie ustępujący wydawnictwom przynajmniej wiedeńskim, a to tem bardziej, że nasze tygodniki nie są obliczone na zyski, bez których niemieccy wydawcy przecież się nie obchodzą.

— XXX Zjazd balneologiczny niemiecki odbędzie się w Berlinie z początkiem marca 1909 r.

— W Charlottenburgu utworzono miejski urząd badania chorób zakaźnych. We wszystkich aptekach znajdują się naczynia do zbierania materyału do badań bakteryologicznych (plwocin, krwi, moczu, i t. d.), które na żądanie otrzymuje każdy lekarz wraz z przepisem, jak ma ten materyał zebrać. (Podobne urządzenie zaprowadzono w wielu miastach w Niemczech, między innemi i w Poznaniu). O wyniku badania donosi urząd lekarzowi ordynującemu pocztą, w ważnych przypadkach telefonicznie.

— W Dreźnie otwarto wystawę, mającą na celu zwalczanie alkoholizmu i partactwa lekarskiego.

— Szpital dla chorych na raka pragnął utworzyć w Berlinie Prof. Leyden; wszelako zwołane w tej sprawie zebranie oświadczyło się przeciw tej myśli, jako przedwczesnej i poniekąd niehumanitarnej. Natomiast ma być utworzona fundacya im. Leydena, mająca na celu badanie i zwalczanie raka.

— Wszystkie pisma lekarskie niemieckie pomieściły wiadomość o wydawnictwie »Voĉo de kuracistoj« we Lwowie, przeważnie witając je życzliwie.

— Rząd belgijski utworzył komisyę badania raka, powołując do niej urzędników sanitarnych i profesorów wydziałów łekarskich.

— W Petersburgu z 3 głównych rządowych składów przechodzi do handlu około 3,928.000 wiader wódki, którą rozprzedaje potem 445 sklepów monopolowych rządowych i około 2900 przedsiębiorstw prywatnych. Gorsze gatunki wódki rozchodzą się obficiej, niż lepsze; ludność kupuje także spirytus denaturowany, który potem oczyszcza sposobem chemicznym, aby stał się przydatny do picia. Przytaczając te dane według »St. Petersb. med. Wochenschrift« zestawia je »Deutsche med. Wochenschrift« (49) z wiadomością, że władze zakazały w Warszawie odczytów o szkodliwości wyskoku i zaopatruje to zestawienie wymownym wykrzyknikiem.

— Bonhöffer, zbadawszy 400 włóczęgów, stwierdził, że bardzo rzadko znaleźć można u nich zupełnie prawidłowe umysłowe lub cielesne warunki. U ludzi, którzy zaczęli swą karyerę kryminalną przed 25. rokiem życia, stwierdził B. w 12% pozostałości krzywicy, upośledzenie wzrostu kości, wady w mowie w 33% zboczenia psychiczne i t. p. 70% badanych było niezdatnych do wojska. U włóczęgów, którzy rozpoczęli włóczęgostwo dopiero po 25. roku życia, przeważały objawy i skutki alkoholizmu; z tych włóczęgów (198 badanych) 17 cierpiało na padaczkę, 19 było umysłowo chorych, a 151 alkoholików. Podobne badania przeprowadził też Puppe i również stwierdził, że bardzo znaczna część włóczęgów cierpi na choroby tak cielesne, jak i umysłowe. (*Viertelj. f. ger. Med.* XXXV). *X.*

— Pewien lekarz w Rumunii, zawezwany do chorej kobiety celem wykonania zabiegu operacyjnego, zażądał przedtem honoraryum. Mąż chorej oświadczył, że pieniędzy w domu nie ma, ale zaraz od sąsiada pożyczy. Za chwilę też wrócił z pieniędzmi. Przy odejściu zauważył lekarz, że futra jego niema! Okazało się w końcu, że stroskany małżonek wpadł na pomysł

zastawienia futra lekarza celem uzyskania pieniędzy. Dodać należy, że lekarz przy wykupnie futra musiał jeszcze ze swej kieszeni dołożyć. *X.*

Mianowani profesorami nadzw. docenci: Dr Pal, Kovacs, Obermeyer, Schumacher-Marienfeld, Réthi, Sternberg i Peham w Wiedniu; Prof. Dr Hlava w Pradze radcą dworu; Dr Quénu, profesor chirurgii operacyjnej w Paryżu, profesorem kliniki chirurgicznej;

Dr J. Handelsman i S. Uzdański asystentami-eksternami szpitala izrael. w Warszawie; stałymi lekarzami miejskimi we Lwowie w X randze Dr Eug. Doliński i Tad. Litwinowicz, »extra statum« na rok Dr J. Kasparek; do rangi IX posunięci lekarze miejscy we Lwowie: Dr Kielanowski i Dr Serbeński; Dr St. Mostowski i Dr Al. Oszacki asystentami przy katedrze chemii lekarskiej w Krakowie.

Zmarli. Patolog, b. prof. Rindfleisch w Würzburgu; neurolog prof. Popow w Tomsku.

Zapiski bibliograficzne. Dr St. Łagowski: **Co to jest gruźlica i jak się od niej chronić należy?** Warszawa 1909. (Książki dla wszystkich). Cena 15 kop. = 40 hal. Konkursowa rozprawka Dra Łagowskiego ukazuje się w krótkim czasie w drugiem już wydaniu. Autor uzupełnił je wiadomością o sanatoryum w Rudce, oraz o Towarzystwach przeciwgruźliczych w Warszawie i w Galicyi.

Redakcya otrzymała: Łagowski: Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy? Warszawa (Arct: Książki dla wszystkich, Nr 440) 1909. — Naunyn: Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer. Jena (G. Fischer) 1908. — Wilhelm Pisek: 1) O leczeniu miażdżycy tętnic w świetle poglądów nowszych. 2) Zwalczanie gruźlicy w naszych miastach. 3) Przypadek równoczesnego bezmoczu mechanicznego i zwrotnego. »Tyg. lek.« 1908. — Rontaler: Przyczynek do leczniczego działania tracheobronchoskopu z krótkim wstępem o technice bronchoskopu. »Med. i Kron. lek.« 1908. — Rychliński: Istota natręctwa myślowego. Warszawa (Wende i Sp.) 1909. — Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Przetwory Kola. Dr Monnet (Paryż 1884) stosował je w przypadkach: 1) chorób serca i zaburzeń krążenia, 2) bolów głowy, 3) zaburzeń nerwowych, 4) wysokiej gorączki, 5) nieżytu przewodu pokarmowego, — zawsze z doskonałym skutkiem. Także Picard, Regnault, Firth, Hamilton i Spuler wyrażają się o przetworze tym bardzo korzystnie. *St. W.*

Jodofan. (Dr Hans Assmy, z oddz. dla chorób skórn. i wener. Prof. Kromayera i E. v. Chrismara). A. stosował wyłącznie czysty proszek w postaci cienkiej warstwy na ranie i grubej warstwy dokoła rany, po oczyszczeniu jej wacikiem wilgotnym. Na 50 przyp. składają się następujące cierpienia: 1) wrzód miękki, 2) balanitis, balanoposthitis, operacye phimosis i paraphimosis, 3) wrzodzianki i folliculitis. Wyniki przy sprawach pod 2) i 3) wymienionych były znakomite, przy 1) były obok licznych wyników dobrych, objaśnionych 6 historyami chorób, także niektóre wyniki ujemne, co się także przy jodoformie spostrzega. Przypadek 1 ulcus molle i 1 balanitis, w których jodoform wywołał rozległy wyprysk, wyleczyły się gładko i szybko pod jodofanem. Wogóle doznaje A. korzystnego wrażenia ogólnego przy stosowaniu jodofanu. Nie stwierdzono nigdy podrażnienia skóry ani objawów zatrucia, a przeciwnie zapalenia skóry, wywołane jodoformem, ustępowały pod jodofanem, przypadkowe zaś ponowne zastosowanie jodoformu wywołało znowu podrażnienie. Jodofan pobudza również ziarninę do energiczniejszego bujania. Przetwór ten zdaje się zasługiwać na dalsze próby. *Hr. W.*

Rok XLVII. Kraków, dnia 26. grudnia 1908. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski.

(Dokończenie).

Rozejrzawszy się we właściwościach wyrostka robaczkowego, mających doniosłe znaczenie przy jego badaniu, przechodzę teraz do sprawy wyczuwalności wyrostka. Wyrostka szukam w ten sposób, że najpierw odszukuję kątnicę, biorąc za punkt oparcia mięsień biodrowo-lędźwiowy (*m. ileo-psoas*) i prowadząc badanie u chorego leżącego z podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną. Nie zmieniając położenia chorego, na wewnątrz od kątnicy szukam wyrostka, prowadząc zgiętymi palcami ręki z dołu ku górze i z zewnątrz ku wewnątrz. Z badania w ciepłej kąpieli korzystam w odpowiednich przypadkach i przy badaniu wyrostka robaczkowego. Ten sposób badania jest o wiele owocniejszy, niż badanie, oparte na obznajomieniu się ze stanem niektórych punktów na przedniej powierzchni brzucha, polecanych przez niektórych badaczy, jako punkty oparcia przy odszukiwaniu wyrostka i odgrywających wielką rolę przy rozpoznawaniu jego zapalenia.

Już dawno było wiadomo, że, pomijając samoistne bole w okolicy wyrostka, dla jego zapalenia znamienna jest bolesność przy ucisku na powłoki brzuszne na mniej lub więcej znacznej przestrzeni, zwłaszcza zaś w prawej okolicy biodrowej. Szczególną zasługę Mc Burneya stanowi ta okoliczność, że z tego ogólnego pasma nadczułości wyodrębnił on jeden punkt na powierzchni brzucha, który, jego zdaniem, ściśle odpowiada miejscu odejścia wyrostka od kątnicy. Bolesność tego punktu, zwanego punktem Mc Burneya, przy naciskaniu nań stanowi według Mc Burneya i innych, objaw znamienny, prawie patognomoniczny dla zapalenia wyrostka. Przyznając temu punktowi ogromne rozpoznawcze znaczenie, autorowie nie zgadzają się jednak co do jego położenia: większość uważa za punkt Mc Burneya punkt, leżący w środku linii kolcowo-pępkowej. To określenie nie odpowiada jednak opisowi samego Mc Burneya. Istotnie Mc Burney powiada: »Mojem zdaniem w każdym przypadku miejsce największego bolu, oznaczone uciskiem palcem, leży ściśle na odległości $1\frac{1}{2}$ lub 2 palców od górnego przedniego kolca kości biodrowej na linii, łączącej ten kolec z pępkiem«. Na innem miejscu powiada Mc Burney, że jego »punkt leży o $1\frac{1}{2}$ (3 cm) lub 2 palce (5 cm) na wewnątrz od kolca, więc wogóle na odległości 4—5 cm od górnego przedniego kolca biodrowego«, a więc, na zewnątrz od środka linii kolcowo-pępkowej. Już ta okoliczność, że autorowie określają położenie tego tak ważnego pod względem rozpoznawczym punktu niejednakowo, zmuszała ostrożnie przyjmować twierdzenie, że ten punkt odpowiada początkowi wyrostka, a z drugiej strony dawała do myślenia, czy istotnie bolesność przy ucisku na ten punkt jest znamiennym objawem zapalenia wyrostka. To rozumowanie znalazło poparcie i w spostrzeżeniach klinicznych, które stwierdziły brak równoległości między stanem wyrostka, a bolesnością punktu Mc Burneya. Okazało się mianowicie, że bolesność przy ucisku na punkt Mc Burneya zdarza się i u ludzi zdrowych (Küttner), również nieraz u ludzi, cierpiących na neurastenię i zwłaszcza histeryę, u których nieraz jednocześnie znajdujemy i powierzchowne punkty bolesne, nazwane przez Sturmdorfa rzekomymi punktami Mc Burneya. U osób ostatniej kategoryi zdarza się tak często bolesność splotów nerwowych w różnych częściach jamy brzusznej wogóle i w prawej zatoce biodrowej w szczególności, bez jednoczesnych zmian anatomicznych wyrostka, że rozpoznawanie zapalenia wyrostka jedynie na zasadzie bolesności punktu Mc Burneya byłoby wysoce niepewne. Z drugiej strony bolesności przy ucisku na punkt Mc. Burneya nie wykryto w szeregu zapaleń wyrostka o nader wyraźnym obrazie klinicznym, n. p. w nader pouczającym przypadku Lanza, i odwrotnie znajdowano ją w schorzeniu innych narządów bez jednoczesnego zajęcia wyrostka. Ze 126 przypadków Prof. Jaworskiego i Łapińskiego, w których wyrostek był wyraźnie wyczuwalny i był niebolesny, wykrywało badanie punktu Mc Burneya w 26 bolesność, na 276 zaś przypadków wyczuwalnego i bolesnego wyrostka punkt Mc Burneya był bolesny zaledwie w 107 (39.7%). Poszukiwania anatomiczne wkrótce również wyjaśniły, że, wbrew poglądowi Mc Burneya, jego punkt tylko w rzadkich przypadkach odpowiada odejściu wyrostka od kątnicy, zwykle zaś odpowiada on zachyłkowi biodrowo kątniczemu (*recessus iliocoecalis*), w którym znajdują się według Kellinga, splot biodrowo-kątniczy nerwu współczulnego, według zaś Quénu i Lennandera, również gruczoły chłonne, ulegające przy zapaleniu wyrostka sprawie zapalnej. Najnowsze doświadczenia Lanza z wkłuwaniem

długich igieł dowiodły również, że punkt Mc Burneya odpowiada nie odejściu wyrostka od kątnicy, lecz temu punktowi wewnętrznego brzegu okrężnicy wstępującej, który leży nad miejscem odejścia wyrostka o 4—5 cm. wyżej; tylko w wyjątkowych razach, n. p. przy nagromadzeniu się w wielkiej ilości płynu w jamie brzusznej, punkt Mc Burneya odpowiadał w zupełności odejściu wyrostka od kątnicy. Wszystkie te dane nie przemawiają za uznawaniem bolesności uciskowej punktu Mc Burneya za cechę znamienną zapalenia wyrostka (Küttner, Kelling, Hausman, Sturmdorf i in.): brak tej bolesności nie wyłącza zapalenia wyrostka, obecność zaś nie jest nieodzownym dowodem jego istnienia. W takim stanie rzeczy niema rozpoznawczego znaczenia również rozpromienianie się bolów przy ucisku na punkt Mc Burneya.

Podobny los spotkał i inne punkta na przedniej powierzchni brzucha, podane przez autorów, jako punkta oparcia przy szukaniu wyrostka i przy rozpoznawaniu jego zapalenia. Tak więc Munro polecił w tym celu punkt, leżący na skrzyżowaniu się linii kolcowo-pępkowej z brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego. Punkt ten leży u dorosłych w odległości 6 cm od przedniego górnego kolca kości biodrowej, więc nieco na wewnątrz od punktu Mc Burneya. Badania Keitha na 50 zwłokach dowiodły jednak, że punkt Munro nie odpowiada odejściu wyrostka od kątnicy, lecz częściej odpowiada zastawce okrężnicy: w 22 (44%) przypadkach punkt ten w zupełności odpowiadał wymienionej zastawce, w 14 leżał niżej i na wewnątrz, wreszcie w 14 wyżej i na zewnątrz; miejsce zaś odejścia wyrostka od kątnicy leży o 2 cm niżej od zastawki okrężnicy, więc w większości przypadków niżej zarówno od punktu Munro, jak i od punktu Mc Burneya. Clado twierdzi, że początek wyrostka odpowiada skrzyżowaniu się zewnętrznego brzegu mięśnia prostego z linią prostopadłą, przeprowadzoną od przedniego górnego kolca kości biodrowej, Lenzmann określa jego położenie na linii międzykolcowej w odległości 5—6 cm na lewo od przedniego górnego kolca prawej kości biodrowej, Sonnenburg na skrzyżowaniu się linii międzykolcowej z zewnętrznym brzegiem mięśnia prostego, więc na wewnątrz i niżej od punktu Mc Burneya, wreszcie Lanz twierdzi, że początek wyrostka odpowiada linii międzykolcowej w miejscu połączenia środkowej $^1/_3$ z prawą. Znaczenie swego punktu popiera Lanz badaniami, dokonanemi na 20 zwłokach zapomocą wkłuwania długich igieł. Badania te bowiem dowiodły, że jego punkt w zupełności odpowiada miejscu odejścia wyrostka lub w każdym razie leży bardzo blizko niego. Jeśli jednak zwrócimy się do danych klinicznych, to wszystkie te punkty tracą przypisywane im znaczenie punktów znamiennych. Istotnie, w badaniach Prof. Jaworskiego i Łapińskiego na 270 wyczuwalnych i bolesnych wyrostków punkt Lenzmana był bolesny zaledwie 79 razy (29,2%), na 225 zaś wyczuwalnych i niebolesnych wyrostków był bolesny 27 razy (12%). W moich badaniach na 50 bolesnych wyrostków punkt Lanza był bolesny 22 razy (44%), na 35 zaś niebolesnych wyrostków 5 razy (8,5%). Wspomnę wreszcie, że badania Sprengla na 92 zwłokach stwierdziły, że początek wyrostka robaczkowego, w rzucie (projekcyi) na przednią ścianę brzuszną, wypadał 36 razy (39,1%) na linii kolcowo-pępkowej, 30 razy niżej, 4 razy wyżej od tej linii, 4 razy na linii międzykolcowej, 5 razy niżej od niej i 13 razy w miednicy małej. W ostatnim czasie Morris podał jeszcze jeden punkt na linii kolcowopępkowej w odległości $1^1/_2$ palca (prawie 4 cm) od pępka. Punkt ten odpowiada według Morrisa, prawemu zwojowi współczulnemu. Bolesność tego punktu występuje nietylko w ostrych przypadkach zapalenia wyrostka, lecz, co ważniejsza, również w postaciach przewlekłych, gdy wszystkie bole miejscowe już znikły. Badania moje przemawiają jednak przeciwko znamiennemu znaczeniu i tego punktu: na 50 bolesnych wyrostków punkt Morrisa był bolesny 11 razy (22%), na 35 zaś niebolesnych 8 razy (22,9%).

Ze wszystkiego tego, co wyżej przytoczyłem, wynika, że, choćby wysoce cennem, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, było uznawane przez większość klinicystów (nawet Sprengla) znaczenie bolesności przy ucisku na punkt Mc Burneya, to wszakże rozpoznawanie zapalenia wyrostka może zejść na tory fałszywe, jeśli za jego podstawę brać przeważnie bolesność punktu Mc Burneya lub innych wyżej wymienionych. Wyszukiwanie najboleśniejszego punktu w okolicy kątnicy nie przez lekarza, lecz przez samego chorego, — jak to poleca taki znawca zapalenia wyrostka robaczkowego, jak Sprengel, — nie zmienia, według moich spostrzeżeń, zasadniczo przytoczonego właśnie wniosku, jakkolwiek muszę się zgodzić ze Sprenglem, że dla rozpoznania skrycie leżących wysięków samo badanie chorego może dać nam cenne wskazówki. Wobec tego wszystkiego przychylam się poniekąd do wniosku Hausmana, który mówi: »Względem bolesności punktu Mc Burneya, jako oznaki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, należy się zachowywać bardzo sceptycznie...«; »jak wogóle bolesność przy ucisku pewnej części brzucha nie dowodzi niczego i nie wskazuje niezawodnie na zmiany pewnego narządu, tak również bolesność okolicy biodrowej brzucha i punktu Mc Burneya...«; »nie wystarcza oznaczyć bolesności przy ucisku w pewnej okolicy, lecz trzeba wyczuć znajdujące się w niej narządy i określić, który z nich mianowicie jest bolesny...«

Przechodzimy więc teraz do nader ważnego zagadnienia o wyczuwalności wyrostka robaczkowego i o znaczeniu danych, uzyskanych przez takie badanie, w dyagnostyce.

Do niedawna większość klinicystów zgadzała się w tem, że prawidłowy wyrostek robaczkowy nie jest dostępny dla obmacania (Nothnagel, Rose, Schmidt). Inni znów uznawali, że prawidłowy wyrostek można wyczuć tylko w przypadkach wyjątkowych (Lenzmann, Ewald i inni). Zdaniem wreszcie wielu, wyrostka nie wyczuwa się nawet wtedy, gdy jest zgrubiały wskutek zmian patologicznych. W przeciwieństwie do tego poglądu, twierdzi Ewald, że w warunkach pomyślnych »udaje się wyczuć wyrostek, leżący na wewnątrz i poziomo, zwłaszcza, gdy on przedstawia zgrubienie patologiczne«. Według Edebohlsa, wyrostek łatwo się wyczuwa w razie zapalenia. Hausman w swej rozprawie wywodzi, że przy pewnych warunkach można wyczuć nietylko zgrubiały wyrostek, lecz »czasami nawet zdrowy wyrostek, nie bolesny, nie stwardniały i nie zgrubiały«. Znamienną cechą wyczuwalnego wyrostka jest, jego zdaniem, ta okoliczność, że wyrostek nie daje przy badaniu kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. Tem się on różni od leżącego w sąsiedztwie kątniczego

odcinka jelita biodrowego, od okrężnicy poprzecznej, która dość często opuszcza się łukowato ku dołowi, dochodząc do zatoki biodrowej, wreszcie od pętli okrężnicy esowatej, opadających czasami również do okolicy kątnicy. W rozpoznaniu w tych razach dopomaga znacznie i ta okoliczność, że opadnięte części okrężnicy dają się odsunąć palcami w zwykłe swe położenie. Według Boasa »w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego można czasami wyczuć bardzo wyraźnie wyrostek w kształcie zupełnie okrągłego, bolesnego tworu; z drugiej zaś strony w całym szeregu przypadków przewlekłego zapalenia wyrostka nie udaje się to nietylko przy jednorazowem, lecz i przy kilkakrotnem badaniu; w innych wreszcie przypadkach, w których uda się istotnie coś wyczuć, niepodobna wcale rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą skurczoną część jelit grubych, czy pętlę jelit, czy fałdy i t. d...«. W przeciwieństwie do tych zdań, Prof. Jaworski i Łapiński, badając 800 mężczyzn, którzy nie mieli objawów zapalenia wyrostka i nie przechodzili tej choroby przedtem, wyczuli wyrostek na 412 (51,5%). W moich badaniach, przeprowadzonych sposobem wyżej przytoczonym, wśród 510 mężczyzn wyczułem wyrostek u 250 (49%). Jeśli nawet przypuścić, że niektóre ze zbadanych przez Prof. Jaworskiego z Łapińskim i przezemnie osób przebyły niegdyś zapalenie wyrostka, wobec tego, że w wyrostku znajdowano przy sekcyi znaczne zmiany wtenczas, gdy za życia żadnych objawów jego zapalenia nie było, to nawet i w takim razie nie można nie dojść do wniosku, że prawidłowy wyrostek może być istotnie w wielu przypadkach, wbrew panującemu ogólnie poglądowi, wyczuwany. Zdawałoby się wobec tego, że ta okoliczność zwiększa pewność w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka i ułatwia je. Tak też rozumie tę sprawę Hausman, gdy twierdzi, że »zupełnie udowodnione jest zapalenie wyrostka tylko wtenczas, gdy uda się wyczuć go i zbadać bezpośrednio«; »w istocie«, jego zdaniem, »tylko wyczuwanie bolesnego lub zgrubiałego i stwardniałego wyrostka daje nam prawo z przekonaniem rozpoznawać przewlekłe zapalenie wyrostka«. Badania Prof. Jaworskiego z Łapińskim jak i moje dowodzą jednak, że bolesność i zgrubienie wyrostka, którym Hausman przypisuje znaczenie rozstrzygające, można spotykać u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka i u których nie stwierdza się objawów tej choroby podczas badania. I tak Prof. Jaworski z Łapińskim wśród 412 wyczuwalnych wyrostków u takich osób znaleźli wyrostek 270 (69,9%) razy bolesny; wśród tych 270 wyrostków było 47 nader cienkich i gładkich, a 59 bardzo grubych; z pomiędzy grubych wyrostków było 18 niebolesnych, a 41 bolesnych. W 64 przypadkach (15,5%) z 412 ból przy ucisku na wyrostek rozpromieniał się, mianowicie do nadpępcza 25, do pępka 18, w lewo i do lewej okolicy biodrowej brzucha 18, do prawego podżebrza 3; w 3 przypadkach bole rozpromieniały się odrazu do dwóch miejsc, mianowicie do nadpępcza i pępka, do nadpępcza i spojenia łonowego, wreszcie do nadpępcza i na lewo. Ze zbadanych przezemnie przypadków wyrostek był również bolesny w 146 (58,4%), jakkolwiek badane osoby zapalenia wyrostka nie przechodziły i objawów tej choroby nie miały.

Oczywistą więc jest rzeczą, że ani wyczuwalność wyrostka robaczkowego, ani jego bolesność przy badaniu nie mogą być znamieniem pewnem i nieodzownem przy rozpoznawaniu zapalenia wyrostka. Wbrew Hausmanowi te oznaki podzielają los punktów Mc Burneya, Lenzmanna i innych, których bolesność nadarza się i bez zapalenia wyrostka. Niepewną cechą jest również jednoczesne istnienie bolesności wyrostka i bolesności punktów Mc Burneya i Lenzmanna i innych. I tak, wśród 800 przypadków, zbadanych przez Prof. Jaworskiego z Łapińskim, jednoczesne istnienie bolesnego i wyczuwalnego wyrostka z bolesnością punktów Mc Burneya i Lenzmanna spostrzeżono 63 razy (7,8%), jakkolwiek u badanych nie było żadnych objawów zapalenia wyrostka. Wobec tego wszystkiego zgadzam się z Lejarsem, gdy powiada: »L'appendicite n'est point une maladie, que l'on diagnostique au bout du doigt, d'une pression localisée en tel ou tel point donné«. Jedynie staranne badanie kliniczne, obejmujące nietylko wszystkie narządy, leżące w okolicy biodrowo-kątniczej, lecz i cały ustrój, w połączeniu ze szczegółowymi wywiadami, może dać nam takie dane, które, wzięte za podstawę naszych rozumowań, mogą uchronić nas od mylnego rozpoznania. Jedynie pod warunkiem takiego szczegółowego zbadania każdego przypadku, badanie bolesności tak samego wyrostka, jak i punktów Mc Burneya, Lenzmanna i innych może nabrać nader ważnego znaczenia rozpoznawczego. Zwłaszcza dotyczy to tych przypadków, gdy ta bolesność występuje w punkcie ściśle ograniczonym w okolicy kątnicy bez jednoczesnej bolesności już to samodzielnej, już to uciskowej w innych miejscach jamy brzusznej, gdzie się znajdują sploty i zwoje nerwowe, więc wzdłuż kręgosłupa, zwłaszcza zaś w lewej zatoce biodrowej z jej dolnym splotem krezkowym.

Kończąc na tem badanie okolicy biodrowo-kątniczej zapomocą macania, muszę poświęcić jeszcze kilka słów badaniu oburęcznemu tej okolicy przez powłoki brzuszne i odbytnicę resp. przez pochwę u kobiet. Badanie takie może w znacznej mierze ułatwić wyjaśnienie sprawy chorobowej w okolicy kątnicy, zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy sprawa szerzy się z jamy miednicy małej lub odwrotnie z okolicy wyrostka robaczkowego posuwa się ku dołowi. Szerzenie się sprawy z wyrostka ku dołowi zdarza się nieraz, zwłaszcza u kobiet. I tak, Rinne wśród 370 kobiet, zbadanych w tym kierunku, znalazł podczas operacyi zmiany chorobowe w okolicy wyrostka i przymacicza prawego u 41 (11%); tę łączność rozpoznano lub przypuszczano jeszcze przed operacyą w $^2/_3$ wszystkich przypadków, w $^1/_3$ zaś była ona nieoczekiwana, lub rozpoznanie zapalenia wyrostka było mylne. Dla rozpoznania w tych przypadkach szczególnie doniosłem jest oznaczenie zapomocą badania oburęcznego siedziby i stopnia ruchomości prawego jajnika. W samej rzeczy więzadło wieszadłowe jajnika, łączące go bezpośrednio z wyrostkiem, skraca się, jak wiadomo, w zapaleniu wyrostka robaczkowego; odpowiednio do tego jajnik odsuwa ku górze i leży wtedy czasami nawet powyżej wejścia do miednicy (Gottschalk). Temu towarzyszy jednoczesne ograniczenie ruchomości jajnika i jego bolesność. Przeciwnie, głębokie położenie prawego jajnika, zupełne zachowanie jego ruchomości i niebolesność wyłączają w większości przypadków przewlekłe zapalenie wyrostka. Rzeczą jest zrozumiałą, że badanie oburęczne należy prowadzić bardzo ostrożnie, ponieważ w przy-

padkach ropni badanie nagłe może wywołać pęknięcie ropnia.

Przechodzę teraz do badania okolicy biodrowo-kątniczej zapomocą opukiwania i osłuchiwania. Pod względem doniosłości otrzymywanych zapomocą tych metod wyników zarówno opukiwanie, jak i osłuchiwanie okolicy kątnicy zajmuje stanowisko podrzędne. Mimo to nie należy pomijać metody opukowej, ponieważ może ona w odpowiednich przypadkach ułatwić nam rozpoznanie wysięku i jego siedziby. W tym celu należy, rzecz prosta, stosować możliwie ciche opukiwanie, które pozwala uchwycić nawet bardzo nieznaczną różnicę odgłosu opukowego. Bardzo pożyteczne pod tym względem, jak stwierdzają moje spostrzeżenia, jest tu t. zw. graniczne opukiwanie (Schwellenwertsperkussion) Goldscheidera. W niektórych razach, n. p. w przypadkach nowotworu, dobre wyniki otrzymujemy przez opukiwanie okolicy kątnicy z jednoczesnem rozdymaniem jelit powietrzem (Runeberg, Sonnenburg), kwasem węglowym (v. Ziemssen), lub chemicznie czystym wodorem (Bardeleben). Najgorętszymi zwolennikami rozdymania okrężnicy są zwłaszcza Sonnenburg i Lenzmann. Twierdzą oni, że ta metoda pozwala odróżnić przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego od jego nowotworów. Z ich bowiem spostrzeżeń wynika, że nowotwór, który zajmuje ścianę kątnicy na całym obwodzie, występuje przy rozdymaniu okrężnicy nader wyraźnie, ponieważ jelito nie może się rozszerzyć. Zupełnie jednak słusznie zaznacza pod tym względem Kelly, że nowotwór może w początkowym okresie swojego rozwoju ograniczyć się do zajęcia jedynie tylnej ściany kątnicy i wobec tego może nie przeszkadzać rozszerzeniu tego odcinka jelit przy rozdymaniu okrężnicy przez odbyt. Z drugiej znów strony także i w zapaleniach wyrostka robaczkowego mogą w prawej zatoce biodrowej wytworzyć się tak rozległe zrosty, że kątnica traci właściwość rozszerzania się przy rozdymaniu jelit przez odbyt.

Nim skończę z opukiwaniem, wspomnę jeszcze o jednym objawie opukowym, którego opisu nie spotkałem w piśmiennictwie, lecz który może mieć znaczenie rozpoznawcze. W tych przypadkach, gdy poza kątnicą, która zachowała swą ruchomość, lub z tyłu za kątniczym odcinkiem jelita biodrowego leży jakikolwiek zbity twór, n. p., powiększony gruczoł chłonny, szybkie oderwane uderzenie młotka o pukadło, leżące na ścianie brzusznej, wywołuje czasami osobliwy szmer, przypominający rechotanie żab. Szmer ten powstaje wskutek tego, że ruchoma pętla jelitowa pod silnemi oderwanemi uderzeniami młotka opukowego wyślizguje się z pod pukadła w bok. Zjawisko to może w przypadkach analogicznych zdarzać się i w innych częściach jamy brzusznej. O doniosłości rozpoznawczej tego objawu zdołałem przekonać się nieraz, zwłaszcza podczas studyów na klinice mojego mistrza, ś. p. Prof. Tadeusza Pasternackiego.

Na osłuchiwaniu w okolicy kątnicy, jako na metodzie, prawie nie mającej znaczenia praktycznego, zatrzymywać uwagi nie mam zamiaru.

Piśmiennictwo. Albu. Deutsche mediz. Wochenschrift 1905, Nr 25—26. — Boas. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego 1906 r. (tłómacz. rosyjsk.). — Blumberg. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr 24. — Braune. Das Venensystem des menschlichen Körpers. Leipzig, 1887. — Mc Burney. New-Jork Medical Journal 1889, str. 678. — Chase. Przytaczam podług wyciągu w Therap. Monatsh. 1908, wrzesień. — Ciechanowski i Gliński. Wykład na X. Zjeździe lekarzy i przyrod. polskich, 1907. — Dubois. Appendicité et hystérie. Rozprawa. Paryż, 1900. — Ewald. Die Krankheiten des Darmes und des Bauchfells, 1902. — Filimowski. Przegląd lekarski 1903, Nr 42. — Gottschalk. Deutsche mediz. Woch. 1908, Nr 22, str. 986. — Haim. Centralblatt für Chirurgie 1908, Nr 1. — Herz. Wiener klin. Rundschau 1902, Nr 10. — Hausman. Russkij Wracz 1906, Nr 27. — Jaworski i Łapiński. Przegląd lekarski 1908, Nr 3—4. — Kausch. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. inn. Med. u. Chir. 1907 i Beiträge zur Hysterie in der Chir. 1907, ibidem, t. 17. — Kester. Russkij Wracz 1908, Nr 10—11 — Krüger. Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 91. — Lanz. Centralblatt für Chir. 1908 15. II., str. 185. — Lejars. La Semaine médicale 1908, Nr 11. — Lennander. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Mediz. u. Chir. 1902, t. 10, — Lenzmann. Die entzündlichen Erkrankungen des Darms in der Regio ileo-coecalis, 1901, Berlin. — Merkel. Handbuch d. topograph. Anatomie, 1899, t. II. — Moullin. British med. Journal 1908, Nr 2487. — Morris. Journal of the American Med. Assoc. 1908, 25. I. — Nast-Koll. Centralbl. f. Chir. 1908, Nr 28. — Nowicki. Lwowski tygodnik lekarski. 1908, Nr 12—16. — Obrazcow. Wracz, 1892, Nr 12 i Bolnicznaja Gazeta Botkina 1899, Nr 32. — Peiser. Münch. med. Woch. 1903, Nr 41. — Perondi. Przytaczam podług Centralblatt f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankh. 1902, Nr 2. — Rose. Deutsche med. Woch. 1901. — Rothe. Centralbl. f. Chir. 1908, Nr 11. — Rovsing. Centralblatt f. Chir. 1907, Nr 43. — Rinne. Deutsche med. Woch. 1908, Nr. 27. — Rostowcew. Uczenie o perityflitic. Rozprawa Petersburg, 1902. — Ribbert. Virchow's Archiv, t. 132. — Sherren. The Lancet, 19. IX. 1903. — Singer. Pseudoappendicitis und Ileocoecalschmerz, 1905. — Sonnenburg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1894 i Deutsche Klinik 1901. — Sudsuki. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1901, t. 7. — Sprengel. Deutsche Chir. 1906, zesz. 46 d.—Sturmdorf. New-Jork Med. Journal 1908, 18. I. przytaczam podług Lejarsa. — Tretzel. Münch. med. Woch. 1907, Nr 30. — Kraus. Archiv f. Chir. 1892. — Weiss. Wien. klin. Wochenschr. 1902, Nr 19—20.

Oceny i sprawozdania.

Rak sutka.

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał

Dr Adolf Klęsk.

Wyniki lecznicze przy raku sutka możemy uważać zarazem za probierz skuteczności naszej walki z rakiem wogóle, z jednej bowiem strony rak sutka należy do najczęstszych (porządek częstości: macica, żołądek, sutek), a z drugiej przez swą siedzibę dozwala wcześnie rozpoznać i leczyć, śledzić dokładnie przebieg cierpienia, tworzenie się nawrotów i t. p. Dzięki też temu otrząsnęliśmy się z wielu, że tak powiem, przesądów, które dawniej w nauce o raku zajmowały dość poważne miejsce. I tak obecnie przy rozpoznawaniu cierpienia nie zwracamy już zbytniej uwagi na wiek chorej, bo z doświadczenia wiemy, że wprawdzie podejrzane cierpienie u osoby starszej często okazuje się rakiem, że jednak i u młodych osób rak nie należy do rzadkości i u osób takich zwykle przebiega nawet bardzo złośliwie. Jedną n. p. z najgroźniejszych postaci jest zdarzająca się u osób młodszych tak zwana *mastitis carcinomatosa* (Volkmann), t. j. nagły rozwój raka wśród ciąży. U osób starszych spotyka się często niewątpliwe raki, jednak o przebiegu bardzo powolnym, niemal łagodnym. Chore zgłaszają się twierdząc, że cierpienie rozwijało się od bardzo dawnego czasu; jak na tak długi czas rozwoju, spotykamy zmiany zadziwiająco małe. W podobnych przypadkach operacya, nieraz nawet nie bardzo rozległa, daje wcale dobre wyniki. Skuteczność operacyi nie zależy dziś wcale od wielkości samego guza (Korteweg), bo właśnie nieraz małe guzki dają najszybsze nawroty. Steinthal dzieli raki sutka, ze względu na złośliwość przebiegu, na 3 grupy: 1) raki o powolnym przebiegu, przy skórze ruchomej i małych gruczołkach w pasze; 2) raki rosnące szybciej, zrastające się ze skórą; gruczoły pachowe dość znaczne; 3) raki rosnące szybko, zrastające

się ze skórą; powiększone gruczoły pachowe, nadobojczykowe i t. p. Pierwsza grupa daje według Steinthala 75% wyleczeń po operacyi, druga już zaledwo połowę, a w trzeciej nawroty są prawie nieuniknione.

Skuteczność operacyi raka sutka, prócz doświadczenia i biegłości operującego, nie zależy tyle od wielkości i rodzaju zabiegu, ile od przyrody i postaci raka. Operować powinno się jak najwcześniej. Wczesne operowanie zależy jednak często nie od nas, ale od chorych, a te zjawiają się zwykle wtedy, gdy guz zaczyna im dolegać lub rosnąć; wtedy należy on zwykle do grupy drugiej lub trzeciej Steinthala. Wobec tego nie należy wahać się z operacyą przy wątpliwym nawet co do swej przyrody guzku sutka. Słusznie też mówi de Quervain, że ze względu na rozmaitą złośliwość raków sutka powinno się operować niezwłocznie każdy guz sutka, a wyjątek czynić można jedynie w razie zupełnej pewności, że guz jest i będzie łagodnym, n. p. przy zwyrodnieniu włóknisto-gruczolakowem, rozsianem w obu sutkach równocześnie. Czekać na zjawienie się wymacalnych gruczołów (w pasze) nie wolno, bo obecność gruczołów dowodzi wprawdzie raka, ale też daleko już posuniętego. Gruczoły wyczuwalne zjawiają się zwykle dopiero w 1—1½ lat od początku choroby (Angerer). Zwykle najpierw powiększa się gruczoł na dolnym brzegu mięśnia piersiowego wielkiego, na wysokości trzeciego żebra. Nieraz mimo rzekomego braku wyczuwalnych gruczołów, znajduje się ich i tak bardzo wiele przy operacyi. Jasną jest rzeczą, że zabiegi, wykonywane wcześnie, niejako zapobiegawczo, mogą być znacznie więcej zachowawcze.

Dziedziczność przy raku sutka daje się stwierdzić zaledwo w 10% przypadków. Bole zjawiają się zwykle już bardzo późno. Wciągnięcie brodawki sutkowej (przez co brodawka po stronie zdrowej znajduje się niżej) występuje często przy raku, ale także dopiero w okresach późniejszych; z drugiej strony zdarza się wciągnięcie brodawki także i wskutek blizn przy innych sprawach chorobowych, jak po ropniach sutka, zapaleniu śródmiąższowem i t. p. Nieprzesuwalność guza jest dość dla raka znamienna, ale nie w okresach bardzo wczesnych, chyba, że rak występuje już na tle innego poprzednio przebytego cierpienia.

Z badań Handleya wynika, że rak sutka szerzy się nie w skórze, lecz po powięzi powierzchownej drogami limfatycznemi. W badaniach swoich znajdował Handley komórki rakowe, przy zdrowej zupełnie skórze, nawet w drogach limfatycznych około pępka. Wobec tego poleca Handley przy raku operacyę bardzo rozległą, a mianowicie usuwanie wszystkich gruczołów pachowych, mięśnia piersiowego wielkiego i małego, kawałków mięśnia zębatego wielkiego i zewnętrznego skośnego, a zwłaszcza powięzi powierzchownej od obojczyka aż na dwa palce pod wyrostkiem mieczykowatym i to od środkowej linii ciała aż do linii pachowej. W razie powiększenia gruczołów nadobojczykowych (III rodzaj Steinthala) lepiej już nie operować wcale, zwłaszcza, że wtedy nie rzadko bywają także zajęte gruczoły pozamostkowe, wobec czego jesteśmy już bezsilni.

Dla większej pewności naświetlają niektórzy ranę operacyjną odrazu promieniami Röntgena (Don), przypalają gorącem powietrzem (Mauclaire) lub zmywają 1% chlorkiem cynku. Przy oczyszczaniu dołu pachowego Mauclaire przepala nożyczki i zmienia je często, podobnie i igły; od czasu stosowania tych ostrożności miewa znacznie rzadziej nawroty w kanałach ukłuć (szwach). Morison naświetla zapobiegawczo po operacyi długi czas bliznę, a Wight radzi podawać chorym po operacyi przez 2 lata wewnętrznie brom i arszenik.

Przechodzę do sprawy nawrotów. Występują one po operacyach zwykle albo jako rozsiane guzki, leżące często powierzchownie w bliźnie lub w skórze, albo jako już głębsze guzy i nacieki, zajmujące gruczoły, żebra i t. d.; albo też powstają przerzuty w narządach wewnętrznych. Depage stwierdził, że gdy koło roku 1875 nawroty w miejscu operacyi stanowiły 75%, a w oddalonych miejscach zaledwo 7·5%, to obecnie stosunek ten jest odwrotny. Obecnie nawroty miejscowe stanowią 29%, a w oddalonych narządach 23%. Przypisać to należy stosowaniu więcej doszczętnych zabiegów. Dawniej już miejscowe nawroty kładły kres życiu chorych i na nawroty oddalone poprostu czasu nie było. Te oddalone nawroty (przerzuty) występują w płucach, wątrobie, kościach (udo, ramię, kręgosłup, miednica i t. p.). Nawroty mogą wystąpić w różnym czasie po operacyi; czas ten bywa niekiedy bardzo długi, tak, że obecnie o zupełnem wyleczeniu mówić można na pewno dopiero po 5 latach (od czasu operacyi) wolnych od nawrotu.

W leczeniu pooperacyjnem zaszły zmiany o tyle, że obecnie zwraca się baczną uwagę na stan krążenia krwi i limfy w kończynie górnej, stosuje się z tego względu odpowiednie opatrunki i wczesne wykonywanie ruchów. Evans nie ustala zupełnie ramienia po operacyi, Berndt, Kader, Cheyne i inni układają całą kończynę lub samo ramię w opatrunku poziomo. Lexer uzyskuje dobre wyniki przez wyciągnięcie i zawieszenie kończyny do góry. Heile w tych przypadkach, gdzie można zachować mięsień piersiowy mały, odcina go od żebra, zostawiając przyczep przy wyrostku kruczym, oczyszcza tylną powierzchnię z tkanki tłuszczowej i przyczepia szwami katgutowymi wachlarzowato do mięśnia kapturowego i zębatego. Przez to przeszczepiony mięsień ochrania naczynia pachowe, nie dozwalając im zrastać się ze skórą, co bywało właśnie często powodem zaburzeń krążenia i obrzęków kończyny. Thomas zapobiega obumieraniu skóry z powodu silnego napięcia przy pokrywaniu ubytku, przez nakłucia w kilku miejscach i przyszycie do mięśni międzyżebrowych.

Jak należy postępować w razie nawrotu? Nawroty miejscowe staramy się o ile możności jeszcze operować ponownie, choć zdaniem Le Dentu operacye takie, jak wycinanie żeber, mostka, obojczyka, wyłuszczenie ramienia, są z niewielkimi wyjątkami tak mało zachęcające, iż lepiej już leczyć objawowo (paliatywnie). Nawroty dolegają chorym z powodu gwałtownych bolów, które pochodzić mogą z ucisku nerwów, lub też są wyrazem przerzutów w kręgosłupie (Délore, Ballivet, Poncet). Tam, gdzie pierwotnie, czy następowo nie można już operować doszczętnie, obowiązani jesteśmy przynajmniej przynieść chorym ulgę. Do tego celu zalecano prócz leczenia objawowego wycinanie jajników, leczenie promieniami Röntgena, radem i fulguracyę.

Wycinanie jajników stosowano w Anglii za przykładem Beatsona z Glasgowa, który pierwszy wykonał ten zabieg u dwóch chorych i u jednej uzyskał mimo nawrotu pewną poprawę. Boyd wyciął jajniki w wielu przypadkach; w jednym, w którym nawrót objął i żebra, otrzymał podobno zupełne wyleczenie (12 lat po operacyi). Lett zebrał 99 przypadków nieoperowanego raka sutka, leczonych za pomocą trzebienia. Z tego w 23·2% nastąpiła poprawa (w 13·1% nawet bardzo wielka). Jeżeli trzebienia dokonano przed 50. rokiem życia, to wynik był jeszcze znacznie lepszy (poprawa w 41·3%). Stosowanie trzebienia polega na spostrzeżeniu, że raki u kobiet starszych, a więc tam, gdzie czynność jajników już ustaje, miewają przebieg łagodniejszy, a u osób młodych, w ciąży i t. p. bardzo ostry. Polepszenie po trzebieniu cechuje: złagodnienie bolów, przybytek sił, gojenie się owrzodzeń, a czasem zmniejszanie się guza, jego przeobrażenie włókniste. Morison posunął się dalej i u osób młodych łączył odrazu doszczętną operacyę raka sutka z trzebieniem.

Co do stosowania rentgenizacyi w »nieuleczalnych« przypadkach, to i tu spotyka się nieraz wzmianki o polepszeniach. Sequeira twierdzi, że pod wpływem radyoterapii, przy odpowiedniem dawkowaniu znikają nieraz małe guzki i obrzęk górnej kończyny, ale wyleczenia S. ani razu nie spostrzegał. Podobnie podług Seliga leczenie radem wpływa nieraz korzystnie, łagodząc bole, natomiast o wyleczeniach na razie mowy niema.

Wielkie nadzieje zaczęto pokładać w fulguracyi raków. Pierwsze doniesienia Keating-Harta, a potem Czernego były wcale korzystne; przy fulguracyi pierwotnego ogniska znikać miały podobno nawet i przerzuty z gruczołów. Keating-Hart odsłania nowotwór z pokrywających go części miękkich, następnie fulguruje go, a w końcu wyjmuje, przyczem podobno wystarczy wycinać nowotwór na granicy, a nie daleko w częściach zdrowych. Potem następuje ponowna fulguracya. Juge, współpracownik Keating-Harta, zwraca uwagę na wybitne działanie fulguracyi na bole, tak że już złagodzenie bolów uzasadnia stosowanie fulguracyi przy nieuleczalnym raku. Po wyjęciu guza i fulguracyi rany goją się nader szybko. Inni jednak badacze nie mogli dopatrzeć się tak korzystnego działania fulguracyi. Laquer i Arndt nie zauważyli, by komórki rakowe przez fulguracyę ulegały zniszczeniu, Hoffmann sądzi, że fulguracya działa podobnie, jak sztuczne wywoływanie róży lub jak pankreatynina, t. j. wywołuje odczynowe zapalenie w otoczeniu nowotworu, przyczem i proteolityczne fermenty leukocytów odgrywają rolę. Juge przytacza między innemi 2 przypadki raka sutka, gdzie operacya była już niemożebna, a po fulguracyi udało się nawet pierś zachować, dalej przypadek rozległego *cancer en cuirasse* z owrzodziałymi przerzutami w gruczołach pod pachą, wyleczony za pomocą fulguracyi z gładką blizną, a wreszcie dwa przypadki, wyleczone fulguracyą, gdzie możnaby było jeszcze wykonać operacyę, ale rozległą, a gdzie przez fulguracyę przy małym zabiegu osiągnięto wynik bardzo pomyślny. Czerny

obecnie wyraża się już znacznie oględniej o fulguracyi, niż dawniej. Natomiast z kliniki Biera doniesienia są zupełnie niepomyślne. Wprawdzie po fulguracyi ustępowały bole i rany goiły się, ale pod zdrowo wyglądającemi granulacyami rozrastały się raki sutka dalej (Schultze). Podobnie niekorzystnie o fulguracyi wyrażają się Nagelschmied i Strebel. Bądź co bądź jednak nie ulega wątpliwości, że przy cuchnącym rozpadzie nowotworu i bolach mamy na razie w fulguracyi wcale dobry środek objawowy.

Przebiegając ogólnie przytoczone powyżej dane, stwierdzamy, że obecnie nie zwraca się tak uwagi na budowę drobnowidową raka, jak dawniej. Pochodzi to stąd, że wprawdzie badanie anatomiczno-patologiczne raka oddaje nieraz cenne usługi, n. p. rozpoznawcze, jednak na kliniczny przebieg sprawy nieraz zupełnie światła nie rzuca, nie wyjaśnia n. p., dlaczego ten sam rak raz jest więcej, a raz mniej złośliwy.

Ocenianie wyników skuteczności operacyi z porównywania statystyk poszczególnych operatorów lub zakładów niema wielkiej wartości, choćby i z tego względu, że ogłaszane wyniki i liczby statystyczne ogromnie różnią się od siebie. Gdy n. p. jedni chwalą się bardzo wielką liczbą wyleczeń, to już nawet Depage podaje liczbę wyleczeń na 46·5%, Finsterer (z ostatnich lat z kliniki Hohenegga) na 25%, Wunderli na 18%, a Henry tylko na 7%, a nie brak i takich, którzy wyleczenie zupełne uważają za wyjątek. Te różne wyniki pochodzą stąd, że rak nie jest jakąś zawsze tą samą jednostką chorobową, ale że klinicznych rodzajów raka mamy bardzo wiele; dalej różnica ta pochodzi z różnych sposobów operowania i różnego doboru przypadków. Nie należy zapominać też o tem, że dopiero po 5 latach można mówić o wyleczeniu zupełnem, a aż do tego czasu należy nazywać dobry wynik tylko »brakiem nawrotu«.

Z tych też powodów niniejsze sprawozdanie oparłem głównie na dyskusyach zjazdów w sprawie raka sutka, gdyż przy takiej wspólnej wymianie myśli i nie krępowaniu się »złą statystyką« wiele ciekawych spostrzeżeń, uwag i szczegółów na jaw wychodzi.

Piśmiennictwo. 1) Korteweg (II międz. Zjazd chir. 1908). — 2) Steinthal (Beitr. z. kl. Chir. T. 46 Spl.). — 3) De Quervain (II M. Z. ch. 1908). — 4) Handley (Tamże). — 5) Mauclaire (Tamże). — 6) Morison (76 zebr. Brit. med. Assoc.). — 6) Depage (II M. Z. ch.). — 7) Evans, Cheyne, Thomas (76 zebr. Brit. med. Assoc.). — 8) Heile (Münch. med. Wochft. Nr 30, 1908). — 9) Lett (Lancet 28/I 2905 ref. Kron. lek.). — 10) Juge (A. prov. de chir. 1908, Nr 8). — 11) Benckisser i Krumm (Deut. m. Wochft 1908, Nr 10). — 12) Nagelschmidt (Deut. med. Wochft 1908, Nr 10). — 13) Strebel (Deut. med. Wochft 1908, Nr 14). — 14) Czerny (Münch. med. Woch. 1908, Nr 6). — 15) Schultze (Deut. med. Wochft. 1908, Nr 41). — 16) Berndt (Znblt f. Chir. 1907, Nr 38). — 17) Finsterer (Deut. Zft f. Chir. T. 89 I—IV). — 18) Wunderli (Deut. Zft f. Chir. T. 84, Z. IV—VI). — 19) Selig (Pos. niem. tow. lek. Praga 20/III 1908).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Jakowski. **Upusty krwi i wlewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tężcu.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1908, Nr 47—48). Surowica przeciwtężcowa działa korzystnie stosowana wczas, niejako zapobiegawczo, i według Behringa nie później, jak w 30 godzin od początku choroby. Działanie później już wstrzykniętej surowicy jest bardzo wątpliwe. Wobec tego wszelkie inne sposoby lecznicze przy tężcu są zupełnie uprawnione. Wychodząc z zasady, że przy objawach zatrucia ustroju pożyteczne być powinno usunięcie pewnej ilości krwi zatrutej i wprowadzenie w jej miejsce (w celu przepłukania ustroju) roztworu fizyologicznego soli kuchennej, zaczął Jakowski na oddziale szpitala Dzieciątka Jezus stosować te zabiegi bezpośrednio jeden po drugim i po kilka razy w miarę potrzeby. W 2 przypadkach stosował takie leczenie po poprzedniej próbie użycia surowicy, w 2 innych bez leczenia swoistego. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. W podobny sposób postępował także i Tuffier, tylko stosuje on większe upusty krwi (500—700 cm³) i wlewania (1200—1400); natomiast Jakowski upuszcza krwi około 250 do 300 cm³, a roztworu soli wstrzykuje podskórnie około 500 cm³. Prócz tego podobne leczenie stosował Jakowski w mocznicy, śpiączce cukrzycowej i zatruciu tlenkiem węgla. Dla lekarza na prowincyi leczenie to jest dostępne i łatwe. Krew upuszcza się przez nakłucie żyły, które oczywiście musi być wykonane bardzo czysto, podobnie jak i wlanie roztworu soli. *K.*

Renner. **Zakażenie wąglikowe z niewielkimi objawami miejscowymi.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 34). Chory autora był rzeźnikiem i zakaził się przy biciu bydlęcia chorego na wąglik. Mimo dokładnego odkażania popękanych rąk na 4. dzień po zakażeniu wytworzył się niewielki czerwono-niebieskawy pęcherzyk, wypełniony treścią surowiczo-krwawą, zawierającą prócz prątków wąglika ziarniaki. Z krwi chorego wyrosły czyste hodowle wąglika. Przypadek ten zakończył się śmiercią po 5 dniach choroby. W krwi chorego zauważono w preparacie świeżym znaczną leukocytozę, ciałek jednak nie liczono. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Prócz wybroczyn w jelitach, powiększenia gruczołów krezkowych, zmian zresztą nie znaleziono. Badanie mikroskopowe wykryło we krwi i narządach wewnętrznych liczne prątki wąglika.

Dr Skórczewski.

Jochmann i Baetzner. **O działaniu roztworów zaczynu trypsynowego na miejscową chirurgiczną gruźlicę i o leczeniu spraw ropnych przeciwzaczynem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 48). W poprzednich swych pracach zajmował się Jochmann działaniem proteolitycznem zaczynu leukocytów, jakoteż przeciwzaczynu. Przeciwzaczyn polecono do leczenia ostrych spraw ropnych, sam zaś zaczyn do leczenia spraw zimnych, gruźliczych. Obecnie starał się J. uzyskać czysty zaczyn w ten sposób, że przez wstrzykiwania olejku terpentynowego u ludzi wywoływał ropnie i z ropy tej starał się wydobywać zaczyn. Prócz tego uzyskiwał zaczyn ze szpiku kostnego, śledziony i t. p., strącając go wyskokiem, wyciągając wodą glicerynową i t. d. Wśród tych badań przekonał się J., że trypsyna, uzyskana z trzustki wołu, świni i t. p. działa zupełnie podobnie, jak zaczyn proteolityczny, dlatego też przeszedł do badań z trypsyną, używając 1% roztworu trypsyny kupnej Kahlbauma z dodatkiem 0·5% fenolu. Jak wiadomo, ropa gruźlicza nie zawiera zaczynu leukocytów wielojądrzastych. Z tego też powodu trawienie ciał białkowatych, a przez to wessanie ropy gruźliczej jest utrudnione. Przez dodatek zaczynu ciała białkowate ulegają peptonizacyi i przez to wessanie się ułatwia. Prócz tego zaczyn pobudza tkanki okoliczne do szybszego wytwarzania ziarniny. Wstrzykiwania trypsyny w tych celach nie są wcale szkodliwe. W zupełnie przeciwnym kierunku idą doświadczenia z leczeniem ostrych spraw ropnych przeciwzaczynem. W ropie gorącej znajduje się bardzo dużo zaczynu, powstałego z rozpadu ciałek wielojądrzastych. Zaczyn ten w sprawie gojenia jest koniecznie potrzebny, ale nie w zadużej ilości. Jeżeli zaczynu zbierze się za dużo, to zjawiają się zmiany ogólne, jak gorączka i objawy zatrucia, co da się stwierdzić i doświadczalnie na zwierzętach, jakoteż klinicznie; po wypuszczeniu ropy opada zaraz ciepłota, a w razie nagromadzenia się ropy znowu się podnosi. Leczenie więc przeciwzaczynem reguluje naturalne środki ochronne i lecznicze ustroju. Przeciwzaczyn uzyskuje się z płynu wodniaka jądra lub płynu przesiękowego z brzucha.

Rzecz tę zastosował praktycznie w klinice Biera Baetzner. Trypsyną leczono tam sprawy gruźlicze tak zamknięte, jak i otwarte. Wstrzykiwano przesączony 1% roztwór trypsyny (w fizyol. roztworze soli kuchennej) w ilości 1—2 cm³ Wstrzykiwania te nie są bolesne, lecz sprawiają tylko krótkie pieczenie. Przy ropniach zamkniętych wynik był uderzający. Ropa zmieniała się szybko następowo w płyn surowiczy, jamy wypełniały się ziarniną i w końcu ropnie znikały zupełnie. Ziarnina w ogniskach gruźliczych buja pod wpływem tego leczenia żywo. Przetoki, nawet uporczywe, goją się przy tem leczeniu, nawet przy sprawach kostnych. Leczenie przeciwzaczynem nadaje się jedynie przy sprawach ostrych ściśle ograniczonych, jak ropniach i t. p.; tu ropa znika prawie zaraz. Natomiast przy sprawach rozlanych leczenie przeciwzaczynem nietylko nic nie pomaga, ale jest czasem wprost szkodliwe, jeżeli się postępuje bez otwarcia ogniska, lecz przez wyciąganie podskórne ropy. *Kłęk.*

Prof. Friedrich. **O chirurgii płuc, zwłaszcza o nowszych chirurgicznych usiłowaniach leczenia rozedmy i gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 47—48). Operacye płucne dzielimy na działające: 1) wprost na płuco, 2) na płuco przez opłucną otwartą, 3) przez opłucną nieotwartą. Śródpłucne operacye znajdują zastosowanie przy ropniach, zgorzeli, zranieniach, rozszerzeniach oskrzeli i t. p. Stosujemy tu nacięcia, wycięcia

miąższu, a nawet amputacye płatów. Gluck polecił przy guzach uciskających tchawicę lub oskrzela zabieg, nazwany *bronchiotomia postica* od tylnego śródpiersia. Droga prowadzi przez wycięcie 3 lub 4 żeber; w kilka minut dostać się można do wnęki płuc. Podobnie śródpłucnie operujemy przy promienicy płuc i bąblowcu. Natomiast śródpłucne operacye przy gruźlicy nie znalazły wielu zwolenników. Przetoki oskrzelowe obszywa się obecnie celem zamknięcia miąższem płucnym; podobnie oskrzele po amputacyi płatu. Wszystkie te zabiegi wykonać można bez pomocy kamer Sauerbrucha i Brauera. Przyrządy te są wprawdzie nieraz bardzo potrzebne, n. p. przy próbnem otwieraniu klatki piersiowej, zaopatrywaniu ran serca i płuc, wycinaniu nowotworów płuc i klatki piersiowej, ale jak na razie są zbyt skomplikowane i drogie, i dlatego nie dla każdego operatora dostępne.

Operacye, działające na płuca przez jamy opłucne bez naruszania miąższu, dotyczą w pierwszym rzędzie stwarzania sztucznej odmy piersiowej dla wywołania zapadnięcia się płuca, celem leczenia gruźlicy. Forlanini wprowadza do opłucnej stopniowo zwolna azot, Murphy i Brauer natomiast odrazu przez nacięcie opłucnej żebrowej wprowadzają większe ilości gazu (do 3500 cm³). W niektórych przypadkach jam gruźliczych zabieg ten oddaje znakomite usługi, ciepłota opada, zmniejsza się kaszel i plwocina, poprawia się stan ogólny i t. p.

Niestety często zrosty opłucne przeszkadzają wpędzaniu gazu i wtedy użyć musimy innych zabiegów. Najważniejszym z nich jest operacya z grupy trzeciej, t. j. zadziałanie na płuco bez otwarcia jamy opłucnej, przez rozległe wycięcia żeber i wywołanie przez to zapadania się płuca. Zabieg ten nadaje się także bardzo dobrze do leczenia rozedmy płuc. Jednakże do operacyi niewiele przypadków wybrać można, bo należy tu brać w rachubę przedewszystkiem stan serca, nerek i t. p. F. na podstawie swego doświadczenia poleca przy rozedmie wycinać większe kawałki żeber (4—6 cm długie) i usuwać także tylną okostną i ochrzęstną, w przeciwnym bowiem razie skutki operacyi utrzymują się tylko pewien czas, a potem znikają. Operować tu należy ostrożnie, by nie otworzyć opłucnej. Wyniki F. są wcale zachęcające. Natomiast nie uznaje F. zupełnie skuteczności przecinania pierwszego żebra w początkowych okresach gruźlicy płuc. Przedewszystkiem rozpoznanie początków gruźlicy jest zawsze bardzo niepewne. Natomiast bardzo dobre wyniki można otrzymać w odpowiednich przypadkach gruźlicy przez zupełne usunięcie żeber (od 2—10) z jednej strony. F. operował w ten sposób już 10 chorych. Przeciwwskazaniem do operacyi są powikłania gruźlicze w innych narządach i zły stan ogólny. Po operacyi takiej płuco zapada się, przez co wspomagamy postęp zmian włóknistych. Wynik zwykle bywa bardzo dobry; stan ogólny poprawia się rychło. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Ferd. Alt. **Operacyjne leczenie porażenia nerwu twarzowego pochodzenia usznego.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 285). Autor opisuje różne sposoby operacyjne, służące do wytworzenia połączenia między nerwem twarzowym, a podjęzykowym, lub też dodatkowym, zaproponowane przez Faure i Fureta. W pewnych razach udaje się przez samo uwolnienie nerwu twarzowego od otaczającej go tkanki ziarninowej i blizn lub też mas kostnych, przywrócić w nim przewodnictwo, choć nieraz na skutek czekać należy bardzo długi czas. Tam jednak, gdzie nerw twarzowy został zniszczony na pewnej przestrzeni, można próbować przywrócenia jego czynności jedynie zapomocą połączenia go z jednym z sąsiednich nerwów. W jednym ze swych przypadków Alt wszczepił nerw twarzowy do nerwu podjęzykowego, postępując w ten sposób: Bezpośrednio poza małżowiną odpreparowano nerw twarzowy w tem miejscu, gdzie on wywychodzi z otworu rylcowo-sutkowego (*foramen stylomastoideum*), nerw podjęzykowy rozszczepiono i wszyto weń nerw twarzowy. Po $1^{1}/_{4}$ roku skutek nienajgorszy, który z czasem napewno jeszcze się poprawi. *A. B.*

Jansen. **Ropień nadoponowy z zaburzeniami w mowie u dorosłego.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 304). Autor opisuje przypadek ropnia nadoponowego nieznacznej wielkości w lewej średniej jamie czaszkowej, wywołującego już objawy ucisku mózgowego i zaburzenia w mowie. Ponieważ zaburzenia w mowie przy ropniach nadoponowych przytrafiają się wyjątkowo, autor w swym przypadku rozpoznawał ropień w płacie skroniowym, a dopiero zabieg operacyjny wyjaśnił sprawę. Po opróżnieniu ropnia ustąpiły w kilku dniach zaburzenia w mowie, podobnie i inne objawy, które autor uważa za uciskowe. *A. B.*

Ino Kubo. **O właściwem pochodzeniu i doszczętnem operowaniu pojedynczych polipów tylnych nozdrzy** (*choanae*). (*Archiv f. Laryng.* Tom XXI, str. 82). Na podstawie czterech przypadków własnych stwierdza autor zgodnie z innymi, iż polipy nozdrzy tylnych mają często swój początek w jamie szczękowej, a w celu doszczętnego ich usunięcia, stwierdziwszy napewno początek polipa w jamie szczękowej, otwiera autor jamę od strony dołu kłowego (*fossa canina*), by tą drogą zniszczyć przyczepienie polipa i uniknąć nawrotów. (Nie można się zgodzić z postępowaniem autora, jako wrzekomo jedynie racyonalnem, gdyż i drogami naturalnemi, przedewszystkiem od strony jamy nosowo-gardłowej, operując pętlą, zdołamy polipa wydobyć wraz z jego przyczepem w całości, a nawet choćby przyszło do ponownego rozrostu polipa ku nosowi lub ku jamie nosowo-gardłowej, należy raz i drugi powtórzyć zabieg zachowawczy i chyba wyjątkowo zdecydować się trzeba będzie na otwieranie samej jamy szczękowej; a wtedy droga przez dół kłowy szczęki będzie najodpowiedniejszą. *Przyp. spraw.*). *A. B.*

Heermann. **Prosty sposób zapobiegania wciąganiu skrzydeł nosowych.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* 1908, str. 165). W celu zapobiegania wciąganiu skrzydeł nosowych, zaleca autor zakładanie dobrze ugniecionej kulki z waty, pokrytej waseliną borową, do przedniej części przedsionka tz. uchyłka (*recessus apicis nasi*). Kulka ta z waty jest skryta tak, iż jej z zewnątrz nie widać, a odpowiada zupełnie celowi, bo chorzy mogą ją nosić zarówno w nocy, jak i w dzień. Szczególną wartość ma to podczas snu, gdy wciąganie skrzydeł nosowych utrudnia oddychanie nosowe. *A. B.*

Położnictwo i ginekologia.

F. Commandeur. **Zapalenia ropne opon mózgowych, jako powikłanie ciąży, porodu i połogu.** (*L'obstétrique* Nr 8, 1908). Cierpienie to wydarza się przeważnie u wieloródek i to pod koniec ciąży, podczas porodu oraz w pierwszych dniach połogu. Występuje ono najczęściej w następstwie zapalenia płuc lub je poprzedza. Etyologia tej choroby nie różni się wiele od etyologii jej poza stanem ciąży. Anatomicznie zawsze napotykano na oponach ropę, czy to w wielkiej ilości, czy tylko wzdłuż naczyń lub wreszcie w postaci wysepkowych nalotów, łatwo się zdjąć dających, usadowionych zarówno na półkulach jak i na podstawie mózgu. Na oponach rdzenia podobne zmiany spostrzegano tylko w 4 przypadkach. Przebieg kliniczny przeważnie nietypowy jest częstą przyczyną pomyłek rozpoznawczych, tak, że przeważnie rozpoznanie rozstrzyga dopiero obraz sekcyjny. Najczęściej cierpienie to bywa brane za rzucawkę porodową, a to wskutek zjawiających się silnych bolów głowy i drgawek. Ból głowy jest zwykle pierwszym objawem tej choroby, jest silny i wzmaga się stale. Co do drgawek, to mogą być one już to częściowe, już też ogólne, występują zaś nieregularnie tak co do trwania jak i przerw i siedziby. Najstalszym objawem jest śpiączka (*coma*), poprzedzająca stale zejście śmiertelne. Kilkakrotnie spostrzegano podniecenie z silnem rzucaniem się chorej, również rozszerzenie źrenic, już to samo, już też z równoczesną ich nierównością. Z innych objawów przytoczyć należy sztywność karku, wymioty, gorączkę o rozmaitym torze, wzmożoną pobudliwość. Odruch rzepkowy bywa zniesiony lub wzmożony. Z wyjątkiem 3 przypadków z wynikiem ujemnym, stale można było przez nakłucie lędźwiowe stwierdzić zmiany drobnowidowe płynu mózgowo-rdzeniowego. Cierpienie to można pomieniać z rzucawką porodową, mocznicą, manią połogową i histeryą. Ból głowy przy zapaleniu opon jest bardzo silny, ciągle się wzmaga, natomiast przy rzucawce porodowej zachowuje się pod tym względem rozmaicie. Drgawki występują przeważnie w pewnych grupach mięśni głowy i członków, nie uogólniając się, jak przy rzucawce. Śpiączka (*coma*) w rzucawce występuje bezpośrednio po napadach drgawek i często ustępuje w przerwach, tutaj jest ona zjawiskiem końcowem, poprzedzającem śmierć. Bredzenia są bardzo gwałtowne z omamami i zaciekłem bronieniem się chorej. Białko może zjawić się w moczu, brak jednak towarzyszących rzucawce obrzęków. Dalej ma wartość rozpoznawczą nierówność źrenic i wejrzenie płynu mózgowo-rdzeniowego, który często jest mętny, zawierając wielką ilość ciałek wielojądrzastych. Może on jednak mimo zapalenia opon wyglądać prawidłowo. Choroba wybucha nagle, przebieg i rozwój jej bywa bardzo szybki, średnio trwający 3—4 dni. Wszystkie dotąd ogłoszone przypadki skończyły się nieszczęśliwie. Możemy więc mówić jedynie o rokowaniu co do zdrowia dziecka, które prawie zawsze umiera dopiero po i wskutek śmierci matki. Choroba matki nie zdaje się wywierać wpływu na zdrowie dziecka. Daje to więc wskazanie, by przy

zapaleniu opon u matki pamiętać o wydobyciu dziecka żywego. Wobec szybkiego przebiegu choroby nadają się w tym celu jedynie zabiegi szybkie, jak forsowne rozszerzenie ujścia ręczne lub przyrządem Bossiego, cięcie cesarskie i to zdaniem autora lepiej brzuszne, jako dające najlepsze szanse dla dziecka. Wahania co do operacyi uważa autor za zbyteczne, bo matka nie ma nic do stracenia, kieruje nami więc jedynie wzgląd na dziecko.

Dr Stanisław Przybylski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 2. grudnia 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Członków obecnych 31.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia i przyjęto go do wiadomości.

2) Kol. Kostecki przyjęty został jednogłośnie na członka Towarzystwa.

3) Doc. Gliński przedstawił okazy anatomo-patologiczne **rozlanego naczyniaka wątroby, mięsaka żołądka,** jak również **zwężenia przełyku po zadziałaniu kwasu solnego.**

4) Prof. Rosner przedstawił **preparat ciąży bliźniaczej monochorialnej** (owodnię z dwoma pęcherzykami i przewodami żółtkowymi), przyczem tłómaczył powstawanie bliźniąt monochorialnych, ilustrując je odpowiedniemi tablicami.

W dyskusyi zabrał głos kol. Godlewski Emil jun. i zgodził się z teoryą, wygłoszoną przez prelegenta o powstawaniu ciąży bliźniaczej monochorialnej.

5) Dr Cetnarowski wygłosił zapowiedziany odczyt: **O pęknięciach macicy wśród ciąży.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos Prof. Rosner, mówiąc o pęknięciu macicy z końcem ciąży w miejscu blizny po cięciu cesarskiem. — Podobny przypadek spostrzegał Dr Owsiński. — Kol. Wojciechowski zapytuje o wielkość i kształt blizny po pęknięciu macicy w przypadku kol. Cetnarowskiego.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 27 października 1908 r.

1) Malinowski Feliks przedstawił wyniki badań swych nad **próbą Wassermana.** Przedstawiają się one w sposób następujący: U cierpiących na przymiot: *a)* próba dodatnia + 65, *b)* próba ujemna — 15, *c)* nie całkowicie dodatnia ± 18; razem 98. U niezarażonych przymiotem: *a)* próba dodatnia + 5, *b)* próba ujemna — 53, *c)* niecałkowicie dodatnia ± 3; razem 61. Prócz tego na 5 prób u paralityków i tabetyków 4 razy otrzymano wyniki ujemne, a raz wynik niecałkowicie dodatni. Mowca sądzi, że próby Wassermana nie można uważać za swoistą, gdyż widywał ją i u ludzi, którzy nie byli chorzy na przymiot. Ani okres przymiotu, ani też obecność objawów lub leczenie nie wywierają wybitniejszego wpływu na wyniki próby.

W dyskusyi podnosi Wojciechowski niezgodność wyników badań prelegenta z danemi statystycznemi innych badaczów. Badania nad surowicą chorych na płonicę stwierdziły, że w cierpieniu tem odchylenia komplementu niema. Bauer metodę Wassermana uprościł, używając do odczynu wyciągu z serca świnki morskiej i surowicy z tegoż zwierzęcia. Uproszczona metoda Bauera daje wyniki bardzo stałe i jest o wiele przystępniejsza i pewniejsza od sposobów, podawanych dotąd. Jak obecnie, odczyn Wassermana następuje tylko przy kile, jest on bardzo pewny, jakkolwiek sama sprawa pozostaje jeszcze niewyjaśnioną.

Karwacki zaznacza, że próba Wassermana niema znamion swoistości biologicznej. Metoda Bordet-Gengou, która jest podstawą próby Wassermana, nie daje stałych wyników nawet wtedy, gdy używamy określonej surowicy przeciwdrobnoustrojowej i danego gatunku bakteryi (nieudane próby różniczkowania przecinkowców cholerycznych i rzekomocholerycznych, laseczników kwasoodpornych, otoczkowców). Jeszcze mniej pewne wyniki otrzymuje się w zakażeniach samoistnych; surowica chorych na dur, gruźlicę, złączona z odpowiedniemi hodowlami, może wiązać komplement lub nie działać nań zgoła. Przechodząc do przymiotu, zaznaczyć należy, że w miejsce antygenu swoistego (tkanki przymiotowej) można używać wyciągu najrozmaitszego pochodzenia, tkanek zdrowych, dalej mydeł, lecytyny, a mimoto próba wypada dodatnio. Stąd wniosek, że wynik próby Wassermana nie zależy bynajmniej od ciał swoistych istniejących w surowicy dotkniętych przymiotem, a związanych genetycznie z krętkiem bladym, lecz od czynników zgoła odmiennych. Czynnikiem tym mogą być fermenty cytolityczne, zjawiające się w zakażonym ustroju wskutek rozpadu komórek narządowych, powstającego dzięki krętkom. Praktyczna wartość próby zwęża się znacznie wskutek tego, że próba Wassermana może wypaść dodatnio w gruźlicy, sprawach nowotworowych, trądzie, płonicy, dając natomiast wielki odsetek wyników ujemnych w przymiocie niewątpliwym, lecz badanym w okresie odległym od czasu zakażenia.

Wiceprezes Gabszewicz zapytuje prelegenta, czy w przypadkach, gdzie stosowano próbę Wassermana, zawsze w wywiadach stwierdzano niewątpliwy przymiot, i czy ją stosowano wtedy, kiedy istniały pewne objawy miejscowe w późnych okresach przymiotu. Próba ta dla chirurgów miałaby bardzo doniosłe znaczenie pod względem rozpoznawczym, szczególniej w okresach późnych, gdy rozpoznanie sprawia nieraz poważne trudności.

Bregman zwraca uwagę na to, że liczby prelegenta, dotyczące wiądu rdzenia i porażenia postępującego, są w sprzeczności ze statystyką innych autorów. Według statystyki, podanej na tegorocznym Zjeździe neurologów przez Nonnego, a opartej na 150 przypadkach cierpień organicznych układu nerwowego, otrzymuje się dodatni odczyn Wassermanna w 75% przypadków wiądu, a 95% porażenia postępującego. Liczby te odnoszą się do badań surowicy krwi, natomiast w cieczy mózgowo-rdzeniowej odczyn dodatni wypadł w wiądzie 50%, w porażeniu postępującem 90%. Ciekawem jest zjawisko, że w przymiocie mózgowo-rdzeniowym badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej daje zwykle odczyn ujemny; spostrzeżenie to posiadać może ważne znaczenie w różniczkowaniu pomiędzy przymiotem, a porażeniem postępującem. W cierpieniach układu nerwowego niemetasyfilitycznych, jak n. p. stwardnienie wieloogniskowe, prawie zawsze odczyn wypada ujemnie.—W odpowiedzi zaznacza Malinowski, że próbę Bauera i innych na zasadzie własnych badań uważa za gorszą, niż Wassermanna. Ujemne wyniki próby Wassermanna wcale nie przemawiają przeciw rozpoznaniu przymiotu, obecność objawów nie wpływa na wyniki próby. Z 5 prób nad płynem mózgowo-rdzeniowym M. zaledwie raz otrzymał odczyn niecałkowicie dodatni, pozostałe 4 próby dały wyniki ujemne.

2) Skłodowski odczytał pierwszą część pracy p. t. **O rozpoznaniu i wskazaniach do leczenia operacyjnego kamicy nerkowej niepowikłanej.** Prelegent podał krótkie streszczenie czterech przypadków, spostrzeganych przez siebie, poczem rozpatrzył objawy omawianego cierpienia i poddał ocenie krytycznej wartość rozpoznawczą poszczególnych objawów klinicznych.

J. L.

Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

III.

Z wielką niecierpliwością oczekiwaliśmy poranku dnia 17. listopada, albowiem półtoradniowe kołysanie się na niespokojnem morzu dało się nam porządnie we znaki. Gdyby ktoś mógł i chciał robić spostrzeżenia nad chorobą morską, mógłby widzieć na pokładzie statku najklasyczniejsze jej przypadki, poczynając od zawrotu głowy i utraty zdolności do ruchu, skończywszy na wymiotach i upadku duchowym. Niektórzy jednak z kolegów, a szczególniej, co dziwna, starsi wiekiem, znosili morze tak znakomicie, że, pomimo potężnego kołysania się, czuli się na statku, jak w najlepszym hotelu, jedli i spali znakomicie. A jednak i oni byli już zadowoleni, kiedy w mdłem świetle wstającego poranka ujrzeli groźne obwarowania portu Malty, Valetty.

Malta, był to najdalej na południe wysunięty punkt, jaki mieliśmy zwiedzić w naszej podróży. Nie odczuwaliśmy jednak wcale, że jesteśmy już jednak na równej wysokości z północną częścią Sahary. Malta tworzy rozległe płaskowzgórze o pokładach wapiennych, przerzniętych przez pięć małych rzeczek; woda ich nie wystarcza dla 200.000 prawie ludności, tak, że w porze ulewnych deszczów zbierać ją muszą na zapas w cysterny. Roślinność, jakkolwiek południowa, nie jest tak bujna, jak na Korfu lub później widzianej Sycylii. Przyczyną tego mają być silne wiatry,

panujące na wyspie, a szczególniej sirocco, wiejący przez cały wrzesień. Od maja do sierpnia trwa gorące lato; niebo wtedy bez chmurki, ciepłota w słońcu dochodzi do 45° C., średnia roczna ciepłota wynosi 19° C. Zima rozpoczyna się w grudniu i trwa do lutego (średnia ciepłota 12° C.) i wtedy padają gwałtowne, nagłe i ulewne deszcze. 75% opadów przypada na czas zimowy.

Ludność tutejsza, mężczyźni silni, ruchliwi, o ciemnych twarzach, kobiety zaś wątłe i małe, mówią żargonem arabsko-greckim. Językiem urzędowym jest naturalnie język angielski. Ludność, przeważnie katolicka, trudni się rybołostwem i żeglarstwem, szczególniej połowem korali, hoduje pszenicę, kartofle, bawełnę i owoce, a ze zwierząt przedewszystkiem słynnego osła maltańskiego. Władza jest w ręku gubernatora i rady przybocznej, złożonej z 20 członków (z tego 10 wybieranych przez ludność). Główne miasto Valetta, nazwane tak od założyciela, mistrza zakonu Lavalette, tworzy silnie obwarowany i groźny dla statków nieprzyjacielskich port wojenny angielski, nadzwyczaj ważny również jako stacya węglowa dla statków handlowych.

W samem mieście niewiele do widzenia. Zwiedzaliśmy szpital wojskowy, który nam zaimponował wielkością i powietrznością sal, czystością, a nawet pewnym zbytkiem w urządzeniu. Chorzy żołnierze czysto i z poczuciem estetyki ubrani, wspólne stoły jadalne nakryte czystym obrusem i ubrane kwiatami, teatrzyk dla rozrywki chorych, obrazy po ścianach i t. d. i t. d. Zwiedzaliśmy katedrę św. Giovanniego (św. Jana) z nagrobkami mistrzów maltańskich, kaplicę podziemną, ubraną kośćmi poległych rycerzy, pałac gubernatora z przepyszną zbrojownią, a w końcu o 7 kilometrów odległy szpital dla trędowatych, gdzie mogliśmy podziwiać najrozmaitsze odmiany trądu. Tutaj również pokazano nam lasecznika gorączki maltańskiej, choroby, tutaj mocno rozpowszechnionej, chociaż o rokowaniu niezłem. Przenosi się ona z mlekiem kóz, tak, że od czasu, gdy w wojsku zakazano używania tego pokarmu, żołnierze jej zupełnie nie dostają. Istnieją tu również zakłady badania mleka zapomocą swoistej surowicy; jednem słowem rząd stara się wszelkimi sposobami usunąć panowanie tej choroby na wyspie. Jako uzdrowisko Malta nie jest zupełnie odpowiednią z powodu prawie stale tu panujących silnych wiatrów.

Burza z piorunami i grzmotami, szalony, choć ciepły, wicher i fala wysokości przeszło piętrowej, to była niespodzianka, którą nam przygotowało morze w czasie przeprawy między Maltą, a Sycylią. Na szczęście choroba morska ma tę wielką zaletę, że natychmiast po ukazaniu się dalekiego jeszcze brzegu zmniejsza się, wraca apetyt i chęć poznania nowych krajów. Była to zresztą ostatnia noc, którą spędziliśmy niespokojnie; odtąd pogoda dopisywała nam stale, a podróż po gładkiem, jak jezioro, morzu, zatarła wszystkie wspomnienia doznanych obaw i wrażeń. Wśród prześlicznej już pogody i letniego prawdziwie ciepła wysiedliśmy na ląd Sycylii, aby tu zwiedzić trzy miejscowości, Syrakuzy, Messynę i Palermo. Sycylia, leżąca między 36° a 39° połudn. szerokości, jestto najżyźniejsza i najbardziej zamieszkała wyspa Morza śródziemnego. Koło Messyny dzieli ją od lądu stałego cieśnina, szeroka zaledwie na 3 kilometry, tak, że nawet ludzie, najbardziej na morze wrażliwi, mogą koleją prawie dojechać na miejsce, tembardziej, że pomiędzy Messyną a Villa s. Giovanni kursują statki, biorące cały pociąg kolei żelaznej na swój pokład. Całe północne wybrzeże Sycylii jest zamknięte od lądu przez łańcuch gór, których zakończeniem od wschodu jest wspaniała, 3300 m. wysoka Etna. Środkowa i południowa część Sycylii tworzy jedno olbrzymie płaskowzgórze, 600—700 m. wysokie. Klimat Sycylii ma już charakter afrykański, złagodzony, szczególniej na północnem i wschodniem wybrzeżu, przez bliskość morza. Średnia ciepłota roczna waha się między 15—19° C., zimowa 7—12, letnia zaś 21—26° C. Opadów bardzo niewiele (650 mm.) i to przeważnie w porze zimowej. Śniegi widoczne tylko na szczycie Etny.

Całe wybrzeże północne nadaje się najwięcej dla pobytu chorych, zasłonięte od wiatrów lądowych przez łańcuch gór. Roślinność tu wprost wspaniała, o charakterze podzwrotnikowym, jakkolwiek tylko na pobrzeżu, w środku bowiem wyspy roślinność przybiera charakter stepowy. Ludność tutejsza jest mieszaniną, w której trudno się zoryentować, bo oprócz pierwotnej ludności, przesiedlonej tu z lądu stałego, byli tu Grecy, Fenicyanie, Arabowie, Germanowie i t. d. Najrozmaitsze koleje, jakie przeszła Sycylia w historyi, pozostawiły tu wszędzie ślady tak między ludnością, jak i w mnóstwie zabytków. Najwięcej ich i najciekawszych jest w Syrakuzach, mieście tyranów i Archimedesa, które niegdyś miało podobno milion mieszkańców! Tutaj pokazują znakomicie utrzymany stary teatr grecki, gdzie widać jeszcze 46 rzędów siedzeń, trzeci swego czasu co do wielkości w Grecyi. Amfiteatr rzymski, kościół św. Giovanniego, wmurowany w pozostałości doryckiej świątyni, katakumby z IV. stulecia ze śladami fresków, kolumn i kapitelów w ścianach, a wreszcie jedyne w swoim rodzaju latomie (kamieniołomy) ze słynnem uchem Dionizosa i bajeczną roślinnością, to ciekawe pozostałości z czasów świetności Syrakuz. Dziś miasto liczy zaledwie 32.000 mieszkańców, uderza jednak swoją czystością, a także wschodnim charakterem swoich budowli i widoków. Lekarze tutejsi przyjęli nas w latomiach podwieczorkiem i winem miejscowem Muskat, a panie nasze różami, zrywanemi w końcu listopada wprost z krzaków. Ucho Dyonizosa odbijało echem słowa toastów i gromadnie śpiewanej pieśni «Gaudeamus igitur«.

Niestety nie udało się nam zwiedzić Taorminy, podobno jednej z najpiękniej położonych miejscowości na świecie; burza, która nam poprzedniej nocy dokuczała, zniszczyła połączenia kolejowe. Dlatego zatrzymaliśmy się krótko w Messynie, aby przez słynną Scyllę i Charybdę popłynąć do przepięknego Palermo.

W Messynie zwiedziliśmy klinikę tamtejszego uniwersytetu. Dyrektorem oddziału wewnętrznego jest Prof. Gabbi, ginekologicznego Prof. Guzzoni degli Ancarani, chirurgicznego Prof. D'Urso. Budynek kliniczny dość stary, czysty, sale mają mnóstwo światła i powietrza. Urządzeniem przypomina nasze szpitale prowincyonalne. Uczniów koło 90, nauka odbywa się tylko przez jedno półrocze, trwające od grudnia do lipca. W zaokrągleniu ścian, w umywalniach, zresztą ręcznie odkręcanych, widać dążenie do aseptyki.

Palermo, stolica Sycylii, leży na jej północno-zachodniem wybrzeżu, nad Golfo di Palermo, w słynnej z żyzności i łagodnego klimatu kotlinie »Conca d'oro«. Osłonięte przez łańcuch wysokich gór (Monte Pellegrino, Catalfano) od wiatrów lądowych, ma klimat o bardzo nieznacznych różnicach ciepłoty dziennych i miesięcznych. Średnia ciepłota wynosi we wrześniu 23° C., w październiku 19·3, listopadzie 15·5, grudniu 12·3, styczniu 10·9, lutym 11·1, marcu 12·5, kwietniu 14·9° C. Największe deszcze, a jest ich podobno dużo, padają w grudniu, styczniu i lutym. Miasto duże, o zakroju nowożytnym, poza niem w stronie północno-zachodniej mnóstwo will wśród prześlicznej zieloności. Najlepiej czują się tu chorzy na przewlekły nieżyt oskrzeli z wrażliwą błoną śluzową, rozedmą płuc, a wreszcie z rozpoczynającą się gruźlicą szczytów.

Wypuszczam z mojego opisu wycieczki Neapol i Rzym, gdyż to temat i za obszerny i nie nadający się zupełnie do opisu w czasopiśmie lekarskiem. Wspomnę tyle, że w okolicy Neapolu leży największe zdrojowisko włoskie, Castellamare, o wodach działających przeczyszczająco i moczopędnie. W zatoce neapolitańskiej jest często również odwiedzana wyspa Ischia, mająca cieplice pochodzenia wulkanicznego, zawierające obok chlorku sodu węglan i siarkan sodowy. Z Rzymu udaliśmy się na Korsykę, do Ajaccio, miejsca urodzenia Napoleona. Dom i mieszkanie jego rodziców, kanapę, na której Napoleon miał ujrzeć światło dzienne i inne pamiątki po nim przechowują dotąd na Korsyce z wielkim pietyzmem. Ajaccio samo leży nad głęboko w ląd wrzynającą się zatoką, otoczone zewsząd wysokiemi górami, pokrytemi wspaniałą roślinnością. Zatoka otwarta jest na południe. Góry otaczające składają się przeważnie z granitu, podobnie jak i teren, na którym leży Ajaccio; nie ma więc zupełnie tak dokuczliwego w niektórych uzdrowiskach kurzu. Zima w Ajaccio ma być średnio o 1½ stopnia cieplejszą, niż na Rivierze, a przytem ciepłota ma być stalszą, o małych różnicach dziennych (5—6°). Ilość dni deszczowych od października do kwietnia wynosi 40—44, jest więc bardzo mała. Szczególniej łagodne mają być na Korsyce wieczory, czem nie każde uzdrowisko może się pochwalić. Część południowa Korsyki ma być niestety zimnicza. Miasto samo stosunkowo czyste, kilka ulic i placów szerokich; punkt środkowy miasta tworzy wspaniała aleja olbrzymich palm.

Z Ajaccio zrobiliśmy śliczną wycieczkę powozami na szczyt wysokiej góry, po drodze, prowadzącej nad przepaściami, do zamku byłego ambasadora francuskiego w Petersburgu, którego nazwiska nie pamiętam. Stąd widok iście czarowny na całą zatokę i morze, otaczające Korsykę.

Z żalem zbliżałem się do Nicei, a właściwie do jej portu Villefranche, gdyż to był koniec mojej podróży morzem. Patrząc na wynurzające się wprost z wody słońce, na bajeczną grę kolorów na gładkiej jej powierzchni, na ozłocone pierwszymi promieniami brzegi »Cote d'Azur«, żegnałem Thalię, która zdążała majestatycznie do przystani. Ponieważ część wycieczkowców opuszczała już okręt, kapitan pożegnał nas uroczystym obiadem, a wieczorem w Villefranche ozłocił czyste linie Thalii tysiącem świateł elektrycznych.

Nicea, zdaniem mojem, zupełnie nie nadaje się na uzdrowisko. Za wiele tu krzyku, hałasu, automobilów i sklepów jubilerskich, a w końcu — za blizko Monte Carlo, aby chory, potrzebujący wypoczynku, mógł go tu rzeczywiście znaleść. Punktem głównym miasta jest »Promenade des Anglais«, gdzie nieustanny ruch, wspaniałe toalety, dzwonki tramwajów i syreny automobilów przypominają raczej Paryż, niż miejsce kąpielowe. Nicea ma zresztą zbytkowne hotele i wszelkie urządzenia zdrowotne, dużo słońca, mało deszczów i zimę nadzwyczaj łagodną. Wiatry, wpadające przez otwór, jaki tworzy w łańcuchu gór od lądu potok Paillon, wzniecają tumany kurzu wapiennego na ulicach Nicei. Więcej nadają się dla chorych jej przedmieścia St. Etienne i St. Philippe, oraz Carabacel.

Całe wybrzeże olbrzymiej zatoki genueńskiej, począwszy od Cannes aż do Livorno i dalej, to jeden szereg will i hoteli, miejscowości, piękniejszych jedna od drugiej, odwiedzanych przez szukających zdrowia w tym boskim klimacie. Aby to wszystko zwiedzić i opisać, trzebaby tu bawić całe miesiące. Ja zatrzymałem się dłużej tylko w S. Remo, miejscu, przez swoją znakomitą osłonę od wiatrów najwięcej nadającem się dla chorych. Góry, wznoszące się tarasowato do wysokości 2500 m. otaczają nieprzerwaną ścianą S. Remo z trzech stron i wrzynają się głęboko po obu stronach w morze. Na południe otwarta jest kotlina na morze, skąd dopływa powietrze, przesycone parą wodną. Średnia roczna ciepłota wynosi tu 16·5° C., średnia dzienna w listopadzie 12·7, grudniu 9·5, styczniu 9·1, lutym 11·5, marcu 12·1, kwietniu 19·7. Średnie wahanie między maximum i minimum w tych miesiącach 2·28° C. Miasto samo ma 32 tysiące stałych mieszkańców i dzieli się na część starą i nową. Część stara, leżąca wysoko i oddzielona zupełnie od części nowszej, to typowe miasto włoskie z wązkiemi uliczkami, pnącemi się ku górze. Część nowa, leżąca nad brzegiem morza, nie pozostawia nic do życzenia pod względem komfortu w urządzeniu. Szereg pięknych hoteli i will, leżących wśród prześlicznych ogrodów, przeważnie palmowych, może zadowolnić wszelkie wymagania. Ale przedewszystkiem niema tu tego ruchu i zgiełku, jak w Nicei, miasto spokojne, w części nowej bardzo czyste, powietrza do zbytku. Nad brzegiem ciągną się dwie długie drogi, podobnie jak w Abacyi, służące do przechadzek i naturalnych wdychiwań rozpylonej wody morskiej. Widziałem tu chorych, którzy tu, z początkiem grudnia, przesiadywali bez okrycia całemi godzinami, rozkoszując się słońcem i widokiem życia na morzu. Zresztą posiada S. Remo wodociąg i inne urządzenia zdrowotne, a dla rozrywki kasyno, w którem odbywają się koncerta i przedstawienia teatralne. Cena utrzymania się wyniesie tyle, co w naszych zdrojowiskach. *Dr St. Lewicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Brak lekarzy w służbie krajowej, poruszony niedawno przez sejmową Komisyę sanitarną, był, jak donosi »Kuryer lw.« (591) przedmiotem obrad Izby lekarskiej wschodnio-gal. w dn. 12. XII. b. r. W dyskusyi podnoszono, że brak n. p. lekarzy-psychiatrów jest skutkiem bardzo lichej płacy w zakładach krajowych przy bardzo ciężkiej w nich pracy; to samo odnosi się do braku kandydatów na posady lekarzy okręgowych, pobierających przeważnie ledwo 1000—1200 K rocznej płacy; okręgi sanitarne tworzy Wydział krajowy, nie zasięgając opinii Izb lekarskich (jak to bywa w innych krajach), a często w takich miejscowościach, gdzie lekarz wogóle utrzymać się nie może; konkursa na posady okręgowe rozstrzygane bywają zupełnie dowolnie i zeszły na czczą formalność; stypendya dla lekarzy, w służbie krajowej pozostających, na studya zagranicą, rozdawane bywają bez konkursu; lekarzom okręgowym wytacza się sprawy dyscyplinarne z pominięciem wszelkiej pragmatyki służbowej. Wydział krajowy wkracza przytem nieraz w kompetencyę Izb lekarskich i orzeka o uchybieniach przeciw etyce lekarskiej, nakładając nieuzasadnione kary dyscyplinarne. Izba uchwaliła wnieść w tej sprawie do Wydziału kraj. i Sejmu memoryał i ogłosić go publicznie. *R.*

O zawodzie lekarskim wypowiedział zajmujące uwagi Prof. Bollinger w mowie, wygłoszonej przy objęciu rektoratu w Monachium. W ostatnich dziesiątkach lat upada powaga i znaczenie stanu lekarskiego. Przyczyny dopatruje się B. w nienormalnym rozwoju specyalizacyi, w trudnych warunkach bytu i w przepełnieniu wydziałów lekarskich słuchaczami. Pierwszym warunkiem poprawy jest podniesienie poziomu zawodu »lekarskiego« w ogólnem tego słowa znaczeniu, a więc położenie nacisku na praktyczne kształcenie studentów we wszystkich działach wykonawstwa lekarskiego (obowiązkowy rok praktyki szpitalnej przed nadaniem dyplomu) i ciągłe kształcenie się lekarzy, których zawód bez tego staje się »mechanicznem zarobkowaniem«. Dalsze kształcenie się ułatwiają lekarzom kursa uzupełniające, zjazdy i t. p. Państwo uwzględnia obecnie niestety tylko owo »zarobkowanie« lekarzy i normując je ustawami, podobnemi do ustaw dla innych »zarobkujących«, spycha stan lekarski na niższy poziom. Tworzące się związki lekarzy dążą do poprawy bytu i do wywalczenia lekarzom samodzielności, bez której nie można myśleć o należytej działalności stanu lekarskiego. *X.*

Prace lekarskie na zamówienie fabryk. Wobec zarzutów, że fabryki chemiczne opłacają lekarzy, by wydawali korzystne opinie o nowych środkach lekarskich, ogłosił Związek największych niemieckich fabryk przetworów chemicznych oświadczenie, że nietylko uważa takie postępowanie za nieetyczne, ale także za wprost szkodliwe dla interesów fabryk. Przez takie niezasłużone hymny pochwalne traci publiczność tylko zaufanie do fabryk. Co do honoraryum za pracę, to Związek wyraża przekonanie, że u uczciwego badacza nie wpływa ono zupełnie na to, jakie wnioski ze swych badań wysnuje i ogłosi. *X.*

»Aerztliche Standeszeitung«, wychodząca w Wiedniu, zmienia redaktora. W miejsce Dra H. Grüna obejmuje redakcyę Dr C. Tschenett.

Izba lekarska morawska zawiesiła swe czynności wskutek ustąpienia 11 jej członków, Czechów, dotkniętych tem, że telegram hołdowniczy w dniu jubileuszu cesarskiego wysłano tylko po niemiecku, co narusza równouprawnienie językowe, obowiązujące w tej Izbie. *R.*

Przymiot, jako choroba zawodowa u lekarzy, ma o tyle odrębne znaczenie, że często lekarz zakaża się przymiotem drogą taką, która na siebie nie zwraca uwagi. Blaschko wykazał n. p., że najczęściej zakażają się lekarze kiłą na palcach (operowanie kiłowych dymienic, poronień i t. p.). Naturalnie zakażenia te bywają bardzo późno rozpoznawane, czego następstwem bywa znów cięższy przebieg choroby. Nierzadko pojawia się kiła na palcach w początkach w postaci ropienia (panaritium). Często przypadkowo odkrywa się kiłę u lekarza, n. p. gdy rana nie chce się goić, lub cierpienie jakieś opiera się wszelkiemu leczeniu. O podobnym przypadku wspomina Heermann (Essen), gdzie lekarz, nie wiedząc nic o tem, cierpiał na kiłowe schorzenie błędnika i zakaził własną żonę, prowadząc u niej poród. Dlatego też Heermann sądzi, że gdy rana jakaś u lekarza nie goi się dobrze, nigdy nie należy zapominać o możliwości ukrytej kiły. Celem ochrony radzi Blaschko przy badaniu i operowaniu kiłowych uważać bardzo na ręce i nigdy zanadto nie maltretować ich szczotką, a po zabiegu dopiero ręce dokładnie odkazić, lub też używać rękawiczek. Każdą rankę na palcu należy wypalić 2—3% rozczynem azotanu srebrowego i pokryć kollodionem lub włożyć palec gumowy. Każdą zaś podejrzaną rankę wymyć, a potem zajodynować lub wypalić termokauterem lub zastosować elektrolityczną igłę. Oczywiście, gdy objawy chorobowe u lekarza mogłyby zaszkodzić chorym, powinien lekarz przerwać swe zajęcie. *X.*

W sprawie gruźlicy uchwaliły Izby lekarskie bawarskie zwrócić się do rządu z następującym projektem: 1) Ponieważ dzieci są bardzo skłonne do gruźlicy, przeto byłoby pożądane, by lekarze pouczali siły nauczycielskie o sposobie rozszerzania się i objawach gruźlicy, badali nauczycieli i chorych na gruźlicę usuwali ze szkoły. 2) Usunięcie ze szkoły ma na celu leczenie nauczyciela przez odesłanie go do odpowiedniego zakładu. 3) Przed objęciem posady powinien kandydat nauczycielski udowodnić świadectwem lekarza urzędowego, że nie jest chory na płuca. 4) Klasztory, przyjmujące chorych członków kongregacyi, nie mogą równocześnie służyć jako zakłady wychowawcze dla dzieci. 5) We wszystkich restauracyach, szynkowniach, hotelach i t. p. należy umieszczać zakazy spluwania na podłogę, nadzorować urządzenia, jadalnie, kuchnie i t. p. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. do 19. XII. b. r. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 9, Porohy 2), Brody (Ponikwa 1), Jaworów (Ożomla 6, Zawadów 4), Lisko (Krzywe ad Tworylne 1), Nadwórna (Nadwórna 1, Potok czarny 4), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Śniatyn (Rożnów 1), Stryj (Synowódzko w. 4). *Dr T.*

(Dr Adam Rawski, lekarz okręgowy w Lutowiskach, o którego zarażeniu się durem osutkowym przy zwalczaniu tej epidemii w Smolniku donosiliśmy w Nrze 51, przebył, jak się dowiadujemy, szczęśliwie tę chorobę).

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 5; zmarło osób 50 (w tem obcych 16), z nich z gruźlicy 10 (3), zapalenia płuc 11 (3), błonicy 1 (1), płonicy — (—), odry 3 (2), duru brzusznego — (—). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 19. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 1 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 5 (1), płonicy 8 (1), odry — † 3 (— † 2), duru brzusznego 5 (2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 3 † 1, płonicy 42 † 5 (1 † —), odry —, duru brzusznego 4 † — (1 † —).

Dr Legeżyński.

Cholera w Rosyi. Od 16. do 20. XI. 1908 zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 223 († 84). W Petersburgu obecnie znów się epidemia wzmaga. Badanie wody wodociągowej z filtrów miejskich (nieoczyszczanych od 12 lat!), wykryło w niej przecinkowce choleryczne. (St. Pet. med. Woch. 48). *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. *Otrzymujemy następującą odezwę:*

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego powziął myśl założenia Muzeum historycznego medycyny polskiej. W niem mają się gromadzić przedmioty, dotyczące nauki i zawodu lekarskiego, farmaceutycznego i aptekarskiego z krajów polskich od najdawniejszych czasów aż do obecnej doby. Instytucya taka da obraz historycznego rozwoju medycyny polskiej, jej wpływu na społeczeństwo, zachowa dzieła i pomysły byłych i obecnych pracowników dla przyszłych pokoleń i będzie podstawą i zachętą dla przyszłych badaczy na polu historyi medycyny polskiej. Wprawdzie istnieją u nas księgozbiory lekarskie, lecz te przechowują tylko książki, i to przeważnie odnoszące się do wykonawstwa lekarskiego. Istnieje jednak jeszcze wiele przedmiotów w zawodzie lekarskim, których biblioteki nie przyjmują, a które dla historyi rozwoju medycyny posiadają wielką wartość. Przedmioty takie po zgonie lekarza pozostają najczęściej w rodzinach bez użytku, narażone na zniszczenie, po strychach i składach. Najmniejszy nieraz przedmiot, dziś uważany za nic nieznaczący, może nabrać w przyszłości znacznej wartości historycznej, nawet i ogólnej.

Przedmioty, które Muzeum historyczne z zakresu nauk lekarskich i farmaceutycznych gromadzi, są między innymi następujące:

Dzieła drukowane lub pisane polskie, albo też w obcym języku, wydane przez autorów polskich, odbitki prac, czasopisma lekarskie i farmaceutyczne, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, rękopisy, statuty towarzystw lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z ich działalności, sprawozdania ze zjazdów lekarskich, odezwy, opisy podróży i wycieczek lekarskich, zapiski, korespondencye, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, listy pochwalne, odznaczenia, ordery i medale; plany i opisy szpitali, zakładów leczniczych i zdrojowisk lekarskich polskich, stare inwentarze, rozporządzenia i dokumenta sanitarne władz, wiadomości o partactwie lekarskiem i t. p. Portrety, sztychy, fotografie pojedyncze i zbiorowe lekarzy i zakładów. Następnie przyrządy i preparaty pomysłu lekarzy, aptekarzy i bandażystów polskich, rysunki lub modele tych przyrządów, przyrządy, używane przez lekarzy w Polsce w różnych epokach i t. d.

Zapewne niejeden z wyliczonych przedmiotów znajduje się w posiadaniu Wielmożnego Pana, lub Jego powinowatych, albo znajomych Mu rodzin. Ofiarowanie go do powstającego Muzeum będzie nie tylko darem, złożonym na ołtarzu zawodu lekarskiego i naszego społeczeństwa, ale i upominkiem dla przyszłych pokoleń.

Muzeum historyczne medycyny polskiej przyjmuje także stosowne przedmioty w depozyt, wydając w takim razie poświadczenia.

Przedmioty ofiarowane uprasza się nadsyłać na ręce Prof. W. Jaworskiego do Kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. (Kopernika 15), gdzie się mieści zbiór, który można w soboty przed południem od godz. 10—11 oglądać.

Upraszamy o powtórzenie niniejszej odezwy we wszystkich czasopismach polskich.

Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jag.	Zawiadowca Muzeum histor. medycyny polskiej
Prof. *L. Wachholz.*	Prof. *W. Jaworski.*

Lwów. Fizykat miejski przedstawił magistratowi wnioski, zmierzające do ulepszenia nadzoru nad środkami żywności. W sąsiedztwie głównego targu, w ratuszu, ma być urządzona filia miejskiej pracowni chemicznej dla doraźnych bezpłatnych badań artykułów targowych. Zakłady wytwórcze i handle środków spożywczych mają być nadzorowane przez osobnych »komisarzy targowych«, wykształconych w tym celu w rządowym zakładzie badania środków żywności w Krakowie.

— W komisaryatach dzielnicowych miasta mają być urządzone osobne sale obserwacyjne celem tymczasowego pomieszczenia osób chorych, zanim lekarz miejski ich nie zbada i nie odeśle do odpowiedniego zakładu.

— Dr Witold Nowicki habilitował się z zakresu anatomii patologicznej.

— Kursa dla lekarzy, urządzone w grudniu b. r. przez Wydział lekarski lwowski, powiodły się bardzo dobrze. W kursach uczestniczyło 36 lekarzy, mianowicie 16 z Królestwa polsk. i prowincyi zabranych, a 20 ze Lwowa i z Galicyi. Odbyły się prawie wszystkie zapowiedziane kursa. Przy zakończeniu kursów wręczyli uczestnicy Prof. Drowi Raczyńskiemu, urządzającemu kursa, następujące pismo: »Chcąc dać wyraz głębokiej wdzięczności naszej dla Szanownych Profesorów i ich asystentów za pracę i gorliwość w prowadzeniu wykładów, my, uczestnicy tegorocznych kursów lekarskich we Lwowie, składamy 225 koron na budowę »Domu lekarskiego lwowskiego«.

— Koledzy, prowadzący kurs dla lekarzy w Klinice lekarskiej, ofiarowali przypadające im za kurs czesne w kwocie 290 24 koron na budowę domu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Na dorocznem Walnem Zgromadzeniu »Koła medyków« wszechnicy lwowskiej w d. 5. XII. b. r. wybrany został prezesem p. Kożuchowski, wiceprezesem J. Zaorski, skarbniczką B. Całczyńska, bibliotekarzem S. Pospischil, sekretarzem J. Tworkowski.

— Lwowskie Stowarzyszenie kupców i młodzieży handlowej podjęło myśl stworzenia sanatoryum przeciwgruźliczego dla pomocników handlowych, na które uzyskało już w darze grunt w Worochcie.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie zawiadamia nas, że, po odbytych w listopadzie dwóch zebraniach ogólnych, skład jego zarządu jest następujący: Prezes Aleksander Jabłonowski, wiceprezes Samuel Dickstein, sekretarz Towarzystwa Władysław Janowski. Przewodniczący Wydziału I B. Chlebowski, Wydziału II W. Miklaszewski, Wydziału III Józef Eismond; członkowie z wyboru: Maryan Jakowski, Jan Kochanowski, Feliks Kucharzewski, Jan Lewiński, Sławomir Miklaszewski i Jan Tur. Skarbnikiem jest Feliks Kucharzewski, redaktorem od 1. stycznia 1909 r. Jan Tur.

— Materyały do mianownictwa dentystycznego polskiego zbiera komisya słownikowa warsz. Towarzystwa odontologicznego (przewodniczący Wł. Zieliński, Warszawa, Senatorska 4).

— Miasteczko Drobin w Królestwie polskiem poszukuje lekarza.

Z różnych stron. Akademia lekarska w Paryżu przyznała w r. b. nagrody dwojgu z naszych rodaków: nagrodę Tremblaya Dr. B. Motzowi z Paryża za pracę p. t. »Recherches anatomo-cliniques sur les affections de la prostate«, nagrodę Vernoisa Dr. J. Joteykównej z Brukseli za pracę p. t. »Enquete scientifique sur les végétariens de Bruxelles«.

— Porządek dzienny jubileuszowego posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, ku czci Prof. Szawłowskiego, Ziemackiego i Dra Zakrzewskiego w d. 5/18. XII. 1908, obejmował następujące punkta: 1) Prof. Zaleski: Zarys naukowej działalności jubilatów. 2) St. Wisłouch: Zjawiska samoświecenia u roślin. 3) Inż. Chmielewski: O jeziorach słonych nadkaspijskich.

— Dyplomy lekarskie uzyskali w Dorpacie byli słuchacze uniwersytetów warszawskiego i krakowskiego pp.: Feliks Ficki, Stefan Kamiński, Jerzy Rogoziński (z odznaczeniem), Henryk Rueger, Stefan Stalkowski, Władysław Szwedowski, Euzebiusz Turkiewicz i Jan Wyganowski.

— II. międzynarodowy Zjazd sądowo-psychiatryczny odbędzie się w Giessen 13. do 18. kwietnia 1909.

— W Berlinie otwarto dla publicznego użytku stałą wystawę pielęgnowania chorych, (jedyną dotąd istniejącą w tym zakresie) w »Kaiserin-Friedrich Haus«.

— »Deutsche mediz. Wochenschrift« (51) stwierdza z ubolewaniem, że nadmierna specyalizacya zaczyna się zjawiać także w czasopiśmiennictwie lekarskiem. Już gdy poczęło wychodzić pismo p. t. »Epilepsia«, wyraziła »Deutsche med. Wochs.« obawę, iż zaczną się mnożyć pisma, poświęcone jednej tylko chorobie (!); istotnie właśnie powstało drugie pismo podobne p. t. »Malaria«.

— W Erlangen powstało »Towarzystwo prawniczo-lekarskie«, zajmujące się zagadnieniami, stojącemi na pograniczu obu tych grup nauk.

— Osobne »pokoje lekarskie« w nowych budynkach szkolnych postanowiło urządzić dla lekarzy szkolnych miasto Schöneberg.

— Duńsko-francuska wyprawa dla badania trądu wyjeżdża z początkiem r. 1909 do Indyi zachodnich pod kierunkiem Prof. Ehlersa z Kopenhagi.

— Opłakane stosunki sanitarne istnieją w wielu okręgach Syberyi z powodu zupełnego braku lekarzy, a nawet felczerów. Chwilową poprawą było zesłanie wielu lekarzy na Syberyę po okresie niepokojów politycznych w Rosyi europejskiej, ale obecnie czas zesłania wielu kończy się i ludność znowu pozbawiona będzie wszelkiej opieki lekarskiej. W okręgu Ochockim są okolice, gdzie od 3 lat sroży się czerwonka, na którą mieszkańcy, zwłaszcza dzieci, »padają, jak muchy«, a gdzie niema nawet felczerskiej pomocy. (St. Pet. med. Wochs. 48).

Mianowani: Doc. Czystowicz z Petersburga profesorem anatomii patolog. w Kazaniu, Doc. Woskreseński profesorem chirurgii operacyjnej w Charkowie.

Powołani: Higienista Prof. Rubner w Berlinie na katedrę fizyologii; Prof. Flügge z Wrocławia na katedrę higieny do Berlina; dermatolog Prof. E. Hoffmann z Berlina na dyrektora polikliniki w Halle.

Zmarli: Neurolog Prof. Popow w Tomsku; neurolog Dr Beevor w Londynie;

Dr Julian Kosmowski, pochodzący z Siedlec, w Archangielsku.

Zapiski bibliograficzne. W. Weresajew. **Na wojnie.** (Tłomaczenie polskie B. Trembińskiej. Warszawa, nakł. J. Fiszera). Każdy, kto czytał już jakąkolwiek rzecz Weresajewa, pozna i w tej książce zaraz to samo pióro, rzucające na papier z dziwną pod tym względem finezyą wszystkie najczarniejsze odcienie sprawy, która zajmuje autora. W swej nerwowej werwie nie cofa się W. przed podkreślaniem złych stron swych rodaków, przed chwaleniem wyższości wroga, wytyka brutalność lekarzy wojskowych, ich urzędowość, przekupstwo, powtarzając nawet słowa pewnego oficera: »W Rosyi wszystko, co prawne, otoczone jest trudnościami, a chyba po to, by ludzie popełniali bezprawia«. Weresajew nieraz w satyrze swej nie szczędzi niczego i nikogo, zapomina, że to wojna, że tu ludzie są w innych warunkach życia, które często paczą i najlepsze charaktery, i że uczciwości nie można wymagać na wojnie od tych, którzy i w pokoju jej nie mają. Jaskrawo kreśli W. niedołężny zarząd sanitarny, na czele którego stali nie-lekarze, wtrącający się ciągle do spraw, o których pojęcia nie mieli. Służbistość, pisanina, to główne punkty, których wymagano. Do opatrunku chorego należy przystępować w pełnym mundurze i »przy szabli«, ale za to nie troszczy się nikt o to, że chorzy marzną na śmierć w nieopalonych wagonach sanitarnych, że niema wody na rozpuszczenie sublimatu w szpitalu i t. p. Książka, napisana potoczyście, nuży jednak powtarzaniem tych samych szczegółów. Jak i inne tłomaczenia z rosyjskiego, tak i to ma wadę, że starając się oddać ducha języka rosyjskiego, nie umie często uniknąć usterek przeciw duchowi języka polskiego. *K.*

Kalendarz lekarski Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy gal. we Lwowie obejmuje prócz kalendaryum tylko statut Towarzystwa wzaj. pomocy, opis jego zakresu działania i schematyzm korporacyi i Towarzystw lekarskich, zaopatrzony krytycznemi uwagami redakcyi kalendarza, nie wszędzie liczącemi się ze ścisłością informacyi. Cały kalendarz ma wyraźne cechy wydawnictwa agitacyjnego i nie uzasadnia tytułu: Kalendarz »lekarski«. *Z.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan. Dr Grünbaum, dermatolog z Berlina (*Monatsschr. f. Hautkrankh.* 1908, H. 9.) opisuje doświadczenia, zebrane na podstawie 45 przypadków, leczonych jodofanem. Autor podnosi działanie pobudzające ziarninę, sprowadzające szybsze wyleczenie przy zanokcicy, ropniach i po operacyi zropiałych gruczołów pachwinowych. Przy ranach zakażonych oparzelinowych i wskutek zacięcia ujawnia się działanie silnie bakteryobójcze. Przed jodoformem ma jodofan tę zaletę, że jest zupełnie bez zapachu, a działa wyraźnie odwaniająco, co G. stwierdzał przy opatrywaniu zropiałych gruczołów pachwinowych i szczególnie przy cuchnącym ropniu pośladkowym. Opatrunek można pozostawić wskutek tego dłużej, niż to się przy jodoformie zwykle stosuje. Na wrzody goleni wpływa jodofan bardzo korzystnie. Uzyskiwano niekiedy wyleczenie jodofanem tam, gdzie przez miesiące całe inne środki zawodziły. Przy wrzodziankach wywołuje jodofan, posypany w cienkiej warstwie, skłonność do wyleczenia, a przez posypanie w warstwie grubej dokoła, chroni skórę otaczającą przed nowem powstaniem wrzodzianki. Podrażnienia nigdy G. nie spostrzegał, a także nie stwierdził nigdy objawów zatrucia. G. poleca przetwór ten (wyrób inst. chem. Dra Horowitza) do małej chirurgii i dermatologii. *Hr. W.*

Pyrenol. Dr Julius Wenzel, sekund. zakł. lecz. w Oberhollabrun (Dyrektor B. v. Winiwarter), stosował pyrenol w 21 przyp. włóknikowego zapalenia płuc. Oprócz pyrenolu stosowano tylko jeszcze zabiegi wodolecznicze, względnie w okresie odpowiednim krzyżownicę (*senega*). Dokładne historye chorób. Zmarło 2 chorych. U jednego z nich powikłanie w postaci zapalenia wsierdzia, u drugiego były suchoty daleko posunięte. Zawsze stwierdzano powolny, nie szybki spadek ciepłoty i liczby tętna. Poty przy tem nieznaczne, a uczucie podmiotowe poprawia się wkrótce znacznie. Pyrenol okazał się zawsze dobrym środkiem skrzepiającym serce.

Przy dusznicy oskrzelowej stwierdzał W. wpływ wybitny na napad, jakoteż wpływ zapobiegawczy. W niektórych przypadkach sprowadzał pyrenol wyraźną ulgę tam, gdzie kali jod., strammonium, belladona i t. p. zawodziły. Pyrenol nie wywołuje osłabienia czynności serca, może przeto znaleźć szerokie zastosowanie.

Wybitne miejsce zdobył sobie pyrenol w leczeniu grypy, rozpoczynającej się zwykle od objawów gośćcowych i od nerwobólów. *Hr. W.*

L. 3.388. **KONKURS**

na posadę **lekarza okręgowego** w Warężu mieście z płacą 1.200 Kor. ryczałtem na objazdy 600 Kor. rocznie. Okręg obejmuje 20 gmin z ludnością około 15.000 dusz. W tej dość zamożnej okolicy niema lekarza, — więc praktyka prywatna rozległa.

Podania zaopatrzone w metrykę, dyplom lekarski i świadectwo zdrowia oraz odbytej praktyki mają być wnoszone do 18 stycznia 1909 na ręce Wydziału powiatowego. 425

Sokal, dnia 10 grudnia 1908.

Wice-prezes:
W. Kruszewski.

L. 2.736.

KONKURS.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 3 września br. L. 88.182 Myślenicki Wydział powiatowy rozpisuje ponownie konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Sułkowicach z płacą roczną 1.200 Kor. i ryczałtem na objazdy 600 Kor.

Do okręgu w Sułkowicach należą gminy i obszary dworskie: Sułkowice, Bęczarka, Biertowice, Bysina, Bieńkówka, Budzów, Głogoczów, Jasienica, Jawornik, Krzyszkowice. Krzywaczka, Rudnik i Wola Radziszowska z ludnością 18.000 dusz.

Lekarz okręgowy w Sułkowicach obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Myślenicach w terminie do końca lutego 1909 r. i udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego, dostateczną fizyczną zdatność starającego się o posadę, nieprzekroczone 40 lat życia, prawo obywatelstwa austryackiego, nieskazitelny charakter, znajomość języków krajowych, praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim i dołączyć dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

Z kandydatów mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzamin fizykacki.

Myślenice, dnia 7 grudnia 1908. 427

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: Prezes:
Klebert.

L. 3.356.

KONKURS.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 21 listopada br. L.: 117590 Myślenicki Wydział powiatowy rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Zawoji przy Makowie z płacą roczną 1600 Kor., a to: z funduszu powiatowego 1.000 Kor., a z funduszów gminnych 600 Kor., i ryczałtem na objazdy z funduszów krajowych 400 Kor.

Okręg w Zawoji obejmuje tylko dwie gminy z obszarami dworskimi a to: Zawoję z ludnością 5.737 dusz i Skawicę 1.891 dusz.

Lekarza okręgowego w Zawoji jest obowiązkiem utrzymywać aptekę domową.

Podania o tę posadę wnosić należy do Wydziału powiatowego w Myślenicach w terminie do końca lutego 1909 r. i po myśli §. 7 dz. u. kr. Nr. 17 z r. 1891 udowodnić oprócz dostatecznej fizycznej zdolności nie przekroczone 40 lat życia, prawo obywatelstwa austryackiego, nieskazitelny charakter, znajomość języków krajowych, praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim i dołączyć dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

Z kandydatów mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Myślenice, dnia 2 grudnia 1908. 426

Z Wydziału Rady powiatowej

Sekretarz: Prezes:
Klebert.

L. 3.363.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Żywcu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Jeleśni.

Posada ta na razie prowizorycznie zostanie nadaną a po roku prowizorycznej służby orzecze Wydział krajowy o jej stabilizacyi.

Do okręgu sanitarnego w Jeleśni należą gminy: Jeleśnia, Juszczyna, Koszarawa, Przyborów, Korbielów, Krzyżowa, Sopotnia mała, Sopotnia wielka, Przyłęków, Świnna, Pewel mała, Pewel wielka, Mutne, Hucisko i Rychwałdek z ludnością 16890 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę roczną 1·200 Kor. i ryczałt na objazdy 600 Kor. rocznie.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Kandydaci na tę posadę winni wnieść podania do Wydziału powiatowego w Żywcu w terminie do końca stycznia 1909.

W podaniu należy wykazać:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;
2) Dyplom doktora medycyny;
3) Nieskazitelny charakter i znajomość języków kraj.;
4) Nieprzekraczalny wiek 40 lat i praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
5) Świadectwo zdrowia.

Między kandydatami mieć będą pierwszeństwo ci, którzy się wykażą nieprzerwaną dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym albo egzaminem fizykackim..

Żywiec, dnia 4 grudnia 1908. 428

Z Wydziału powiatowego.

Prezes:
E. Udziela.

LW. kr. 122.523.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę **Dyrektora** szpitala powszechnego w Bóbrce z płacą 1.400 (tysiąc czterysta) Kor. rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej do 15-go stycznia 1909 wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej, zamieścić należy krótki opis przebiegu życia, dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

We Lwowie, dnia 9 grudnia 1908. 336

Z Rady Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

Piotrowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.